



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

**“INFLUENCIA DE LA IRA-HOSTILIDAD EN LA REINCIDENCIA  
DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN TRABAJADORES”**

**TESIS EMPÍRICA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**PAULINO RAMÍREZ OSORIO**

**DIRECTOR:**

**LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES**

**DICTAMINADORES:**

**DR. ARTURO JUÁREZ GARCÍA**

**MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ**



**TLALNEPANTLA, EDO DE MÉXICO**

**2009**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## *AGRADECIMIENTOS*

### *A mis Padres:*

*Por su apoyo, dedicación y cariño en todos estos años de mi vida, por su gran esfuerzo por darme una educación, por enseñarme los valores de la honestidad y el respeto y por hacer de mi quien soy ahora. Los quiero*

### *A mis asesores:*

*Gracias Elena por tu gran apoyo en toda la realización de este trabajo, por tu amistad y por tus consejos de vida. Gracias Vaquero por tus valiosos conocimientos. Gracias Arturo por compartir tu gran experiencia y por ser un ejemplo de superación.*

### *A mis hermanas:*

*Leticia y Jenny por que estuvieron conmigo apoyándome en todos estos años de mi preparación. Gracias Inés y Susana por ser mis amigas y confidentes. Las quiero.*

### *A mis amigos:*

*Ofelia, Gema, Tania, Lorena, Isabel y Luís Héctor por los momentos agradables que vivimos juntos durante la carrera, por ser como son, por su apoyo y consejos. Y por su gran amistad que es muy valiosa para mí, espero perdure por mucho tiempo.*

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
<u>CAPÍTULO 1: SALUD EN EL TRABAJO</u>	6
1.1 Definición de trabajo	6
1.2 El estudio del trabajo desde la psicología	9
1.3 Definición de salud	13
1.4 Salud laboral y riesgos en el trabajo	15
1.5 Análisis de las condiciones de trabajo	19
1.6 Enfermedades frecuentes en el contexto laboral	23
<u>CAPÍTULO 2: FACTORES PSICOSOCIALES Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD DEL TRABAJADOR</u>	 30
2.1 El estudio de la salud laboral desde la psicología	30
2.2 Definición de los factores psicosociales	32
2.3 Modelos explicativos de los factores psicosociales	38
2.4 Factores psicosociales en el área laboral	41
2.5 Efectos de los factores psicosociales en la salud	50
<u>CAPÍTULO 3: IRA-HOSTILIDAD Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</u>	 59
3.1 Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo	59
3.2 Factores psicosociales y su relación con la enfermedad cardiovascular	63
3.3 Complejo ira-hostilidad	69
3.4 El proceso emocional de la ira-hostilidad	80
3.5 Modelos explicativos de la relación AHÍ-ECV	82
3.6 Modelo de la Reactividad psicofisiológica	85
3.7 Instrumentos de medición del constructo ira-hostilidad	89

<u>CAPÍTULO 4: REPORTE DE INVESTIGACIÓN</u>	94
Preguntas de investigación	95
Objetivo general	95
Objetivos específicos	95
Hipótesis	96
Método	97
Definición de variables	99
Procedimiento	101
Resultados	102
<u>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</u>	106
<u>REFERENCIAS</u>	113
<u>ANEXOS</u>	123

## RESUMEN

El trabajo es una actividad exclusiva del hombre, que le ha permitido desarrollarse en todas sus esferas. Pero no sólo trae consecuencias positivas como la evolución de la especie, pues en ocasiones acarrea efectos negativos en la salud de los trabajadores. Algunos factores de origen psicosocial tales como la ira-hostilidad pueden desarrollar ciertas enfermedades en el trabajador. Un extenso número de investigaciones indican que tanto la supresión como la expresión de la ira contribuyen al progreso de desordenes físicos tales como la enfermedad cardiovascular. El principal objetivo del presente estudio fue examinar si existe alguna asociación entre la ira-hostilidad en todas sus componentes de ira-rasgo, ira-estado, ira-expresada, ira-contenida y el control de la ira, y el reingreso de una muestra de trabajadores mexicanos con enfermedad cardiovascular (ECV) dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE. Se utilizó el inventario multicultural de la expresión de la ira-hostilidad para medir el nivel de ira-hostilidad de 24 trabajadores que sufrían alguna ECV y que habían padecido algún evento adverso relacionado con su enfermedad. Después de 29 meses se observó quienes habían reingresado, formando así dos grupos, reincidentes y no reincidentes. Se realizó una observación retrospectiva, comparando ambos grupos para examinar si alguno de los componentes de la ira-hostilidad estuvo asociado con el reingreso de los pacientes. Los resultados indicaron que la ira-hostilidad en ninguna de sus manifestaciones, no se asocio con la reincidencia de los trabajadores. Estos datos indican que el componente de personalidad ira-hostilidad no influyo en reincidencia de esta muestra. Tales hallazgos no son generalizables para toda la población de trabajadores mexicanos, pues la muestra examinada fue muy pequeña, y no se controlaron variables como la historia de la enfermedad, además el diseño de estudio no nos permitió observar la evolución de la variables ira-hostilidad, de estilos de vida y biomédicas, ya que muchos pacientes al padecer un evento adverso cardiaco cambian radicalmente su comportamiento, estilo de vida y tienen un mayor control sobre los factores tradicionales de riesgo.

## INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, el hombre ha pretendido explicar los efectos que tiene el trabajo sobre la salud, la importancia del ambiente laboral, social y familiar y que factores son determinantes para presentar ciertas enfermedades. Disciplinas como la psicología también han intentado entender este fenómeno teniendo como objetivo primordial determinar el curso del proceso de trabajo, las influencias conductuales que influyen sobre el ámbito del trabajo, y los efectos en la conducta y la salud de los trabajadores.

Actualmente son cada vez más frecuentes los casos de enfermedad y riesgos en el trabajo, por su parte la OIT afirma que los riesgos del trabajo son más numerosos y de mayor trascendencia que los de guerra. Para el año de 1982 en nuestro país, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportó 14,641 incapacidades permanentes debidas a los riesgos de trabajo (Barquin, Legaspi, Szpirman y Kahan, 2000). Estadísticas del IMSS muestran que las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el quinto lugar en la población trabajadora y que a su vez ocasionan invalidez en el trabajador, entendiéndose como invalidez la incapacidad laboral de un trabajador, permanente o transitoria, debido a un accidente o enfermedad (Revista Medica del IMSS, 2004).

En ocasiones la etiología de estas enfermedades se encuentran en los estímulos físicos y las condiciones del trabajo, pero estos no son los únicos factores que intervienen en los padecimientos de los trabajadores, existen otros factores denominados psicosociales los cuales son decisivos en relación con las causas y la prevención de enfermedades con respecto a la promoción de la salud (Kalimo, Batawi y Cooper, 1998).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la organización Mundial de la salud (OMS, 2007) define los factores psicosociales de la siguiente manera: *“los factores psicosociales en el trabajo, consisten en interacciones entre el*

*trabajador, medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual por medio de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento”.*

Uno de los factores más estudiados como una de las causas de las enfermedades cardiovasculares (ECV) son el patrón de conducta tipo A (PCTA) el cual contienen tres componentes básicos que son: la urgencia del tiempo, competencia por el logro y la hostilidad (Synder, 1989, en: Bautista, 2000). El complejo ira-hostilidad, es entendido como un constructo que incluye tres aspectos (Barefoot, 1992, en: Iacovella y Troglia, 2003), un componente cognitivo (hostilidad), un componente afectivo-emocional (ira) y un componente conductual (agresión). La Hostilidad es el resultado de las influencias que puede haber recibido un sujeto por parte de su medio ambiente a lo largo de su vida, ya que el factor genético si 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 (Miralles, 2001).

La ira-hostilidad se muestra como el componente más nocivo del PCTA, en tanto indicador de riesgo coronario. Diversos modelos explican esta relación, por ejemplo el modelo de reactividad psicofisiológico de Williams, Barefoot y Shekelle (1985, Iacovella J., Troglia, 2003) considera que cuando se experimenta la ira-hostilidad hay 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.

Diversos estudios muestran una gran evidencia empírica de la existencia de una asociación entre la ira-hostilidad y la morbi-mortalidad cardiovascular, estas investigaciones se han llevado a cabo con poblaciones de hombres y mujeres, de diferentes etnias, tanto en jóvenes como en adultos y se han realizado en países



donde el contexto es totalmente diferente al nuestro, motivo por el cual en el presente reporte de investigación se planteó como objetivo, examinar la relación entre el complejo ira-hostilidad (en todas sus manifestaciones de ira rasgo, estado, manifiesta, contenida, control de la ira) y la reincidencia de una muestra de trabajadores mexicanos con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE, así como también explorar la existencia de la relación entre las variables sociodemográficas, de estilo de vida, biomédicas y la reincidencia.

Al lo largo del presente trabajo se describirá la asociación entre el complejo Ira-Hostilidad y la ECV. En el primer capítulo se definirán los conceptos de trabajo y salud, describiremos la relación entre ambos conceptos, así como también el papel de la psicología dentro de estos ámbitos. Por último se explicarán los riesgos que existen en el área laboral y las enfermedades que éstos pueden causar en la población trabajadora.

El segundo capítulo tiene como principal objetivo describir la influencia que tienen los factores psicosociales en la salud del trabajador. En el se describe como la psicología estudia la salud laboral, así como los factores psicosociales en el trabajo y algunos modelos explicativos de los mismos. Posteriormente se consideran los factores psicosociales que están presentes en el área laboral y los efectos sobre la salud física y mental del individuo.

El capítulo tres describe la relación entre la ira-hostilidad y la Enfermedad Cardiovascular (ECV). Se describen los principales factores de riesgo para desarrollar ECV, posteriormente explicaremos la relación entre los factores psicosociales y las ECV, y se procederá a describir las características del complejo ira-hostilidad, así como también el proceso emocional de dicho complejo. A continuación se señalan los principales modelos explicativos de la relación Ira-Hostilidad y ECV, concentrándose en el modelo de la reactividad psicofisiológica y los principales instrumentos de medición de la ira-hostilidad y el Inventario

Multicultural de la Expresión de la cólera y hostilidad. Finalmente el capítulo cuatro describe nuestro reporte de investigación, se presenta la metodología llevada a cabo en este estudio y los resultados obtenidos, para terminar con las conclusiones a las que se llegaron.

# **CAPÍTULO 1**

## **SALUD EN EL TRABAJO**

El trabajo es fundamental en la vida del ser humano, gracias a esta actividad el hombre se provee los recursos para su subsistencia. A lo largo de la historia el concepto de trabajo ha tomado diferentes matices de acuerdo al contexto histórico, cultural o a la disciplina desde la cual se desea explicar, por ejemplo para la psicología el trabajo toma diferente significado, que para la economía, la sociología o cualquier otra área. Por tal motivo que en el presente capítulo se describe el concepto de trabajo, así como también su relación con la salud del trabajador y los riesgos a los que esta expuesto en su ambiente laboral, además se detalla como la psicología ha explicado el concepto de “trabajo”.

### **1.1 Definición de trabajo**

A pesar de que el trabajo constituye el tema central de la presente tesis, no es fácil definir este término, debido a la gran pluralidad de significados y símbolos asociados a este concepto, por eso si se desea analizar al trabajo se debe tomar en cuenta que consiste en la realización de un serie de actividades en un ambiente y tiempos determinados que conlleva percepciones individuales y sociales del mismo.

En la cultura antigua la actividad laboral era considerada como algo degradante para el hombre, una actividad innoble de carácter inferior si se le comparaba con la actividad contemplativa o mejor dicho el ocio, sin embargo este concepto ha cambiado en la época moderna (Peiró y Prieto, 1996).

Para la época moderna puede ser de gran importancia algunas aportaciones de Marx (Martínez, 2000) quien definió el trabajo como una actividad básica que diferencia al hombre del animal. Es el trabajo lo que ha permitido la transformación recíproca entre el hombre, la naturaleza y la satisfacción de sus

necesidades a través de la creación de bienes, en esta actividad básica se encuentran añadidas las fuerzas físicas y psíquicas del hombre, quien le ha permitido el desarrollo de sus capacidades mentales y por ende la socialización. La capacidad del hombre para planear sus tareas, le confiere al “trabajo” una actividad exclusivamente humana. El trabajo cumple una ideación previa y responde a la voluntad que es orientada hacia un objetivo, por lo tanto no es una actividad mecanizada o instintiva. Desde esta concepción el trabajador utiliza sus habilidades, destrezas, sus procesos fisiológicos, así como también sus conocimientos y emociones para la realización de una labor.

A través del trabajo el hombre no sólo satisface sus necesidades básicas, como alimentación, vestido, salud, etc., sino también aquellas que desarrollan su creatividad e imaginación, por tal motivo el trabajo no debe ser visto sólo como un factor que influye negativamente en el ser humano (Martínez, 2000).

En la definición que nos la ofrece Peiró sobre el trabajo (1986, en: Peiró y Prieto, 1996) se describe como una serie de actividades humanas, que pueden ser retribuidas o no, de carácter productivo y activo, que mediante el uso de técnicas, materias o informaciones disponibles, permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En dicha actividad el individuo aporta energías, habilidades conocimientos y otros diversos recursos y obtiene algún tipo de compensación material, psicológica y/o social.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) utiliza el término “trabajo decente”, concepto que resume las aspiraciones de los individuos en lo que concierne a sus vidas laborales, e implica oportunidades de obtener un trabajo productivo con una remuneración justa, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias, mejores perspectivas para el desarrollo personal y la integración social, libertad para que los individuos manifiesten sus preocupaciones, se organicen y participen en la toma de aquellas decisiones que afectan a sus vidas, así como la igualdad de oportunidades y de trato para mujeres y hombres. La OIT opera por un trabajo decente, pues la actividad laboral debe de ser de una calidad aceptable, ya que no se trata simplemente de crear puestos de trabajo (Enciclopedia de la OIT, 2007).

Otra perspectiva propuesta por Salanova, (1992, en: Gracia, Martín, Rodríguez y Peiró, 2001) sugiere que el trabajo consiste en un cúmulo de creencias, valores y actitudes que poseen las personas hacia éste. Este significado es aprendido antes y durante el proceso de socialización en el trabajo y varía en función de las experiencias subjetivas, y de aspectos situacionales que se producen en el contexto laboral y organizacional de cada sujeto en particular.

La concepción del trabajo en general, y los valores laborales, se modifican a lo largo de la vida, determinados a la influencia de diversas variables situacionales, de las etapas por las que atraviesa la persona y los diferentes roles que acogen los sujetos a lo largo de su ciclo vital, tanto en el trabajo como fuera del mismo. Existe un estudio longitudinal que apoya tal afirmación, en el cual se observó la evolución del constructo de trabajo en sus diferentes dimensiones durante los primeros años de empleo. Los resultados mostraron que a medida que aumenta el tiempo de labor, los sujetos otorgan mayor importancia a los valores laborales, esto quiere decir que en un primer momento, la persona puede desear trabajar, encontrar un trabajo y que esto sea lo único que le importe, una vez encontrado el trabajo, se preocupa porque éste debería tener una serie de características, que harían del mismo un "buen trabajo". De acuerdo a este estudio se puede concluir que la experiencia laboral afecta negativamente al significado del trabajo de las personas, produciendo cambios en su manera de pensar acerca del este concepto (Gracia, Martín, Rodríguez y Peiró, 2001).

Por su parte la psicología define al trabajo desde su vertiente conductual, como el estudio diferencial de aptitudes y destrezas para desempeñarlo y como análisis de las implicaciones de salud laboral a las psicopatologías derivadas de la actividad, desde la aplicación de los procesos básicos de aprendizaje, motivación, etc. o desde el punto de vista de su función social y psicosocial (Peiró y Prieto, 1996).

De acuerdo a las definiciones dadas anteriormente se puede concluir que el trabajo es una actividad única del ser humano que le provee de los medios para su supervivencia, así como también le proporciona satisfacción psicológica y social, lo cual le permite su desarrollo como especie. Pero el trabajo no solo trae consecuencias positivas como las antes mencionadas, si no también acarrea consecuencias negativas como la enfermedad o incluso la muerte. La psicología a sido una de la disciplinas que se a preocupado en este aspecto, aportando teorías y técnicas para lograr un mayor bienestar físico y mental del trabajador, en el siguiente apartado describiremos como esta disciplina a estudiado el fenómeno laboral.

## **1.2 El estudio del trabajo desde la Psicología**

El trabajo considerado como una actividad propia del ser humano, no puede ser explicado desde una sola disciplina, debido a que es un fenómeno complejo en el que intervienen múltiples factores, es necesario estudiarlo, desde diferentes puntos de vista para una mejor comprensión. La psicología es una de las áreas que ha dado respuesta a esta demanda aportando teorías para la explicación de este fenómeno.

Se puede decir que la psicología del trabajo es un área específica derivada de la psicología general, como la psicología educativa, la psicología clínica, la psicología social, etc., y su aplicación esta centrada específicamente a los aspectos relacionados con el trabajo.

Para Russel, (1976; en: Avítia y Sánchez, 1995), la psicología del trabajo surge por la necesidad de conocer qué factores intervienen en las conductas del desempeño laboral. Su objetivo primordial es determinar el curso del proceso de trabajo, las influencias conductuales que influyen sobre el ámbito del trabajo, y los efectos en la conducta y la salud de los trabajadores.

Por otro lado la psicología laboral es una rama aplicada a la vida del trabajador, con la finalidad de que éste trabaje según sus habilidades, y para que el esfuerzo laboral no objete las exigencias y normas del trabajo humano y conceda un alto grado de satisfacción (Valencia y Varela, 2005).

Scharschmidt y De Prado (1978) plantean que la psicología laboral explica la relación dialéctica entre el hombre, el trabajo, y sus múltiples vinculaciones prácticas, sobre todo las condiciones laborales, la organización y protección del trabajo y desarrollo de colectivos, y personalidades en el proceso laboral. Para estos autores las principales actividades de la psicología del trabajo se dirigen al cumplimiento de dos objetivos: 1) Mejorar las condiciones laborales interiores, alcanzando así, la optimización de la formación profesional, obtener un diagnóstico de las premisas individuales de rendimiento y contribuir al desarrollo de la motivación hacia el trabajo; 2) Mejorar las condiciones laborales exteriores, donde se considera la distribución óptima de las funciones entre el hombre y la máquina, conformación de los medios de trabajo, optimización de procedimientos laborales y de la organización del trabajo, mejoramiento del ambiente físico, y contribución a la medición y evaluación del trabajo.

La psicología del trabajo no debe perder de vista el desarrollo de la técnica, los cambios de los contextos laborales y sus efectos en el hombre, proponiendo soluciones apropiadas, sin embargo, surgen diversas opiniones sobre la funcionalidad de dicha disciplina, es decir a quién, o para qué sirve, desde el punto de vista de los factores de la producción, capital o trabajo.

Para el socialismo la psicología del trabajo ha de conformarse en correspondencia con las exigencias de la humanidad y estimular el potencial productivo y el bienestar del hombre en el trabajo (Hacker, 1980; En: Valencia y Varela, 2005). Es decir, a través de la socialización de los medios de producción debe obtenerse el beneficio colectivo, racional y equitativo. La psicología del trabajo, la ciencia en general, la técnica, y el trabajo se conciben no como un fin en sí mismo, sino como complementarios para la satisfacción de las necesidades humanas.

Mientras que para el capitalismo, de sobra conocido, la metodología es utilizada al servicio del capital, y toda la técnica esta diseñada y orientada a través del trabajo a la producción de valor, a la optimización de las ganancias del poseedor de los medios de producción. En este contexto, importa el bienestar del trabajador, pero solo como medio para lograr el fin que significa la optimización de las ganancias capitalistas.

Por tanto es pertinente decir, desde el punto de vista metodológico, que los fines y los medios para los que se emplea la psicología del trabajo en la práctica, habrán de ceñirse a las necesidades del contexto en un tiempo y un lugar determinados. En este punto debe aclararse la distinción entre psicología del trabajo y psicología organizacional, ésta ultima surge en respuesta a demandas concretas de los medios de producción y actualmente obedece y se ajusta a demandas en la generación de bienes, productos y servicios.

Actualmente, el psicólogo que se inserta en el campo industrial recibe el nombre de psicólogo organizacional o industrial, y aun cuando no hay acuerdo entre la denominación general de la psicología en el trabajo, la definición de la psicología organizacional o industrial se relaciona con la aplicación de los principios y métodos de la psicología al campo del trabajo (Robbins, 1999; Blum y Naylor, 2002; En: Rodríguez y Posadas, 2005). Su finalidad es atender las demandas sociales en el contexto de la industria, la actividad del psicólogo está al servicio del empresario en pro del buen funcionamiento de la sociedad industrial. Su fin es integrar la máquina humana de trabajo a la mecánica industrial.

Así, la labor del profesional en psicología industrial u organizacional ha sido integrarse a este campo, desempeñando por lo general tres tipos de funciones: a) la elección de miembros nuevos y reubicación de existentes, proceso que corresponde al proceso administrativo denominado como reclutamiento y selección de personal; b) la solución de problemas originados en la administración y relaciones sociales entre individuos, proceso que corresponde al desarrollo



organizacional; c) y la iniciación y perfeccionamiento del sujeto en sus labores, que corresponde al proceso de capacitación (Rodríguez y Díaz González, 2000; Vargas y Velasco, 2002; En: Rodríguez y Posadas, 2005).

Adicionalmente el psicólogo ha incurrido en el desempeño de otras funciones tales como la administración de Recursos Humanos incluyendo desde el diseño hasta la aprobación de programas de seguridad e higiene, haciéndose cargo de las relaciones laborales, diseñando programas de incentivos, y otras más. El psicólogo organizacional ocupa puestos como: seleccionador, capacitador, encargado de personal o auxiliar de personal, entre otros.

Otros elementos que el psicólogo organizacional aborda es la demanda y la creación de un mejor ambiente de trabajo, y para el cumplimiento de esta petición dará cursos de motivación y modificará actitudes que conlleven a la satisfacción en el trabajo; investigará los efectos del ambiente de trabajo; abordará temas diversos, entre ellos: fatiga, accidentes, estrés y condiciones de trabajo (Luthans y Kreither, 1979; En: Rodríguez y Posadas, 2005).

Por su parte Cruz y González (1996), menciona que la psicología del trabajo ha tenido y tendrá una influencia decisiva para lograr el objetivo fundamental de construir una cultura organizacional que desarrolle el rendimiento óptimo y eficiente de los recursos humanos. El psicólogo industrial que trabaje para una empresa, firma de consultores, universidad o dependencia de gobierno, se ocupará de ayudar a resolver los problemas humanos creados por la civilización industrial.

Por lo anterior podemos mencionar que el objetivo primordial de la psicología organizacional o industrial atiende las demandas de la industria, es una actividad del psicólogo que está encaminada al buen funcionamiento de la sociedad industrial, o mejor dicho a generar una mayor producción para la industria, mientras que el propósito de la psicología del trabajo es explicar como

influyen las variables laborales en la conducta y la salud, tanto física como emocional de los trabajadores. Como se puede apreciar ambas definiciones son totalmente diferentes y es importante tener claras las diferencias entre ambas, de lo contrario se puede caer en una gran confusión que acarrearía consecuencias negativas para la generación de nuevos conocimientos.

Como se ha mencionado, la psicología del trabajo está encaminada a buscar el bienestar físico y mental de los trabajadores, entendiendo este bienestar como el estado saludable del trabajador, pero antes de explicar la relación entre salud y el trabajo se darán algunas definiciones.

### **1.3 Definición de salud**

El concepto de salud es considerado desde diferentes perspectivas; para la industria la salud del trabajador es equivalente a la capacidad de seguir trabajando, es decir, el obrero sano es aquel que realiza sus tareas normales e incluso se le convence de esta idea para que no pare sus labores y por lo tanto la producción.

La institución encargada de cuidar la salud del trabajador en nuestro país (Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS) apoyándose en la ciencia médica y en su función social, considera que un individuo enfermo es aquel que sufre un trastorno biológico y puede ser detectado por un diagnóstico objetivo para evitar errores en el tratamiento.

Para los trabajadores quienes se han creído el concepto de salud de las empresas capitalistas consideran que la salud es necesaria para poder seguir laborando y no tener salud significa perder el empleo y consecuentemente tener problemas económicos, por lo cual se mantienen dentro de lo que ellos llaman sanos, aunque en la realidad padezcan serios problemas de salud (Laurell y Noriega, 1987).

Desde el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad (Cook, 1993).

Por otra parte Almirall (1987; en: Juárez, 2005) considera que la salud es un estado donde existe un equilibrio productivo entre este estado y otros subsistemas, como un órgano, otra persona o grupo social, también considera a la salud como un proceso de subsistencia y desarrollo de las capacidades biológicas y psicológicas, fisiológicas y psíquicas del hombre, así como su capacidad laboral óptima y una actividad social adecuada durante la prolongación máxima de la vida. Para este autor el bienestar es concebido como un estado dinámico de los procesos psíquicos que son caracterizados por un grado razonable de armonía entre las facultades, necesidades, expectativas, y exigencias u oportunidades del medio ambiente.

Martínez (1988) propone que no es suficiente que el trabajador sea protegido de enfermedades, sino que es necesario que disfrute de condiciones adecuadas para promover su salud para que le permita trabajar mejor, con un menor desgaste y consumo de energías, es decir el trabajo debe ser la base para una vida digna.

Por último, Galliani (1992; en: Juárez, 2005) menciona que si bien el proceso salud enfermedad tienen su expresión somática, están fundamentalmente condicionados por factores históricos, económicos, políticos, sociales y culturales, es decir se vive y se muere según la ubicación en la estructura social, en el entrecruzamiento de factores complejos que globalmente se llaman condiciones materiales de existencia, y que hacen referencias a otros dos conceptos que lo constituyen: condiciones de vida y las condiciones o medio ambiente de trabajo.

De acuerdo a las definiciones descritas anteriormente, se puede sintetizar que la salud es un estado de bienestar biológico, psicológico y social que la persona manifiesta sentir, y que al mismo tiempo este estado de bienestar le permite alcanzar realización personal en todos los aspectos; económico, social, laboral, psíquico, etc. Cuando hay ausencia de salud o mejor dicho cuando existe enfermedad en el individuo, éste tratará de cualquier manera de evitarla dentro de todos los ambientes donde se desenvuelva, incluyendo el ambiente laboral ya que es allí donde la persona pasa la mayor parte de su vida, por eso es muy importante que en este contexto existan las condiciones necesarias que le permitan conservar la salud, de lo contrario surgirán padecimientos que puede llevarlo incluso a la muerte.

#### **1.4 Salud Laboral y Riesgos en el Trabajo**

Desde la antigüedad el hombre se ha interesado por conocer y difundir las relaciones entre salud y trabajo, por ejemplo Hipócrates hizo observaciones acerca de los factores determinantes de las enfermedades y la importancia del ambiente laboral, social y familiar. Galeno, en el siglo II a. C., hizo observaciones acerca de las enfermedades de los mineros, curtidores, bataneros, químicos y otros trabajadores.

Plinio el Viejo, en el siglo I d. C., refirió el uso de vejigas animales, colocadas delante de la nariz y boca para evitar la inhalación de polvo y vapores en minas de minium Urich. Elemborg en 1473, describió el envenenamiento industrial por plomo y mercurio, y sugirió medidas preventivas para evitar la intoxicación (Barquín, Legaspi, Szpirman y Kahan, 2000).

En 1556 George Agrícola publicó un tratado llamado *De re metallica*, en el cual reconoció el asma al que llamó “ulceración de los pulmones”, que es producida en los trabajadores expuestos a inhalación de ciertas clases de metales y que coincide con lo que hoy se conoce cáncer pulmonar (Barquín, Legaspi, Szpirman y Kahan, 2000).

Paracelso es distinguido por sus estudios acerca de las enfermedades de los fundidores y metalurgistas causadas por el mercurio. En el siglo XVII, algunos autores como Walter Popa insisten sobre las enfermedades de los mineros de mercurio y describe la intoxicación por monóxido de carbono. En el año 1633 Capri Bernardino Ramazzini, quien es conocido como el padre de la medicina del trabajo, en su libro *De morbis artificum diatriba* describe más de 54 profesiones, la forma de vida de los obreros, sus patologías, etc., y encierra la esencia filosófica de la medicina del trabajo, al señalar la importancia de que los médicos pregunten a sus pacientes por el tipo de trabajo que efectúan y piensen en la relación de causa-efecto que existe entre el medio ambiente de trabajo y algunas enfermedades.

Ramazzini sostuvo que la medicina del trabajo no se debería estudiar en los consultorios, sino en los lugares de trabajo. Entre 1775 Percival Pott describió el carcinoma del escroto en los deshollinadores de chimeneas en Inglaterra. En 1866 Zenker dio el nombre de neumoconiosis a las enfermedades pulmonares producidas por la inhalación de polvos inorgánicos y Proust en 1874 la abrevió a neumoconiosis (Barquín, Legaspi, Szpirman y Kahan, 2000).

En 1883 se creó el primer sistema de seguro social en Alemania, que normó la política de protección al trabajador y a su familia y que dio origen a que se establecieran seguros similares en otras partes del mundo. Lehmann en 1884 abordó el aspecto preventivo de las enfermedades del trabajo y dio las plataformas para el control del ambiente industrial; dando las bases técnicas de la prevención de los riesgos de trabajo en el sitio mismo en que se originan.

A principios de este siglo Sir Thomas Oliver escribió los libros *Ocupaciones peligrosas* y *Enfermedades propias de los oficios*. En 1912, Morrison publicó la intoxicación por plomo, la catarata de los trabajadores del vidrio, el cáncer de la piel en relación al trabajo, la ictericia tóxica y las intoxicaciones por fósforo, arsénico y mercurio. En 1919 el Tratado de Versalles estableció los principios que después regirían la Organización Internacional del Trabajo, creada para fomentar la paz y justicia social, mejorar las condiciones del obrero y promover la estabilidad económica y social de los pueblos.

En 1950 la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), determinaron que el objetivo de la medicina del trabajo consiste en mantener y promover el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; prevenir todos los daños causados a la salud de ellos por las condiciones de su trabajo; protegerlos, en su empleo, contra los riesgos resultantes por la presencia de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo conveniente a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas. En resumen, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo.

En el contexto internacional, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha plasmado los múltiples convenios y recomendaciones, la opinión y políticas de gobiernos, trabajadores y empleadores en relación a la protección de los trabajadores en sus medios ambientes laborales. Estableció conceptos, normas preventivas y mecanismos legales para evitar accidentes o enfermedades de trabajo y para regular servicios de salud y sistemas de seguridad para los trabajadores.

La OIT afirma que los riesgos del trabajo son más numerosos y de mayor trascendencia que los riesgos de guerra, y que se encuentran incorporados al mercado de trabajo 52 millones de menores de 15 años, de los cuales 3.1 millones lo hacían en América Latina, en 1979. Para 1982, el IMSS reportó 14,641 incapacidades permanentes debidas a los riesgos de trabajo, de un total de 595,260 de éstos, los cuales ocurren con mayor frecuencia en la población adolescente (Barquín, Legaspi, Szpirman y Kahan, 2000).

La salud y seguridad en el trabajo es un campo ampliamente multidisciplinar que, invariablemente, toca temas relacionados, entre otros, como la medicina y otras ramas científicas, el derecho, la tecnología, la economía y cuestiones específicas de diversas industrias. A pesar de esta variedad de preocupaciones e intereses, cabe identificar algunos principios básicos, como los siguientes:

*Todos los trabajadores gozan de derechos.* Los trabajadores así como los empleadores y los gobiernos, deben garantizar la protección de esos derechos y promover condiciones de trabajo dignas. Como declaro la Conferencia del Trabajo en 1984:

- El trabajo debería realizarse en un medio ambiente de trabajo seguro y saludable.
- Las condiciones de trabajo deberían ser compatibles con el bienestar de los trabajadores y la dignidad humana.
- El trabajo debería ofrecer posibilidades reales de satisfacción y realización personal de servicio a la sociedad.
- Deben establecerse políticas de salud y seguridad en el trabajo.
- La finalidad de los programas y las políticas en materia de salud y seguridad en el trabajo debe ser la prevención y protección.
- La información es vital para el desarrollo y ejecución de programas y políticas eficaces.
- La promoción de la salud constituye un elemento central de la práctica en materia de salud en el trabajo.
- Deberían de establecerse servicios de salud en el trabajo que den cobertura a todos los trabajadores.
- La ecuación y la formación constituyen componentes esenciales de un medio de trabajo seguro y saludable.
- Los trabajadores, empleadores y las autoridades competentes tienen ciertas responsabilidades, deberes y obligaciones.

Dado que los riesgos profesionales surgen en el lugar de trabajo, corresponde a los empleadores garantizar que el medio ambiente de trabajo sea seguro y saludable. Ello significa que deben prevenir y proteger a los trabajadores frente a los riesgos profesionales. Sin embargo, la responsabilidad del empleador va más allá, al imponer el conocimiento de los riesgos profesionales y el compromiso de garantizar que los procesos de gestión promuevan la salud y la

seguridad en el trabajo. Por último la promoción de la salud y la seguridad en el trabajo, como parte de la mejora general de las condiciones de trabajo, constituye una estrategia importante no sólo para asegurar el bienestar de los trabajadores, sino también para contribuir de forma positiva a la productividad. Los trabajadores sanos tienen más probabilidades de gozar de una mayor motivación en el trabajo, de disfrutar de una mayor satisfacción en el mismo y de contribuir a una mejora de la calidad de los productos y servicios, incrementando la calidad de vida de los individuos y de la sociedad (Allí, 2001).

### **1.5 Análisis de las condiciones de trabajo**

Debido a que en el ambiente laboral existen riesgos ambientales y psicosociales, es necesario prevenir estos tipos de riesgos para brindarle una mejor seguridad al trabajador y así proporcionarle un ambiente adecuado en el que pueda conservar su salud. Para cumplir con dicho objetivo es necesario que se cuente con metodologías que permitan conocer como son las condiciones de trabajo, para que identificándolas se proceda a prevenir e intervenir en los accidentes y/o enfermedades laborales. Algunos de estos métodos o modelos de análisis que han tenido una gran aceptación para el estudio de las condiciones de trabajo han sido el modelo obrero y el método LEST, los cuales han permitido a los especialistas poder identificar los riesgos de trabajo, a continuación se explicara en que consiste cada uno de ellos.

#### *Modelo Obrero*

Este modelo busca la relación salud-trabajo a partir del saber y la experiencia obrera, para este modelo la participación de los trabajadores es un componente muy importante, pues son estos los que reportan sus experiencias con el trabajo. Este modelo se fundamenta en tres principios básicos:



- Experiencia obrera: ayuda a recabar información acerca de las experiencias que vive cotidianamente el trabajador en su área laboral, este saber es recuperado y sistematizado a través de un proceso de confrontación y validación grupal.
- Validación consensual, la cual supone la comprensión de una realidad problemática mediante el conocimiento colectivo sobre el proceso de trabajo y sus riesgos.
- La no delegación que consiste en la acción obrera en la cual corresponde a los trabajadores decidir, desarrollar y evaluar objetivos, estrategias y acciones en defensa de la salud, es decir que los trabajadores pueden transformar las condiciones que afectan su salud.

La metodología utilizada consiste principalmente en el manejo de dos instrumentos básicos: la encuesta colectiva y el mapa de riesgo, la encuesta colectiva consta de dos apartados: la guía para el estudio del proceso de trabajo y el cuestionario de grupo.

La guía para el estudio del proceso de trabajo recolecta la información del proceso de trabajo, sus elementos y organización, incluye el organigrama del centro laboral, descripción de las etapas del proceso de trabajo, descripción de las actividades que se realizan en cada uno de ellos y los puestos de trabajo existentes, esta guía se discute con un grupo homogéneo.

El cuestionario de grupo es un instrumento que recoge la información acerca de los riesgos y exigencias laborales, daños a la salud, propuestas de prevención y control, este cuestionario se aplica a un grupo homogéneo.

Para facilitar el análisis de nocividad laboral, el cuestionario se divide en diversos grupos de riesgos y exigencias laborales. Los riesgos y exigencias laborales son un conjunto de elementos resultantes de los procesos de trabajo y organización que determinan la nocividad laboral, se estudian en cinco grupos con

la finalidad de determinar los factores y condiciones de trabajo que influyen en la salud del trabajador, estos grupos son:

- 1) Riesgos derivados del medio de trabajo: ruido, luz, vibraciones, temperatura, humedad.
- 2) Riesgos resultantes de los objetos y sus transformaciones: polvo, gases, humos, vapores, líquidos, bacterias, virus.
- 3) Exigencias laborales de la actividad física: intensidad del trabajo y posiciones incómodas.
- 4) Exigencias laborales de la organización y división del trabajo: jornada de trabajo, ritmo, monotonía, fatiga, ansiedad.
- 5) Riesgos que los medios de trabajo representan en sí mismos.

Una vez aplicada la encuesta se realiza el mapa de riesgos el cual es una síntesis de la problemática para la transformación de las condiciones de trabajo (Villegas y Ríos, 1993).

#### *Método LEST*

Un modelo que realiza el análisis de las condiciones de trabajo es el llamado Método LETS del Laboratorio de Economía y Sociología del trabajo, publicado en Francia. El objetivo de este método es mejorar las condiciones de trabajo a partir de una situación insatisfactoria, crear una situación nueva en la cual exista un mejor equilibrio entre las posibilidades y las necesidades de los hombres. Para ello se realiza una descripción de las condiciones de trabajo como son el contenido de trabajo y las repercusiones que pueden tener sobre la salud, la vida personal y social de los trabajadores.

Su metodología consiste en reunir por medio de una guía de observación todas las medidas de las diferentes condiciones de trabajo de un puesto. Esta guía es llenada por un observador que no sea el propio trabajador, utiliza una matriz como herramienta de observación de puestos a través de una entrevista individual y una entrevista colectiva. Una vez obtenidos los datos de la guía se da una serie de valores o puntajes con los cuales se caracteriza un elemento de las condiciones de trabajo, estos valores se representan gráficamente a través de un histograma (Guelaud, Beauchesne, Gautrat, y Roustang, 1981; en: Villegas y Ríos, 1993).

Las condiciones de trabajo que se analizan son:

- 1) Ambiente físico del trabajo:
  - Ambiente térmico: la alta temperatura entraña un deterioro de las actividades sensorio-motrices y mentales.
  - Ruido: el sonido se origina por la vibración de un cuerpo cuya frecuencia es percibida por el oído del trabajador, un ruido alto puede causar aumento de la frecuencia cardiaca, aceleración del ritmo respiratorio, reducción de la actividad cerebral.
  - Iluminación
  - Vibraciones
- 2) Las posturas en el trabajo
- 3) La carga en el trabajo, puede ser física o mental, esta última se refiere a la relación entre las exigencias de la tarea y las capacidades de quien las ejecuta, aquí se incluye la fatiga.
- 4) Factores psicosociológicos: iniciativa, status social, posibilidades de comunicación, cooperación en el trabajo, identificación del producto.

Estos modelos han ayudado a identificar los riesgos de salud en el área laboral y han permitido intervenir en los problemas de salud que se presentan en las empresas, es necesario que este tipo de análisis se realicen en todos los

ambientes laborales, para poder ofrecer un mejor ambiente, que promueva la salud en los trabajadores, ya que esto también significa ganancias para las empresas, pues al tener a trabajadores sanos, estos producen más, se enferman menos y por lo tanto la empresa no tiene que pagar en indemnizaciones o incapacidades por enfermedades.

## **1.6 Enfermedades frecuentes en el Contexto Laboral**

Como se viene mencionando en todo este capítulo, existe una relación dinámica incuestionable entre persona-trabajo, este dinamismo puede caracterizarse por sus implicaciones positivas como la productividad, el desarrollo humano y la salud, ahora bien por otro lado esta misma interacción trae consecuencias negativas como improductividad, enajenación, la enfermedad e incluso la muerte (Revista de Medicina del IMSS, 2004).

Los escenarios donde se desenvuelven los trabajadores así como también la naturaleza de las actividades económicas son diversos, cada uno al interior genera riesgos particulares que se expresan de diferentes maneras sobre la salud de la población trabajadora. En muchos casos, los efectos dañinos tienen su causa en la falta de regulación para limitar la exposición considerada como peligrosa y la carencia de medidas de seguridad ocupacional. Muchas veces los efectos del trabajo sobre la salud no son fáciles de identificar, pues pasan desapercibidos para el trabajador y el médico o son considerados como respuestas a factores fuera del contexto laboral (Revista de Medicina del IMSS, 2004).

Las consecuencias de un ambiente laboral no saludable van más allá de lo que se puede expresar como daño, ya que las repercusiones pueden derivar en incapacidades permanentes o severas e incluso en la muerte del trabajador. Los accidentes muestran las condiciones de inseguridad sobresalientes en las diferentes empresas y contextos laborales que de manera imprevista afectan al trabajador; las enfermedades laborales muestran exposiciones alargadas o, en su defecto, peligrosas al organismo (Revista de Medicina del IMSS, 2004).

Los accidentes de trabajo ocurren con mayor frecuencia en la población de 20 a 29 años de edad, mientras que las enfermedades laborales o del trabajador se exteriorizan a edades más tardías debido a su latencia o a la continua y prolongada exposición necesaria para su aparición (Revista de Medicina del IMSS, 2004). Algunas estadísticas arrojadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social muestran cuales son las enfermedades más frecuentes en la población trabajadora y que a su vez ocasionan invalidez en el trabajador (entendiendo como invalidez la incapacidad laboral de un trabajador, permanente o transitoria, debido a un accidente o enfermedad). En el cuadro 1 se pueden observar los dictámenes de invalidez según la lesión y por sexo durante el periodo 1992-2002.

Diagnóstico de invalidez	Mujeres	Hombres	Total general	% Mujeres
Dorsopatías	6 727	35 695	42 422	15.9
Diabetes mellitus	3 242	20 146	23 388	13.9
Artropatías	6 455	16 812	23 267	27.7
Tumores malignos (neoplasias)	5 579	11 012	16 591	33.6
Enfermedades isquémicas del corazón	675	8 740	9 415	7.2
Insuficiencia renal	1 557	6 900	8 457	18.4
Retraso mental	2 526	5 128	7 654	33.0
Enfermedades cerebrovasculares	1 095	6 466	7 561	14.5
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	719	4 310	5 029	14.3
Trastornos episódicos y paroxísticos	1 099	3 796	4 895	22.5
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	824	3 719	4 543	18.1
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	297	4 037	4 334	6.9
Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	766	3 431	4 197	18.3
Enfermedades del hígado	539	3 553	4 092	13.2
Otros trastornos del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	957	3 097	4 054	23.6
Enfermedades hipertensivas	670	3 256	3 926	17.1
Trastornos de la coroides y de la retina	697	3 006	3 703	18.8
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	915	2 639	3 554	25.7
Otras formas de enfermedad del corazón	470	2 738	3 208	14.7
Alteraciones de la visión y ceguera	466	2 161	2 627	17.7
Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no clasificados en otra parte	659	1 659	2 318	28.4
<b>Total</b>	<b>44 540</b>	<b>178 874</b>	<b>223 414</b>	<b>19.9</b>

Fuente: Coordinación de Salud en el Trabajo. SUI55/ST-5.

**Cuadro 1.** Dictámenes de invalidez según la lesión y por sexo, 1992-2002  
Fuente: Revista Medica del IMSS, 2004.

Como puede observarse en este cuadro las principales enfermedades diagnosticadas en el trabajador son: dorsopatías, diabetes mellitus, atropatías, tumores malignos, neoplasias y enfermedades isquémicas del corazón, esta última es de suma importancia ya que ocupa los primeros lugares de morbilidad en esta población, y por tal motivo es necesario su estudio.

No todas las actividades laborales están relacionadas con algún tipo de enfermedad específica, esto depende de la seguridad e higiene del contexto donde labore el individuo. Dentro de las actividades económicas de mayor riesgo está la industria de la construcción, las actividades profesionales, la preparación o compra venta de alimentos, e incluso la seguridad social, en el siguiente cuadro se muestran estos datos de forma más detallada.

Actividad económica	1998		1999		2000		2001		2002	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Construcciones de obras de infraestructura y edificaciones en obra pública	19 155	5.8	20 178	5.9	22 411	6.2	19 509	5.9	17 442	5.7
Supermercados, tiendas de autoservicio y de departamentos especializados	10 092	3.1	11 516	3.4	13 289	3.7	14 474	4.4	14 406	4.7
Servicios profesionales y técnicos	7 413	2.2	10 831	3.2	12 567	3.5	12 488	3.8	13 448	4.4
Preparación y servicio de alimentos	7 989	2.4	12 506	3.7	14 259	3.9	11 775	3.6	12 930	4.2
Compraventa de alimentos, bebidas y/o productos del tabaco, con transporte	10 638	3.2	10 681	3.1	11 409	3.1	11 395	3.5	11 371	3.7
Seguridad social	12 261	3.7	13 181	3.9	13 774	3.8	12 123	3.7	10 903	3.5
Construcción de edificaciones, excepto obra pública	16 116	4.9	15 125	4.4	13 907	3.8	13 639	4.1	10 611	3.5
Fabricación de productos de plástico	6 936	2.1	7 357	2.2	8 096	2.2	7 429	2.3	6 925	2.3
Transporte de carga	5 862	1.8	6 123	1.8	6 725	1.9	6 277	1.9	6 138	2.0
Compraventa de materiales para construcción tales como madera, acero y productos de ferretería, con transporte o preparación de mercancías	6 119	1.9	6 124	1.8	6 721	1.9	6 309	1.9	5 888	1.9
Confección de prendas de vestir	9 087	2.8	9 469	2.8	9 275	2.6	7 300	2.2	5 755	1.9
Fabricación de otros productos metálicos maquinados	5 926	1.8	6 199	1.8	6 790	1.9	5 751	1.7	5 026	1.6
Fabricación y/o reparación de muebles de madera y sus partes	5 681	1.7	5 612	1.6	6 203	1.7	5 126	1.6	4 656	1.5
Agricultura	4 570	1.4	4 834	1.4	5 958	1.6	4 732	1.4	4 143	1.3
Servicios de reparación, lavado, engrasado, verificación de emisión de contaminantes y estacionamiento de vehículos, con servicios mecánicos o de hojalatería	4 630	1.4	4 323	1.3	4 636	1.3	3 986	1.2	3 956	1.3
Demás actividades económicas	197 904	59.9	197 915	57.9	206 262	56.9	187 357	56.8	173 883	56.6
<b>Total</b>	<b>330 379</b>	<b>100.0</b>	<b>341 974</b>	<b>100.0</b>	<b>362 282</b>	<b>100.0</b>	<b>329 670</b>	<b>100.0</b>	<b>307 481</b>	<b>100.0</b>

\*Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, 2002  
\*\*Excluye accidentes en trayecto  
Fuente: Coordinación de Salud en el Trabajo. SUI55/ST-5.

**Cuadro 2.** Actividades económicas con mayor número de accidentes y enfermedades de trabajo, 1998-2002.  
Fuente: Revista Médica del IMSS, 2004.



Las estadísticas presentadas dan cuenta de las enfermedades más frecuentes en la población trabajadora mexicana, afiliada al IMSS así como también los tipos de actividades económicas que tienen mayor índice de morbilidad entre los trabajadores. Ahora bien no todas las enfermedades que se presentan en esta población tienen la misma etiología, algunas de éstas tienen su origen a partir de los estímulos físicos a los que son expuestos en el medio donde laboran, referente a esta idea algunos profesionales de la higiene del trabajo se han percatado que las condiciones laborales no sólo causan enfermedades profesionales específicas sino que pueden influir de manera mucho más general como uno de los múltiples elementos que determinan el estado de salud de un trabajador.

Esto quiere decir que los estímulos físicos así como las condiciones del trabajo no son los únicos factores que intervienen en las enfermedades de los trabajadores, existen otros factores denominados psicosociales los cuales son decisivos en relación con las causas y la prevención de enfermedades con respecto a la promoción de la salud (Kalimo, Mostafa, El- Batawi y Cooper, 1998). Estos factores influyen de manera importante en la salud de la población trabajadora, de allí la gran importancia su estudio en el tema de la salud en el trabajo.

En este primer capítulo se concluye que el trabajo como actividad propia del ser humano, es quien le provee los recursos necesarios para su subsistencia, además de traer consecuencias positivas como la realización personal, la remuneración económica, etc., también puede ocasionar graves problemas en la salud del trabajador, entendiéndose ésta como un estado de bienestar biopsicosocial, por tal motivo, los especialistas en la salud laboral y el equipo multidisciplinario deben proveer las condiciones necesarias para evitar accidentes o posibles enfermedades que surgen a largo plazo por no existir un ambiente adecuado en el espacio de trabajo. Cuando se habla de condiciones que favorecen la salud del trabajador, no solamente se refiere a condiciones físicas

como temperatura, ruido, iluminación, etc, sino también a factores psicosociales que provocan daños en los trabajadores. Estas consecuencias negativas suelen manifestarse como enfermedades de índole física e incluso psicológica. En el siguiente capítulo se detallará la influencia que tienen los factores psicosociales en la salud del trabajador, además se explicará y definirá en qué consisten dichos factores.

## **CAPÍTULO 2**

# **FACTORES PSICOSOCIALES Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD DEL TRABAJADOR**

En el capítulo anterior se explicó la relación existente entre la salud y el trabajo, así como los factores laborales que afectan la salud del trabajador, además de los factores físicos y ambientales se mencionó que existen otros factores difíciles de observar, puesto que son de origen psicosocial. El presente capítulo tiene la intención de describir los factores psicosociales y su influencia en la salud, además se mencionarán algunos de estos factores que se encuentran en el área laboral y las consecuencias en la salud, resultantes de la interacción con el trabajador. Antes de mencionar en que consisten los factores psicosociales, es necesario aclarar como la psicología ha abordado y estudiado el fenómeno de la salud laboral.

### **2.1 El estudio de la salud laboral desde la Psicología**

Si partimos de la idea de que la psicología aplicada al trabajo tiene como uno de sus propósitos principales el estudio de la conducta humana en el medio laboral, y el ajuste recíproco de las condiciones laborales con las características del ser humano para hacer al trabajo más agradable y más útil para la sociedad, no se puede limitar sólo a las técnicas de selección de personal.

Otras disciplinas como la ergonomía que también estudian la salud laboral, han demostrado que los estímulos físicos inherentes al medio ambiente profesional pueden ser causa de enfermedades físicas, pues exponerse a ellos, evadirlos o manipularlos aumenta, reduce o elimina la posibilidad de enfermarse o restituye la salud cuando ésta se ha perdido. Por tal razón es necesario realizar el estudio del medio ambiente de trabajo, en el cual, además de los agentes físicos,

químicos y biológicos, también debemos considerar los agentes psicosociales y la organización del trabajo. Los riesgos físicos, químicos o biológicos son evidentes pero no lo son tanto los riesgos psicosociales como son las presiones emocionales o las alteraciones leves en el funcionamiento intelectual. Si tomamos en cuenta el concepto clásico de que la salud se manifiesta como bienestar físico, psicológico y social, entonces las alteraciones en la salud se expresarán en síntomas somáticos, psicológicos y sociales (Barquín et. al, 2000).

A quien se encomienda la salud física del trabajador es al médico del trabajo, el cual es el responsable de comprender a los trabajadores con los que trata, de una manera integral, como personas, la complejidad de su conducta, motivaciones, reacciones emocionales, y por otra parte la forma en que el trabajo altera su salud mental (Barquín et. al, 2000).

Por otra parte la disciplina responsable del bienestar psicológico del trabajador es la psicología de la salud, la cual tiene la finalidad de estudiar los síntomas psicológicos de la enfermedad y los factores psicosociales que impiden la salud, y al mismo tiempo esta comprometida en aspectos de diagnóstico, terapia, rehabilitación y prevención, conocimientos que contribuye a la medicina del trabajo para la atención integral de los trabajadores. Este enfoque psicosomático descubre que muchas perturbaciones somáticas son producidas por factores emocionales y componentes sociales que no pueden ser tratados de la misma forma que los puramente somáticos. La psicología utiliza técnicas que pueden ayudar a solucionar algunos de estos problemas y dar nuevos enfoques a la investigación del trabajador y del medio ambiente laboral.

Diversos estudios epidemiológicos han demostrado que la salud está relacionada con los factores psicosociales presentes en el trabajo y que la función de esos factores, con respecto al estado de salud como a las causas de la enfermedad, es de alcance relativamente general. Estos factores pueden contribuir a causar y agravar una enfermedad e influir en los resultados de las

medidas de curación y rehabilitación. Aunque estudios recientes muestran que la práctica de la salud ocupacional ha estado enfocada, en primer lugar, en los efectos de estímulos nocivos de carácter físico, químico o biológico sobre la salud física, existe un progresivo reconocimiento entre los investigadores de que aspectos psicosociales o sociotécnicos del medio ambiente laboral pueden tener un efecto sobre la salud, tanto física (House et al., 1979; Margolis et al., 1974; Mc Lean, 1974; Weiman, 1977 En: Barquín, et. al. 2000), como mental (Caplan et al., 1975; Coburn, 1978. En: Barquín, et. al. 2000).

En síntesis podemos decir que sí la salud es definida como el estado de equilibrio biológico, psicológico y social del hombre, es sumamente necesario que estas tres disciplinas, la psicología, la medicina y la ergonomía se involucren y trabajen conjuntamente de forma interdisciplinaria en la salud del trabajador, ya que una sola no podría dar solución a las problemas que se presentan en el área laboral. La psicología como disciplina encargada del bienestar mental del hombre debe procurar intervenir dentro del área laboral, identificando y explicando los factores psicosociales de riesgo, para así poder prevenir o intervenir y mejorar las condiciones de salud de los trabajadores.

Recientemente la psicología ha hondado en el estudio de los factores psicosociales y de sus consecuencias en salud del trabajador, pero antes de explicar sobre las secuelas de estos factores es necesario entender el término "*factor psicosocial*", ya que una mejor comprensión y homogenización del vocablo permitirá un mejor análisis de este fenómeno.

## **2.2 Definición de los factores psicosociales**

En la definición de salud en el trabajo, la OMS combina la salud física y mental en un concepto conjunto de bienestar, proporcionando un indicador del reconocimiento de los factores psicosociales, los cuales se pueden encontrar en el medio laboral donde se desenvuelve el individuo. Esta definición establece que: "La salud no significa solamente ausencia de enfermedad sino también un óptimo bienestar físico, mental y social" (OMS, 1975. En: Juárez, et. al. 2005).

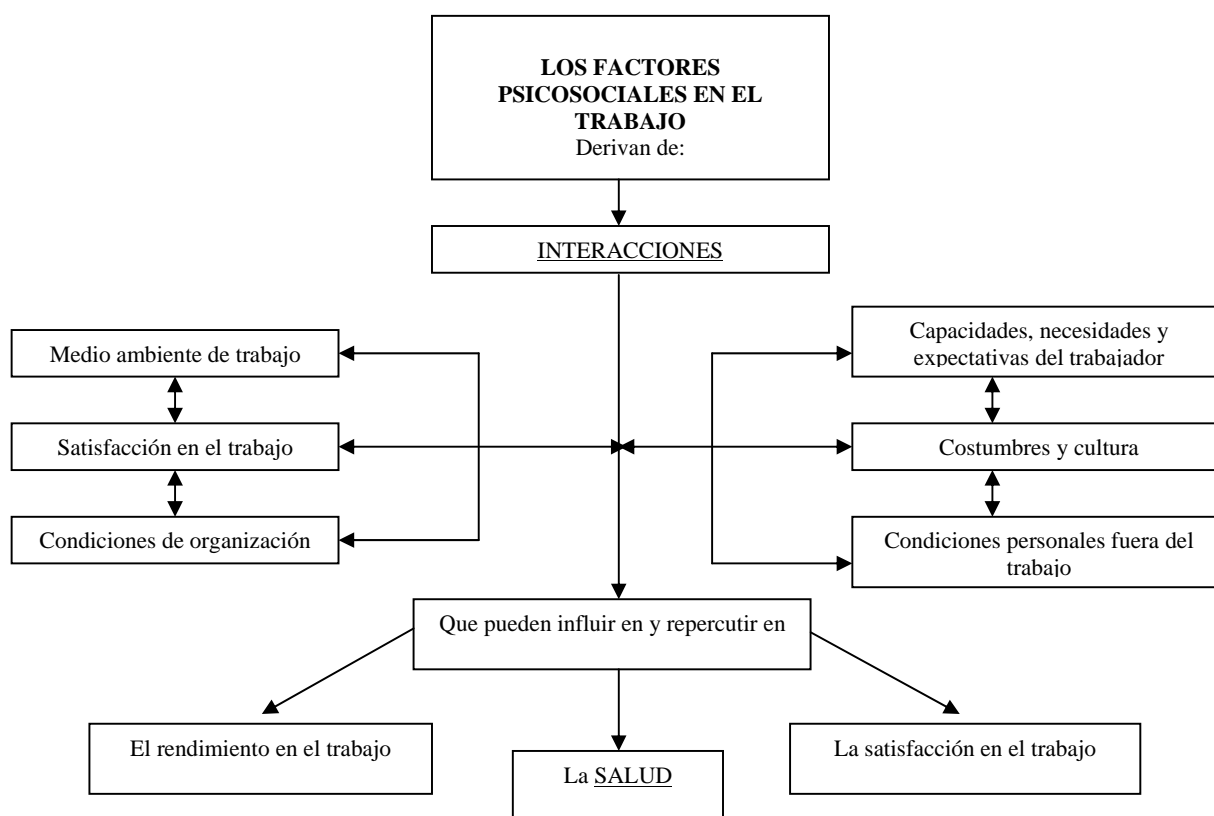
Cuando las condiciones del trabajo crean sentimientos de confianza en sí mismo, aumenta la motivación, la capacidad de trabajo, la satisfacción general y mejora la salud, sin embargo cuando existe un desequilibrio entre las oportunidades y las exigencias ambientales, se genera una mala adaptación, ante lo cual el individuo reacciona con respuestas alteradas de carácter cognoscitivo, emocional, fisiológico y de comportamiento y esto a su vez puede influir en la salud. También debe señalarse que las condiciones precarias, la inseguridad en el empleo, la familia numerosa, la alimentación deficiente, todas ellas combinadas colocan al trabajador en una posición débil para enfrentar las situaciones.

Desde el siglo pasado, se examinaban los factores humanos que ejercían cierta influencia en el mantenimiento de la salud así como los factores psicológicos de carácter laboral. En la 27 Asamblea Mundial de la Salud en 1974, se reconoce la necesidad de considerar la influencia de los factores psicosociales en la salud y se demandó la elaboración de un programa para el estudio de los factores y la salud mental. Posteriormente, en 1984 el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) examinaron de manera minuciosa los progresos en el estudio de los factores psicosociales. La novena reunión del mencionado comité dio a conocer los principales aspectos de estos factores: su identificación, evolución, así como las medidas para su prevención (OIT/OMS, 1984. En: Juárez, 2005).

En esta reunión se demostró que los factores psicosociales en el trabajo son el conjunto de las percepciones y experiencias del empleado y abarcan diversos y variados aspectos. Algunos de estos se refieren al trabajador individualmente, mientras que otros están ligados a las condiciones y al medio ambiente del trabajo; otros más se refieren a las influencias económicas y sociales ajenas al lugar de trabajo, pero que repercuten en él.

Por otro lado el comité mixto OIT/OMS (1984; en: Valencia y Varela, 2005) menciona que: los factores psicosociales en el área laboral, por una parte residen en las interacciones entre el trabajador, su medio ambiente, la satisfacción en el

trabajo y las condiciones de su organización, y por la otro lado, las habilidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual por medio de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento. Estas interacciones traen consigo efectos en los individuos, ya sean fisiológicas (hormonas suprarrenales, en el sistema nervioso central, o reacciones cardiovasculares), consecuencias psicológicas (depresión, irritación, preocupación), reacciones de comportamiento (en el rendimiento en el trabajo, consumo excesivo de tabaco y alcohol), problemas persistentes de salud (afecciones somáticas crónicas, trastornos psicológicos agudos: enfermedad psicógena colectiva), y accidentes de trabajo. Por su parte la OIT (1988) presentó el siguiente modelo de los factores psicosociales de la siguiente forma:



**Figura 1.** Los factores psicosociales en el trabajo (adaptado de: Comité mixto OIT/OMS, 1984)

Este modelo propone que la interacción entre las variables personales y organizacionales repercuten en tres unidades del trabajador: rendimiento, satisfacción y la salud.

Por su parte Kalimo et. al. (1998) sugiere que los factores psicosociales comprenden afectos del puesto y del entorno del trabajo, como el clima y la cultura de la organización, las funciones laborales, las relaciones interpersonales en el trabajo, el diseño y el contenido de las tareas. El concepto de Factores psicosociales se extiende también fuera de la organización, por ejemplo, se toma en cuenta las exigencias domesticas; los aspectos del individuo entendidos como, la personalidad, la capacidad y la actitud.

Aunque los factores psicosociales en el trabajo, son complejos y difíciles de entender, varios autores como Sauter, Murphy y Hurrell (1990, en: Hernández, 2004), han señalado la importancia creciente de estos factores como determinantes de la salud laboral de los trabajadores.

Por ejemplo, en la legislación europea y la española, reconocen la importancia de los factores psicosociales en la prevención de los riesgos y enfermedades laborales y plantean la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo, con la finalidad de prevenir los riesgos psicosociales dañinos para la salud física y mental, por otra parte en México, recientemente, el tema de los factores psicosociales, ha despertado gran interés, principalmente en disciplinas del área de la salud física y mental de los trabajadores, como lo es la psicología, por tal motivo los psicólogos tienen un incuestionable interés en realizar un trabajo en conjunto con la medicina, la ingeniería y otras disciplinas, con el principal objetivo de mejorar el entorno laboral del trabajador y promover una cultura de prevención para optimizar la calidad de vida (Valencia y Varela, 2005). Para alcanzar este objetivo, es obligatorio identificar los factores que acarrear consecuencias negativas. Algunos autores (Cooper y Marshall, 1978; Warr, 1987; Ivancevich y Mattenson, 1985; En Rodríguez, 1999) han elaborado diversas taxonomías en donde pretenden categorizar aquellos factores generales que tienen una mayor posibilidad de provocar consecuencias negativas para la salud y bienestar psicológico y social de los trabajadores.



Por su parte Peiró (1999) realizó una clasificación de los principales factores del contexto laboral, considerados como los más estudiados en la investigación psicológica y ergonómica, así como en el ámbito de la salud laboral, estos factores son:

- a) Factores del ambiente físico: hace referencia a los excesos, carencias o alteraciones, que presentan las condiciones físicas del trabajo.
- b) Individuales: Son los directamente relacionadas al rol que el trabajador desempeña en la organización (conflicto y ambigüedad de rol) además de las características personales, tales como la personalidad, estilos de afrontamiento, entre otros.
- c) Demandas del desempeño del trabajo: Trabajo por turnos y trabajo nocturno, exposición a riesgos y peligros, sobrecarga de trabajo.
- d) Contenidos de trabajo: oportunidad para el control, variedad de tareas, identidad de la tarea, oportunidad para el uso de habilidades, feedback de la propia tarea, complejidad del trabajo.
- e) Relaciones interpersonales: presencia y densidad social en los lugares de trabajo, tipo de relaciones con los superiores, compañeros, subordinados, con usuarios y clientes, falta de cohesión, presiones de grupo, clima y conflicto grupal, apoyo social.
- f) Desarrollo de la carrera: seguridad en el trabajo, transiciones en la carrera, estresores en los diferentes estadios de la carrera.
- g) Nuevas tecnologías: introducción de nuevos equipos de trabajo, maquinarias, computadoras, equipos electrónicos, entre otros.
- h) Estresores de nivel organizacional: se refieren, a la estructura de la tarea, funciones y responsabilidades, clima organizacional y diseño de los puestos de trabajo.
- i) Estresores extraorganizacionales: se refiere a las experiencias y acontecimientos externos al trabajo; procesos relacionados con el rol, procesos de desbordamiento o de generalización, procesos de socialización, relaciones trabajo-familia.

Por otra parte la naturaleza de los factores psicosociales es subjetiva, por tal motivo la prevención es difícil debido a la dificultad de identificarlos y medirlos, sin embargo esto se puede llevar a cabo a través de la percepción individual de los trabajadores o mediante cuestionarios que intentan captar un proceso no directamente observable, ya que el medio ambiental objetivo global de una persona existe independiente de la percepción de ésta y las percepciones del medio ambiente objetivo a cargo de la persona constituyen su medio ambiente subjetivo. Por lo tanto estos pueden ser inferidos indirectamente a través de las respuestas verbales de la persona o de la descripción de su trabajo que ésta responde en los cuestionarios previamente estructurados. En la mayoría de los estudios se utiliza el propio juicio de los trabajadores como medida principal de las características de su medio laboral (Benavides et. al., 2002).

De acuerdo a todo lo revisado en el presente tema podemos finalizar sustentando que los factores psicosociales son las percepciones y experiencias, resultado de las interacciones entre el individuo como trabajador y el medio ambiente organizacional y extra organizacional, y que repercuten en la salud física y mental del individuo. Estos factores pueden ser explicados no solo en un ambiente laboral, sino también fuera de el.

Una vez definido el concepto de los factores psicosociales, se procederá a describir como algunos autores han explicado los efectos de estos factores en el trabajador. Han sido diversos los modelos teóricos que relacionan los factores psicosociales laborales con la salud, en el siguiente apartado se expondrán las diversas teorías que han intentado explicar como ejercen ciertas influencias en la vida del trabajador.

### 2.3 Modelos explicativos de los factores psicosociales

Diversos modelos han sido esbozados con el fin de vincular los factores de tensión en el trabajo de origen psicosocial con el bienestar físico y mental del trabajador (Caplan et al., 1975; Coubur, 1978; Mc Lean, 1975; Orth-Gomer, 1979; Schwartz, 1980, en: Barquín, et. al, 2000). Estos modelos pueden expandirse hasta incluir también conductas de empleados que no permiten el funcionamiento fluido de una organización. Dentro de los modelos de análisis psicosocial del trabajo se encuentran los siguientes:

*Modelo demanda/control o “Job Strain”* planteado por Karasek (1976, Karasek, 1979, Karasek y Theorell, 1990. en: Enciclopedia de Salud y seguridad en el trabajo OIT, 2007), esta tesis expone que la combinación de altas demandas psicológicas (carga de trabajo) y un insuficiente control (autonomía y utilización de habilidades) producen un nivel alto de estrés y al mismo tiempo traen consecuencias graves para la salud. Este modelo se basa principalmente en las características psicosociales del trabajo: las demandas psicológicas que éste plantea y una cierta combinación de control de las tareas y uso de las capacidades.

El control es la variable moderadora decisiva que determinaba si las exigencias del entorno acarrear a consecuencias de aprendizaje “positivas” o a consecuencias de tensión “negativas”. La “falta de control” puede representar una restricción de la capacidad del organismo para utilizar todos sus mecanismos de adaptación con miras a mantener el equilibrio fisiológico frente a las exigencias, lo que lleva a un aumento de las cargas a largo plazo y del riesgo de enfermedad.

El modelo de demandas/control intenta crear una serie de hipótesis de interrelación con las perspectivas que se basan en la persona no como el modelo cognitivo que le resta valor a los estresores “objetivos” presentes en el lugar de trabajo, lo cual podría ser perjudicial para los trabajadores en situaciones en la que

los estresores del entorno son “objetivamente” reales y han de modificarse. Esta propuesta ha sido utilizada en estudios epidemiológicos de enfermedades crónicas, como la enfermedad coronaria, demostrando la existencia de una relación del modelo con los padecimientos cardiovasculares como la hipertensión, además ha ayudado a predecir la mortalidad cardiovascular, no encontrando ningún factor de riesgo tradicional o indicador fisiológico que por sí solo parezca la vía principal de ese riesgo. Por último este modelo puede predecir, el riesgo de enfermedad relacionado con el estrés, y después los correlatos de comportamiento activo/pasivo de los puestos de trabajo.

*Modelo Desequilibrio “Esfuerzo-Recompensa”* diseñado por Siegrist y Meter (Belkié, Landsbergis, Schnall, Baker, Theorell, Siegrist, Peter, y Karasek, 2000) describen la falta de correspondencia entre costos y ganancias, en otras palabras la experiencia estresante procede de un desequilibrio entre un alto esfuerzo (demandas y obligaciones) y una baja recompensa (dinero, estima, seguridad, desarrollo profesional), en combinación con un alto grado de compromiso en el trabajo. Este modelo ha demostrado su relación con enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales y desórdenes psiquiátricos.

*Modelo de “Ajuste Persona-Entorno”*, propuesto por Caplan (1998, en: Enciclopedia de Salud y seguridad en el trabajo OIT, 2007) el cual menciona que el ajuste entre las características personales del trabajador y el entorno laboral se localiza en dos niveles: el ajuste objetivo y subjetivo (percepción del trabajador). Por lo tanto si se haya un pobre ajuste entre el trabajador y su ambiente a nivel subjetivo y objetivo, puede ocasionar tensión y enfermedad.

Estos modelos son acercamientos al estudio del estrés y salud laboral, sin embargo existen otros modelos que estudian los efectos psicológicos.

*Modelo de Burnout* o multidimensional (Maslach y Jackson, 1981, en: Enciclopedia de Salud y seguridad en el trabajo OIT, 2007), también conocido como el “síndrome del quemado”, este modelo se caracteriza por sentimientos de despersonalización, agotamiento y una baja autoeficacia en los trabajadores.

*Modelo de Efectos Negativos* (Richter y Plath, 1984. En: Juárez, 2005), este modelo precisa criterios para identificar cuatro consecuencias psicológicas producidas por el trabajo: monotonía, fatiga, burnout y estrés.

*Modelo control personal/laboral*: Este modelo compone una dinámica de variables de contexto e individuales que lo establecen como integral y de carácter interaccionista, los supuestos teóricos del modelo son que a mayor control percibido, tanto individual como laboral, habrá mejores resultados de salud y desempeño del trabajador. En caso contrario (control laboral e individual bajo) existen sentimientos de desesperanza, falta de motivación y desmotivación e insatisfacción que dan resultado a un pobre desempeño y problemas de salud (Juárez, 2005).

En nuestro país son pocas las investigaciones que abordan la relación entre los factores psicosociales y salud laboral, debido al uso indiscriminado de instrumentos mal elaborados, mal traducidos y que carecen de confiabilidad y validez. Además los modelos y teorías así como los instrumentos para medir los factores psicosociales han sido aplicados en otros países, lo cual implica que tal vez existan algunas variables psicosocial propia de nuestro contexto sociocultural que se relacionen con los trabajadores mexicanos y que no está incluida en los modelos utilizados.

Hasta este momento se han descrito algunos modelos teóricos que pretenden explicar la relación que existe entre el trabajador y su medio ambiente laboral, como se puede apreciar todos estos modelos coinciden con la idea de la interacción entre personalidad del individuo y la exigencias del medio ambiente laboral pueden traer consecuencias positivas y negativas en la salud física y mental del trabajador, lo cual dependerá de la forma en que la persona afronte las demandas laborales.

Dentro del área laboral existen diversos factores psicosociales que afectan el bienestar del trabajador, en el siguiente apartado se describen algunos de esos factores que generan enfermedades en la población trabajadora.

## **2.4 Factores psicosociales en el área laboral**

El contexto organizativo del trabajo esta compuesto por numerosos elementos, como liderazgo, estructura, recompensas, redes de comunicación, etc., los cuales son incluidos en los conceptos de clima y cultura organizacional. El clima esta asociado a la percepción de la práctica organizativa comunicada por las personas que trabajan en un lugar. Básicamente, el clima es la descripción del entorno de trabajo por parte de quienes participan directamente en él y se caracteriza por las prácticas a distintos niveles de la organización. Debido a que el clima está presente en muchos niveles de la organización e implica distintas prácticas, es preciso que la evaluación de los factores de riesgo profesional abarque las relaciones (en la unidad de trabajo, el departamento o el conjunto de la organización) y las actividades (por ejemplo, la seguridad, la comunicación o las recompensas) que viven los trabajadores.

Los factores de riesgo incorporados al clima organizacional varían de un sector a otro, la cultura de cada sector esta compuesta por los valores, normas y formas de comportamiento compartidos por los miembros de la organización (Rousseau, 1988). Algunos de estos factores asociados al área laboral y que son factores de riesgo para la salud de los trabajadores, se mencionan a continuación.

*Estrés laboral:* Se han desarrollado numerosas teorías sobre el estrés para organizar las relaciones entre los estresores, las predisposiciones y los moderadores potenciales de estas relaciones. Dos teorías importantes son el modelo demanda-control de Karasek y el modelo de ajuste persona-amiente de French, ambos mencionados en el apartado anterior. Estos modelos han considerado que las variables de diferencia individual influyen en la relación entre los estresores y la predisposición.

Hans Selye (1956, en: Landy y Comnte, 2005) definió el estrés como una respuesta no específica del cuerpo humano a cualquier demanda, distinguió entre estrés positivo (eustress) y estrés negativo (distress). El eustress o estrés positivo lo define como el tipo de estrés que proporciona retos que motivan a los individuos a trabajar y lograr sus metas. El distress o estrés negativo es el tipo de estrés que resulta de situaciones de demanda crónica que producen resultados negativos en la salud.

Los estresores son definidos como aquellas demandas físicas o psicológicas a las que responde un individuo. Las reacciones a estos estresores son denominadas predisposiciones. Los estresores del trabajo se dividen en dos grandes categorías: estresores físicos de la tarea como ruido, luz, calor y frío; estresores psicológicos, que involucran una multitud de factores demandantes sutiles y no tan sutiles, estos últimos tienen efectos negativos en la salud de los empleados.

Por otro lado Kahn y Byosiere (1992, en: Landy y Comnte, 2005) desarrollaron un modelo teórico para el estudio del estrés laboral, en el se presentan varios factores importantes en el proceso del estrés incluyendo: a) estresores laborales: estresores de la tarea y el rol, b) moderadores del proceso del estrés: diferencias individuales, apoyo social, y c) consecuencia del estrés: burnout y enfermedades cardiacas.

Los estresores del rol son aquellos que resultan de requerimientos múltiples de la tarea o roles de los empleados. Un rol son las expectativas respecto a las responsabilidades y requerimientos de un puesto particular. La ambigüedad de rol es aquel estresor que ocurre cuando los empleados no cuentan con un conocimiento claro de cuál conducta se espera en su puesto. El conflicto del rol es un estresor que ocurre cuando demandas de diferentes fuentes son incompatibles. La sobrecarga de rol es el estresor que ocurre cuando se espera que un individuo cumpla con muchos roles al mismo tiempo. El conflicto trabajo-familia ocurre cuando los trabajadores experimentan conflicto entre los roles que cumplen en el trabajo y en su vida personal.

No todas las personas responden al estrés de la misma manera, existen características individuales como moderadores potenciales de las relaciones estresor-predisposición. Las características de diferencias individuales que han recibido mayor atención son el locus de control, la resistencia, la autoestima y el patrón de comportamiento Tipo A (Landy y Conte, 2005). La percepción de control o previsión del individuo determina su respuesta a la situación y tal percepción se ve afectada por las características del trabajo y del ambiente laboral. La programación y ritmo de trabajo pueden influir en los sentimientos de control. La percepción de control en el escenario laboral también se relaciona con la autonomía, la cual es el grado en el que los empleados pueden controlar cómo y cuándo realizan las tareas de su puesto.

*Autoestima:* La baja autoestima es uno de los factores causantes de trastornos fisiológicos y psicológicos. Desde el año de 1980, los investigadores de las organizaciones han estudiado la función moderada de la autoestima en la relación entre los estresores en el trabajo y los resultados individuales. La autoestima se define como “el carácter favorable de la autoevaluación de las características individuales”. Brockner (1983) formuló la hipótesis de que las personas con baja autoestima suelen ser más sensibles a los eventos del entorno que las que tienen un nivel elevado de autoestima. Brockner aporta numerosos indicios de que esta “hipótesis de plasticidad” explica diversos procesos desarrollados en las organizaciones.

Los estudios realizados de esta hipótesis han verificado la función moderadora de la autoestima entre los estresores vinculados a los roles asignados, la salud y las actitudes afectivas. El conflicto de roles y la ambigüedad de roles suelen ser provocados en gran medida por circunstancias externas a la persona y, por consiguiente, según la hipótesis de la plasticidad, las personas con un elevado nivel de autoestima deben ser menos vulnerables a ellos.



Ganster y Schaubroek (1991) especulan con la posibilidad de que, la función moderadora de la autoestima sobre los efectos de los estresores vinculados a los papeles asignados obedezca a la falta de confianza que las personas con bajo nivel de autoestima experimentan en su capacidad para influir en su entorno social, con la consiguiente debilidad de la capacidad de afrontar dichos estresores.

Otros resultados de investigaciones muestran que la sensación de bienestar físico y la satisfacción de las personas con bajo nivel de autoestima se pueden mejorar, bien reduciendo la presencia de los estresores de rol, o fomentando su nivel de autoestima.

*Tensión laboral:* El término “factores de tensión en el trabajo” se refiere a cualquier característica del medio ambiente del trabajo que presenta una amenaza de cualquier tipo para el individuo. Dos tipos de factores de tensión pueden amenazar a la persona en el trabajo: demandas que el trabajador puede no ser capaz de satisfacer o carencias de provisiones suficientes para cumplir con sus necesidades.

Las consecuencias de largas exposiciones de tensión en el trabajo pueden ser: 1) enfermedades físicas, úlcera y problemas gastrointestinales; 2) perturbaciones mentales tales como neurosis, insatisfacción general; y 3) conducta de retirada, como cambios de posición o ausentismo por parte del individuo para evitar situaciones adversas (Gupta y Beehr, 1979, en: Barquín, et. al. 2000).

Las reacciones fisiológicas de los factores de tensión en el trabajo son aquellas comunes en varios estados emocionales: incluyen el ritmo cardiaco, presión sanguínea, sistólica y diastólica, cambios bioquímicos tales como elevado ácido úrico sérico; colesterolhemia, cortisol sérico y aumento de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) en la orina.

Las reacciones psicológicas incluyen sentimientos de ansiedad, depresión aburrimiento y baja autoestima, estos sentimientos pueden ser acompañados por enfermedades o quejas somáticas. Una de las maneras de hacer frente a esas situaciones es tratar de evitarlas, llegando tarde, ausentándose, renunciando o haciendo huelga. Por lo tanto, cuanto mayor sea la tensión, más desagradable será la situación en el trabajo y más tratará el individuo de escapar de ella. Existe mucha evidencia que indica que la insatisfacción y las características adversas del trabajo están relacionadas a la intención de los trabajadores de renunciar o irse. Una forma más común de conducta en retirada, con consecuencias menos drásticas para el individuo, es el ausentismo. Esta forma le permite al trabajador alejarse de la tensión siendo aún un empleado.

Existe una marcada relación entre la condición anímica y la capacidad de trabajo. De igual manera como las perturbaciones mentales inciden sobre la capacidad de trabajo, las condiciones de trabajo inadecuadas pueden afectar el equilibrio mental. Los aspectos ocupacionales de las perturbaciones anímicas son importantes puesto que el individuo pasa en el lugar de trabajo más de la mitad de sus horas de vigilia, y en la sociedad en que vivimos el trabajo no constituye solamente una fuente de sustento sino posible lugar de satisfacción y status.

Existen diversas fuentes de tensión en el trabajo y pueden dividirse en tres categorías principales:

1. Condiciones objetivas difíciles.
2. Dificultades en las relaciones interpersonales.
3. Dificultades de origen interno, personal.

Todas estas dificultades pueden ser de origen personal y no estar necesariamente vinculadas a las condiciones del lugar de trabajo. Cuando las presiones en el trabajo son numerosas, independientemente de si su origen está en éste, en la personalidad del individuo o fuera del trabajo, se producen resultados subjetivos y objetivos.

Los resultados subjetivos son la sensación de tensión, cansancio, insatisfacción, desinterés y falta de concentración. Los resultados objetivos son las ausencias y retrasos frecuentes; conflictos con compañeros de trabajo y con jefes, y descenso en la productividad y en la calidad de su trabajo. Los accidentes de trabajo y las consultas médicas son comunes.

Las características objetivas del trabajo pueden ser percibidas como factores de tensión por algunos individuos, y no por otros. Esto depende de las características personales del individuo, los rasgos de su personalidad, sus capacidades, destrezas y sus necesidades se pueden determinar las reacciones de tensión, llevando a pautas de respuestas diferentes (Bergman y Magnusson, 1979, en: Barquín, et. al. 2000).

Finalmente el apoyo social de colegas, supervisor o familia, aparece en este modelo como moderador de la relación entre los factores de tensión en sí. El apoyo social puede funcionar como un amortiguador entre los factores de tensión en el trabajo. La gente que tiene mayor apoyo social que otros presenta una reacción de tensión menor frente a un estímulo dado. El apoyo social puede también aliviar reacciones de tensión (Barquín, et. al. 2000).

*Apoyo social:* En los años 70, los expertos de la salud pública y, más concretamente, los epidemiólogos “descubrieron” la noción del apoyo social al analizar las relaciones causales entre estrés, mortalidad y morbilidad (Cassel 1974; Cobb 1976, En: Enciclopedia de Salud y seguridad en el trabajo OIT). En psicología, el concepto de apoyo social ya se había anexado completamente a la práctica clínica. La terapia centrada en el cliente de Rogers, de enfoque incondicionalmente positivo, constituye, básicamente, un método de apoyo social.

Cassel (1976, En: Enciclopedia de Salud y seguridad en el trabajo OIT) adecuó el concepto de apoyo social a la teoría de la salud pública como una forma de explicación de las diferencias observadas en algunas enfermedades que se

pensaban relacionadas con el estrés. El autor quería averiguar las causas de que algunos individuos fuesen más invulnerables al estrés que otros. La teoría de que el apoyo social fuese un elemento del proceso causal de las enfermedades parecía estimable, ya que Cassel había observado que tanto las personas como los animales que experimentaban estrés en compañía de “semejantes significativos” parecían experimentar menos consecuencias adversas que los individuos aislados. Cassel aseguró que el apoyo social podía actuar como elemento de protección contra el estrés.

Cobb (1976, En: Enciclopedia de Salud y seguridad en el trabajo OIT) amplió este concepto al observar que la presencia de otra persona no supone un apoyo social, añadiendo que se precisa un intercambio de “información”, y que identificó tres categorías: información que: a) induce a la persona a sentirse querida o cuidada (apoyo emocional); b) produce la sensación de ser estimado y valorado (apoyo de la estima); c) fomenta el sentimiento de pertenencia a un sistema de intercomunicación y de obligaciones recíprocas.

Cobb observó que las personas que soportan episodios graves con carencia de apoyo social son más propensas a sufrir depresión, e indica que alguna forma de relación íntima o de apoyo social protege contra los efectos de las reacciones de estrés. Asegura igualmente que el apoyo social funciona a lo largo de la vida del sujeto y que afecta a diversas experiencias vitales, como el desempleo, las enfermedades graves y la pérdida de seres queridos. Cobb cita numerosos estudios, muestras, métodos y resultados como prueba fehaciente de que, si bien el apoyo social es un factor común en la modificación del estrés, no constituye por sí solo una panacea contra sus efectos. Según Cobb, el apoyo social incrementa la capacidad de resistencia (manipulación del entorno) y facilita la adaptación (cambio autoinducido para mejorar la adaptación de la persona al entorno). En los años transcurridos desde la publicación de estos primeros estudios, los investigadores han dejado de valorar el apoyo social como un concepto unitario y se han esforzado por conocer los componentes del estrés social y del apoyo social. Hirsh (1980, En: Enciclopedia de Salud y seguridad en el trabajo OIT) enuncia cinco posibles elementos integrantes del apoyo social: *apoyo emocional, estímulo, asesoramiento, compañía y ayuda tangible*.

House (198, En: Enciclopedia de Salud y seguridad en el trabajo OIT) utiliza otro cuadro de referencia para el análisis apoyo social en el contexto del estrés relacionado con el trabajo:

- *Emocional*: empatía, cuidados, amor, confianza, estima o muestras de interés.
- *Evaluativo*: información aplicable a la autoevaluación; retroinformación proporcionada por terceros que resulte válida para la afirmación personal.
- *Informativo*: sugerencias, consejos o información de utilidad para la solución de problemas.
- *Instrumental*: asistencia directa en forma de dinero, tiempo o trabajo.

Para House, el apoyo emocional es la manera más importante de apoyo social. En el lugar de trabajo, el apoyo de los supervisores constituye el factor principal, seguido del apoyo de los compañeros. Tanto la estructura y organización de la empresa como la naturaleza de los puestos de trabajo existentes pueden ayudar a aumentar o disminuir la capacidad de proporcionar apoyo. House halló que un mayor grado de especialización de las tareas y de división del trabajo da lugar a un mayor aislamiento de las actividades laborales y reduce las posibilidades de recibir apoyo. Los climas de apoyo social redundan en beneficio de la salud mental de los trabajadores, provocando menor frecuencia de ansiedad y la depresión (Repetti 1987, En: Benavides, et. al., 2002).

*Incertidumbre laboral*: Según Maslow (1954; en: Kuhnert, Sims y Lahey 1989) las personas tienen una necesidad de seguridad. Los trabajadores sienten seguridad, cuando tienen un trabajo permanente o cuando son hábiles para controlar sus labores. Desafortunadamente, no se cuentan con muchos estudios experimentales que hayan explorado a fondo esta necesidad de seguridad de los trabajadores.

Recientemente los investigadores han empezado a interesarse por el concepto de inseguridad en el empleo, ante fenómenos como las reducciones de plantilla, despidos o fusiones. La naturaleza, orígenes y efectos de éste han sido estudiadas, por Greenhalgh y Rosenblatt (1984; Enciclopedia de Salud y

seguridad en el trabajo OIT), y definen el fenómeno como la percepción por parte del trabajador de su incapacidad para mantener la deseada continuidad en una situación de trabajo amenazada. En el marco teórico de estos autores, la inseguridad en el empleo es considerada como una parte del entorno de la persona.

En la descripción sobre el estrés, tal inseguridad se interpreta como un estresor que introduce una amenaza, la cual es interpretada y respondida por el individuo. Esta interpretación y respuesta pueden adoptar diversas formas: esforzarse menos por rendir, sentirse enfermo o bajo de forma, buscar otro empleo, tratar de hacer frente a la amenaza o buscar una mayor interacción con los compañeros para amortiguar los sentimientos de inseguridad.

*Desempleo:* Es definido como la situación de alguna persona que desea trabajar pero no encuentra un lugar donde se remuneren sus habilidades y su actividad. Las principales causas del desempleo tienen sus orígenes en los cambios demográficos, económicos y tecnológicos. La reestructuración de las economías locales y nacionales suele dar lugar a períodos con tasas de desempleo elevadas. Inevitablemente, esos cambios agravan los problemas de desempleo en zonas económicamente hundidas. La mayoría de las personas depende de los ingresos de un puesto de trabajo para satisfacer sus propias necesidades vitales, familiares y mantener el nivel de vida al que están acostumbradas. Cuando pierden el empleo, padecen una notable reducción de sus ingresos. Esta crisis se manifiesta como una serie de acontecimientos estresores y consecuencias negativas en otros diversos ámbitos, pero en particular en la salud mental (Kessler, Turner y House 1988, en: Enciclopedia de Salud y seguridad en el trabajo OIT).

Existen cuantiosos antecedentes que muestran que la pérdida del puesto de trabajo y el desempleo originan un importante deterioro de la salud mental. El resultado más usual de estas situaciones es la incremento de la ansiedad, de los síntomas somáticos y depresivos. Algunos datos indican que el desempleo

aumenta más de dos veces el riesgo de depresión clínica (Dooley, Catalano y Wilson 1994, en: Enciclopedia de Salud y seguridad en el trabajo OIT). Además de los ya documentados efectos negativos del desempleo sobre la salud mental, existen algunas investigaciones que consideran el desempleo como un factor que influye en otros, como el suicidio, la separación o el divorcio, el abandono y los malos tratos a los hijos, el abuso del alcohol, la violencia en el lugar de trabajo, los comportamientos delictivos y los accidentes de automóvil. Por último, hay también algunos estudios, basados en el método de auto reporte, que indican que el desempleo contribuye a la enfermedad física.

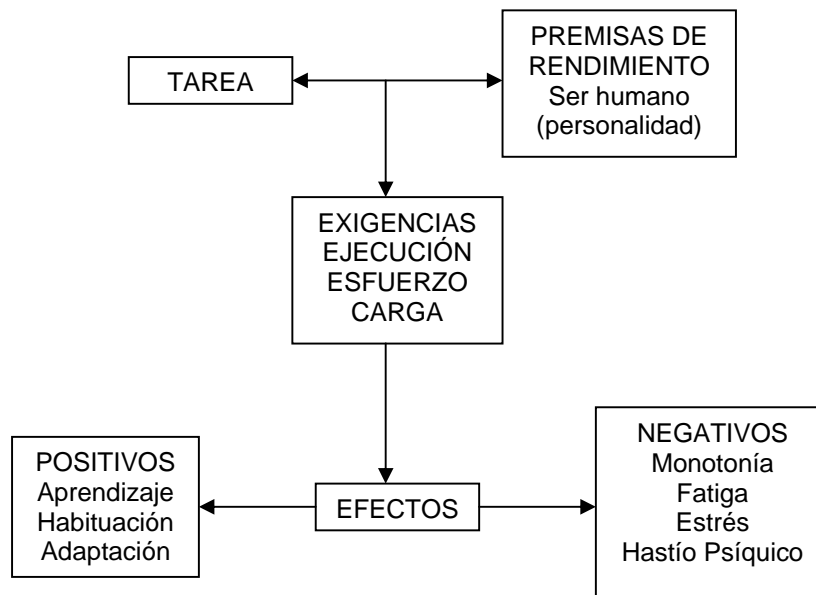
*Fatiga Laboral:* Uno de estos efectos negativos del trabajo es la fatiga, el cual es un resultado común a todas las actividades que requieren esfuerzo y tensión. La fatiga puede ser física o mental, esta última provoca disminución de la atención, retardo en la ejecución de las operaciones y tareas, incremento de la frecuencia y duración de las pausas autoprovocadas y de las comunicaciones con otros cuando son posibles. Los síntomas son: sentimientos de cansancio, dolores musculares, cefalea y sensación de “embotamiento” intelectual. La fatiga está presente en múltiples actividades laborales y en función de varios factores (Rodríguez, et. al., 2004).

Hasta aquí sólo se han mencionado algunos de los factores psicosociales que afectan a la salud del trabajador, sin embargo existen otros que aún no han sido investigados. Como se puede notar todos estos factores contribuyen al bienestar de la persona, pero cuando éstos no se presentan de forma adecuada provocan serios problemas en la salud física y mental.

## **2.5 Efectos de los factores psicosociales en la salud**

Dentro del presente apartado se examinarán cuáles son estas repercusiones negativas de estos factores que resultan de la interacción con los trabajadores.

Uno de los principales modelos que estudia los efectos del trabajo es el de Kulka (1980. en: Almirall, 1993) en la siguiente figura se explica en que consiste dicho modelo.



**Figura 2:** Modelo de Kulka, para el estudio de los efectos psicológicos del trabajo (1980. en: Almirall, 1993)

De acuerdo a este modelo las consecuencias de los factores psicosociales pueden agruparse en dos principales categorías: los que acarrear efectos negativos y los que pueden contribuir positivamente al bienestar de los trabajadores. Uno de las principales efectos que se producen en le trabajador y que han generado gran interés en la investigación son los efectos nocivos a la salud física y mental del individuo.

Para describir los efectos negativos a la salud de los trabajadores, conviene mencionar que en países en vías de desarrollo como México existen muy pocas investigaciones acerca de los factores psicosociales presentes en el trabajo y de sus efectos sobre la salud y sólo recientemente se le ha prestado atención a su estudio. Existen algunas observaciones de carácter general referentes al medio psicosocial de los países en desarrollo y se mencionan a continuación:



- 1) El medio sociocultural es un elemento determinante del tipo de enfermedades y de la frecuencia de éstas.
- 2) La situación socioeconómica del trabajador convierte más propenso a las afecciones psicosociales. Por otra parte, su nivel de instrucción influye considerablemente en su reacción al ámbito industrial y el estrés que éste lleva consigo; en estos países, el nivel de instrucción de los trabajadores es muy variable.
- 3) Las pautas religiosas y culturales tienen gran influencia en las respuestas de los seres humanos al estrés profesional y, por consiguiente, en los posibles efectos de éste en la salud.
- 4) La condición económica ayuda plasmar la reacción psicosocial y la capacidad para afrontar el estrés profesional. Las altas tasas de desempleo y subempleo pueden inducir a aceptar tipos de trabajo que suelen generar estrés.
- 5) La exposición a productos químicos o a condiciones físicas perjudiciales presentes en el ambiente laboral contribuyen al dar forma al medio psicosocial. A menudo, las condiciones de trabajo desfavorables se combinan con los efectos de los demás factores en la salud del trabajador y probablemente los agravan.
- 6) Las pequeñas fábricas y los talleres artesanales o familiares tienen por lo general una atmósfera psicosocial más favorable que las empresas de mayor tamaño. Por tanto, el predominio de la industria en pequeña escala en los países en desarrollo pueden hacer que el medio psicosocial laboral sea en conjunto mejor que en los países muy industrializados.

Los trabajadores de los países subdesarrollados como el nuestro, con frecuencia tienen que pasar de la vida rural, con sus relaciones estrechas y tranquilas, al medio industrial. Esta transición requiere un esfuerzo de adaptación, no obstante en muchos casos no se consigue la adaptación debido al estrés excesivo que impone el tipo de trabajo, a la vulnerabilidad personal o a ambos factores; las consecuencias son el ausentismo o la aparición de afecciones psíquicas y psicosomáticas.

Dentro de este contexto los efectos negativos de tipo psicológico del trabajo (EFNP) se expresan en una disminución del comportamiento psicofísico, una evaluación subjetiva de carácter negativo y una disminución del estado de ánimo, y que además repercuten sobre el rendimiento y productividad. Para Almirall (1993) los EFNP son efectos no deseados que se reflejan en la eficacia y los estados de ánimo del trabajador; se manifiestan durante y después del trabajo.

Estos períodos de ánimo pueden ser de malestar o bienestar, estos últimos son períodos dinámicos de la mente que se caracteriza por un nivel razonable de armonía entre las facultades, las necesidades y las expectativas del trabajador y las exigencias y oportunidades del medio ambiente. Por lo tanto este bienestar no sólo es de tipo físico, sino también de corte psicológico. Dentro de la teoría de los EFNP se reconocen cuatro efectos negativos de tipo psicológico: Fatiga, Monotonía, Estrés y Hastío Psíquico (Almirall, 1995).

*Fatiga:* hace referencia a la disminución de la capacidad del rendimiento psíquico y corporal a causa del desempeño mantenido de una actividad laboral. Algunas de las consecuencias provocadas por la fatiga son: disminución de la capacidad de concentración y pensamiento, aumento de irritabilidad y sentimiento de cansancio.

*Monotonía:* se caracteriza por que la persona se siente en situación de trabajo aburrida, se ejecuta la actividad sin motivación y de forma automática, el volumen de atención se ve disminuido. Cabe mencionar que este estado de monotonía no sólo reduce la reactividad y el rendimiento laboral, sino que afecta el desarrollo de la personalidad perjudicando el clima psicológico en que se desarrolla la actividad.

*Estrés:* se produce cuando existe una inestabilidad entre las exigencias de la tarea y la capacidad del trabajador para la solución de dicho requerimiento. El estrés puede tener un carácter negativo o positivo, categorizándose como: distrés (negativo) y eustrés (positivo). Está claro el vínculo entre el estrés y las consecuencias negativas en la salud de los empleados. Las consecuencias negativas del estrés crónico se dividen en tres categorías: conductual, psicológica y fisiológica.

Entre las consecuencias conductuales del estrés se encuentran el ausentismo, accidentes, abuso de alcohol, drogas, desempeño laboral pobre y los comportamientos improductivos. Nos enfocaremos en los efectos de los estresores en dos consecuencias conductuales particularmente importantes: a) procesamiento de información, el cual afecta diversos resultados en el trabajo, y b) desempeño laboral, el cual puede incluir procesamiento de información, pero frecuentemente envuelve una medida global de efectividad. El estrés crónico posee efectos perjudiciales sobre la memoria, tiempo de reacción, precisión y el desempeño de una variedad de tareas. Además los individuos bajo estrés comúnmente tienen dificultades para enfocar su atención. El estrés lleva a reacciones prematuras ante los estímulos, al uso restringido de claves relevantes y al incremento de errores en tareas cognoscitivas. Dado que cada uno de nosotros tiene recursos cognoscitivos limitados, las situaciones estresantes que limitan estos recursos dañan nuestra capacidad para afrontar las tareas. El estrés también se correlaciona con una menor creatividad y una pobre toma de decisiones, en particular bajo presión de tiempo.

Dentro de los efectos fisiológicos se hallan las enfermedades del corazón, además contribuye a presentar resfriados y gripe, problemas digestivos, dolores de cabeza, insomnio, infartos y otros problemas fisiológicos, así como para el deterioro del bienestar psicológico, como ansiedad, depresión, burnout y comportamientos improductivos como ausentismo y abuso de drogas. Todos estos efectos negativos repercute en la economía de las empresas, por ejemplo en Estados Unidos los patronos gastan más de 700 millones de dólares anuales para reemplazar a los 200 000 individuos de edades entre 45 y 65 años que mueren o se incapacitan (Landy y Conte, 2005).

*Hastío Psíquico:* caracterizado por sentimientos de exaltación de irritación, de desgano (desmotivación) y con un aumento de la actividad psicofisiológica, se caracteriza especialmente por la presencia de cansancio emocional, despersonalización e inadecuación personal o profesional (baja realización

personal). Es menester señalar que las características de este estado de hastío psíquico se relacionan con el concepto "Burnout", dicho término comenzó a utilizarse por primera vez en 1974 por el psicoanalista Herbert Freudenberger, para indicar un estado de debilidad física y emocional como resultado de las condiciones de trabajo.

Por otro lado, la calidad e intensidad del trabajo deben estar en relación con la edad, sexo, estado de nutrición, clima y condiciones orgánicas generales; el trabajo no debe afectar el estado de salud, es evidente que cualquier labor ejerce influencia, física y mental, sobre quien la ejerce y esta influencia puede ser favorable o desfavorable. Es necesario considerar que durante gran parte de la vida se reciben influencias derivadas del tipo de trabajo que se realiza.

Estas influencias suelen también manifestarse en síntomas físicos inespecíficos, como dolores difusos, trastornos de sueño, aprensión, ansiedad y formas leves de depresión, estos síntomas suelen ser relativamente habituales en las poblaciones trabajadoras. Aunque pueden tener distinta etiología, con frecuencia indica la existencia de estrés crónico relacionado con el trabajo.

Los riesgos específicos del trabajo se pueden agrupar en cuatro categorías: enfermedades ocupacionales o profesionales, accidentes del trabajo, fatiga ocupacional o industrial. Estas reacciones suelen originarse por la acción recíproca o el desajuste entre las oportunidades y exigencias inherentes al medio y las necesidades, facultades y expectativas individuales. Cuando el ajuste no es bueno, cuando no se atienden las necesidades o las facultades no se utilizan suficientemente o se fuerzan con exceso, el organismo responde con diversos mecanismos patógenos, que pueden ser cognoscitivos, afectivos, de conducta o fisiológicos y, en ciertas condiciones de intensidad, frecuencia o duración y cuando están presentes o ausentes determinadas variables ínter actantes, pueden provocar la aparición de precursores de enfermedades.

Dichos efectos negativos están en relación con la personalidad, la percepción del mundo, las capacidades y habilidades del individuo. La relación entre factores psicosociales presentes en el trabajo y la salud se complica por un gran número de variables de carácter individual y subjetivo. No es frecuente que una persona se vea expuesta aisladamente a las influencias psicosociales procedentes del medio laboral, las experiencias pasadas, los factores genéticos y las actuales condiciones de vida, en general determinan la manera en que cada persona experimenta e interpreta esas influencias. Por consiguiente, las reacciones a las situaciones percibidas y la capacidad de afrontar los periodos de estrés y recuperarse de ellos están determinadas, en cierta medida, por las características individuales. Por otro lado cuando la influencia de un factor psicosocial es intensa, disminuye la vulnerabilidad individual. Cada persona tiene múltiples características psíquicas y hábitos de comportamiento que son compartidos por otros miembros de la población trabajadora.

Como ya se ha mencionado anteriormente esta interacción permanente del hombre y su medio de trabajo puede influir positiva o negativamente en la salud física y psicológica del trabajador, y esto a su vez repercutirá en el proceso de producción, lo cual es de suma importancia para la economía de una empresa. Recientemente en investigaciones se ha pasado a primer plano la importante cuestión de la relación entre los valores materiales y los valores humanos –es decir, entre las exigencias de la productividad, la salud y el bienestar de los trabajadores- y se ha reconocido que ambos tipos de valores no son necesariamente opuestos, sino que existe una relación estrecha y de dependencia entre ambos, en otras palabras cuando la salud del trabajador es la óptima, este tiende a trabajar con más ganas y entusiasmo lo cual se verá reflejado en una producción de mayor calidad y cantidad, de lo contrario cuando el estado de salud físico y mental es deficiente la producción se verá afectada y consecuentemente las ganancias económicas de la empresa.

Hasta este momento sólo se han analizado los efectos negativos, pero no debemos subestimar los aspectos positivos del trabajo y sus efectos en la salud. Los efectos psicosociales positivos del trabajo pueden demostrarse examinando las consecuencias del desempleo para la salud, entre las que se encuentran la depresión, ansiedad, angustia, y el aumento de la morbilidad (Kalimo, Batawi y Cooper, 1998).

Por otra parte, el trabajo puede también impulsar la salud, por ejemplo, da a la persona la sensación de pertenecer a un sector de la sociedad que se considera importante, necesario y valioso; le proporciona una oportunidad para ejercer sus aptitudes, utilizar y ampliar sus conocimientos, así como adquirir otros nuevos; le permite formar parte de un medio social en el que se puede interactuar con los demás; le proporciona la oportunidad de asumir funciones diversas en su actividad cotidiana y crea una estructuración del tiempo. Así mismo, el trabajo produce una compensación financiera que permite atender las necesidades básicas, proporciona satisfacción, salud y bienestar en la vida.

Para finalizar con este capítulo podemos resumir que es importante y necesario que los profesionales de la higiene del trabajo comprendan que las condiciones laborales no sólo causan enfermedades profesionales, sino que puede influir como uno de los múltiples elementos que determinan la salud. Por lo cual los factores psicosociales son decisivos en la relación con las causas y la prevención de las enfermedades, con respecto a la promoción de la salud de las poblaciones trabajadoras. Por lo tanto los factores psicosociales pueden contribuir a causar y agravar una enfermedad e influir en los resultados de las medidas de curación y rehabilitación. También suelen ser utilizados como medio para promover en el trabajo actividades favorables a la salud.

Por otro lado los problemas psicosociales en la esfera de la higiene del trabajo no pueden estudiarse únicamente a partir de los cambios que actualmente tiene lugar en el medio laboral y la estructura profesional o de los fenómenos sociales y familiares conexos.

Los factores psicosociales en el trabajo se encuentran relacionados con los efectos negativos en la salud, y entre ellos, los problemas relacionados al sistema cardiovascular, en el siguiente capítulo se conocerá más a fondo esta relación entre las enfermedades cardiovasculares y los factores psicosociales.

## **CAPÍTULO 3**

# **IRA-HOSTILIDAD Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR**

En el capítulo anterior hemos revisado la relación que existe entre el trabajador y su salud, así como los factores físicos y psicosociales que intervienen en los riesgos de algunas enfermedades. En este capítulo se describe detalladamente nuestro tema de interés, la influencia del complejo ira-hostilidad en la reincidencia de la enfermedad cardiovascular de los trabajadores. En el primer apartado revisaremos los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares (somáticos, del comportamiento y de tensión laboral, social y privado). En el siguiente se describen las influencias de los factores psicosociales en las ECV, posteriormente se detallan las definiciones y características del complejo ira-hostilidad y se explica como es el proceso emocional de la ira-hostilidad, subsecuentemente se detallan los modelos que intentan explicar la relación entre la ira-hostilidad y la ECV, para detallar con mayor precisión el modelo de la reactividad psicofisiológica. Finalmente se describen los instrumentos de medición del constructo ira-hostilidad.

### **3.1 Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo**

Actualmente la enfermedad cardiovasculares (ECV) es una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en la población trabajadora de países industrializados, esto a su vez incrementa los costos de la asistencia sanitaria en esos países. Este fenómeno mundial conforma un escenario epidemiológico de gran relevancia. En el caso de nuestro país, la cardiopatía isquémica (CI) alcanza 41,9 % por enfermedades del corazón, las que a su vez reportan 69,4 % de fallecidos (Madrazo y Madrazo, 2005).



Las ECV son referidas como los trastornos orgánicos y funcionales del sistema cardíaco y circulatorio, entre las que más prevalecen en la población en edad económicamente activa se encuentran (Velásquez y cols., 2007):

- Coronariopatías, que provocan isquemia del miocardio, es producida por una constricción del sistema vascular que suministra la sangre al músculo cardíaco.
- Enfermedades inflamatorias, afectan al endocardio, las válvulas cardíacas, el pericardio y al miocardio.
- Trastornos del ritmo cardíaco, miocardiopatías, son trastornos que generan aumento o engrosamiento del músculo cardíaco, con lo que se estrechan los vasos del corazón.
- Hipertensión: aumento de la tensión arterial sistólica y/o diastólica; es la enfermedad circulatoria más frecuente.
- Alteraciones ateroscleróticas en los principales vasos sanguíneos, causan obstrucción en los órganos que aportan el suministro sanguíneo. La principal de ellas es la enfermedad cerebrovascular que puede provocar un ictus por infarto y/o hemorragia.

Entre los factores de riesgo de las ECV se encuentran las características psicosociales, del comportamiento, genéticas, fisiológicas, y socioeconómicas de las personas, que en conjunto aumentan la probabilidad de que se presente una ECV. Estos factores de riesgo pueden clasificarse en:

*Factores somáticos:*

- *Hipertensión arterial:* Es considerado el mayor riesgo de sufrir una ECV. Debe tenerse mucho cuidado cuando sobrepasa los límites de 120/80 (Arango, et al., 1999; Morea, et al., 2002; Sanfeliu, 1991; Secretaría de Salud, 2001; Texas Heart Institute, 2005).

- *Hipercolesterolemia*: Considerado uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Aparece cuando existe un aumento en la ingesta de grasas saturadas de los alimentos. Cuando la sangre contiene demasiadas lipoproteínas de baja densidad (LDL o «colesterol malo»), éstas comienzan a acumularse sobre las paredes de las arterias formando una placa e iniciando así el proceso de la «aterosclerosis» (Morea, et. al., 2002; Texas Heart Institute, 2005).
- *Diabetes*: Los problemas cardiacos son la primordial causa de muerte en las personas que padecen diabetes, esto se debe a una disminución de los niveles de colesterol HDL (colesterol bueno), aumento de adhesión plaquetaria y otras anomalías de coagulación, además los altos niveles de glucosa pueden originar un deposito de azúcar en las paredes arteriales (Morea, et. al., 2002; Sanfeliu, 1991; Secretaria de Salud, 2001; Texas Heart Institute, 2005).
- *Obesidad y sobrepeso*: El peso excesivo eleva los niveles de colesterol total, causa hipertensión y aumenta el riesgo de enfermedad coronaria (Texas Heart Institute).

## 2. Factores del comportamiento:

- *Tabaquismo*: Fumar incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular, ya que la nicotina acelera el pulso, contrae las arterias principales y provoca alteraciones en la frecuencia de los latidos, lo cual aumenta el esfuerzo cardiaco. Los fumadores tienen un doble riesgo de sufrir una cardiopatía que los no fumadores. (Arango, et al., 1999; Morea, et al., 1997; Secretaría de Salud, 2001; Texas Heart Institute, 2005).
- *Inactividad física*: El ejercicio ayuda a quemar calorías, controlar los niveles de colesterol y diabetes, posiblemente disminuya la presión arterial. También fortalece el músculo cardíaco y hace más flexibles las arterias (Morea, et. al., 2002; Secretaría de Salud, 2001; Texas Heart Institute, 2005).

- *Alcohol*: La ingesta de alcohol esta relacionada con enfermedades del corazón, tales como hipertensión, incidentes cerebrovasculares, latidos irregulares y cardiomiopatía (enfermedad del músculo cardíaco) (Texas Heart Institute, 2005).

### 3. *Factores de tensión en los campos laboral, social y privado.*

- *Estrés*: Es la tensión originada en el trabajo, la familia, en los negocios, etc., y que contribuyente al riesgo cardiovascular (Secretaría de Salud, 2001; Texas Heart Institute, 2005) si el estrés es mantenido por un periodo prolongado, el organismo se debilita y provoca que enferme más rápido.

Diversos estudios realizados por diversos autores hacen evidente la relación entre los factores de tensión en los campos laboral y padecimientos cardiovasculares (Coburn 1978, Caplan 1971, Dutton et al. 1978, Grandjean et. al., 1971, House et al. 1979; en: Juárez, 2005).

Es primordial que la psicología y la medicina laboral unan sus esfuerzos para poder dar soluciones a esta problemática dentro del área industrial. Además las prioridades de la salud ocupacional deben prolongar la expectativa de vida, minimizar la incidencia de incapacidad, enfermedad, dolor y malestar, mejorar sutilmente las capacidades fisiológicas en relación a sexo y edad, además deben incluir la preservación de la capacidad de reserva y de mecanismos de adaptación.

Identificar los factores de riesgo sirve para entender las causas de enfermedades multifactoriales, y es muy importante tenerlos en consideración para identificar a los individuos que deben incluirse en programas de eliminación y control de los factores de riesgo. Dentro de estos programas de rehabilitación y prevención que se efectúan en individuos con ECV se incluye la prevención y promoción de la salud en el lugar de trabajo. Si algunos de estos factores se tratan, modifican o cambian puede ayudar a prevenir o reincidir las enfermedades cardiovasculares (Arango, et al., 1998; Sanfeliu, 1991; Secretaría de Salud, 2001).

### **3.2 Factores psicosociales y su relación con la enfermedad cardiovascular**

Los factores tradicionales de riesgo no han explicado ni la mitad de los casos de trastornos cardiovasculares (Fernández-Abascal, Palmero y Díaz, 1998), por lo cual el estudio de los llamados factores no tradicionales ha cobrado relevancia incrementándose notoriamente. Los vacíos que han dejado los factores clásicos hacen referencia al estrés psicosocial y a las diferencias individuales en la percepción de los estímulos ambientales estresantes. Estos factores psicológicos se desempeñan como moduladores sobre los factores clásicos de riesgo.

Los denominados factores psicosociales en el trabajo influyen de forma incuestionable en la salud física y mental de los individuos, existen, por ejemplo, diversas investigaciones donde se demuestra la relación entre éstos factores y las enfermedades cardiovasculares (Johnson y Johansson, 1991), estos estudios concluyen que existe un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular con la exposición al estrés profesional. Las malas condiciones de trabajo pueden provocar que la persona no sienta deseos de abandonar el tabaco, la ingesta de alcohol y adoptar un estilo de vida más sana.

Los entornos profesionales estresores intervienen directamente en las concentraciones neurohormonales y en el metabolismo del corazón. La combinación de diversos mecanismos fisiológicos relacionados con actividades profesionales estresoras puede aumentar el riesgo de infarto al miocardio. La elevación de las hormonas movilizadoras de los almacenes energéticos que se originan durante los ciclos de estrés excesivo puede acrecentar la vulnerabilidad del corazón a la muerte del tejido muscular. Por el contrario, los niveles de las hormonas que reponen y reparan los depósitos energéticos, aminoran durante los períodos de estrés.

Durante el estrés emocional (y físico), los latidos del corazón se hacen más rápidos y fuertes durante períodos más largos de tiempo, de tal forma que el músculo cardíaco gasta una cantidad excesiva de oxígeno e incrementa el riesgo de sufrir un ataque de corazón. Cuando la frecuencia cardiaca es muy rápida que el latido del corazón deja de ser eficaz, se origina un trastorno que puede causar la muerte: la fibrilación ventricular.

Los primeros estudios epidemiológicos sobre las condiciones psicosociales del trabajo asociadas a la ECV sugieren que una gran demanda profesional desarrolla el riesgo de cardiopatía coronaria (CC). Por ejemplo, en un estudio prospectivo realizado con los empleados de la banca en Bélgica se observó que los que trabajaban en la banca privada mostraban una incidencia significativamente mayor de infarto de miocardio que los que lo hacían en la banca pública. Esta investigación reveló una posible relación entre las demandas profesionales (mayores en los bancos privados) y el riesgo de infarto de miocardio (Komitzer y cols. 1982, Enciclopedia de la OIT, 2007). Otras publicaciones indicaron de la misma forma una mayor incidencia de infarto de miocardio entre los trabajadores menos capacitados de las grandes empresas (Pell y d'Alonzo 1963, Enciclopedia de la OIT, 2007). Como se observa en estos estudios la demanda por parte del medio laboral y control que tiene el individuo sobre estas demandas esta relacionado con las incidencias de ECV.

Desde la década de 1980 se han realizado diversos estudios epidemiológicos para indagar la hipótesis derivada del modelo de Demanda/Control desarrollada por Karasek y otros (Karasek y Theorell 1998; Johnson y Johansson 1991). Este modelo prevé que los trabajadores expuestos a unas elevadas demandas y a un escaso control durante amplios ciclos de tiempo conducen a un mayor riesgo de desarrollar un estado de activación neurohormonal que puede tener efectos fisiopatológicos dañinos para el sistema cardiovascular y con el tiempo aumentar el riesgo de cardiopatía coronaria aterosclerótica e infarto de miocardio.

Entre los años de 1981 y 1993, cerca de la totalidad de los 36 estudios que examinaron los efectos de grandes demandas y un bajo control en la enfermedad cardiovascular hallaron asociaciones positivas significativas. Estos estudios, con diseños experimentales distintos, se realizaron en Suecia, Japón, Estados Unidos, Finlandia y Australia, donde se analizaron diversas variables, como morbilidad y mortalidad por ECV, factores de riesgo (hipertensión, tabaquismo), índice de masa ventricular izquierda y síntomas de isquemia miocárdica (Schnall, Landbergis y Baker 1994; Theorell y Karasek 1998). En opinión de estos autores, los estudios tienen una gran calidad epidemiológica y, además, los diseños más potentes son, en general, los que más apoyan los modelos de Demanda/Control.

Independientemente del método utilizado, las variables de control del trabajo manifestaron relaciones más constantes con el aumento del riesgo de ECV. Recientemente se ha completado el modelo de demanda/control, con una nueva relación del factor apoyo social con el trabajo y se ha comprobado que los trabajadores expuestos a demandas elevadas, poco control y escaso apoyo muestran un riesgo dos veces mayor de morbilidad y mortalidad por ECV que los que poseen empleos de baja demanda, mucho control y fuerte apoyo.

Del mismo modo se ha demostrado que otro factor laboral, como la existencia de turnos, esta asociada con un mayor riesgo de ECV. La rotación constante entre jornadas laborales diurnas y nocturnas se relaciona con un aumento del riesgo de infarto de miocardio.

No sólo las demandas del entorno físico externo afectan la salud del trabajador, sino también algunos rasgos de personalidad suelen hacer que una persona sea más vulnerable a padecer un trastorno cardiovascular. Por ejemplo en algunos estudios se han reconocido variables psicológicas relacionadas con la ECV como la conducta tipo A, la hostilidad, la afectividad negativa y diversos "rasgos" de personalidad, no obstante son escasas las que han definido la correlación entre factores generales de personalidad y enfermedad cardiovascular (Juárez, 2005).

Una de las variables psicológicas que intervienen en las ECV y que ha obtenido un gran respaldo científico es el patrón de conducta tipo A (PCTA). Houston, Kend y Zinder (1988), Rosenman y cols. (1986) y Zinder J. (1989; en: Bautista, 2000) mencionan que las personas con PCTA, presentan una lucha crónica por el logro, pero delimitan pobremente sus metas, adquieren un excesivo número de cosas por realizar y se nota una lucha agresiva ante los cambios. Las siguientes características describen sus principales componentes en individuos de ambos sexos.

1. Acelerada persistencia por lograr la auto realización, pero metas pobremente definidas.
2. Gran tendencia y anhelo a la competencia.
3. Constante ambición por reconocimiento o ascenso.
4. Continuos compromisos en múltiples actividades en menor tiempo.
5. Hábito de acelerar sus ejecuciones en más actividades físicas y mentales.
6. Extraordinaria alerta física y mental.
7. Sensación de agresividad y hostilidad.

De acuerdo a estas características la conducta tipo A es definida como una cualidad particular de evaluación y afrontamiento del medio ambiental. Por su parte Jenkins (1975; en: Bautista, 2000) la describe como una conducta manifiesta caracterizada por extrema competitividad, motivación de logro, agresividad, apresuramiento, impaciencia, inquietud, explosividad al hablar, rigidez en los músculos faciales, y sensación de estar bajo amenaza del tiempo y en reto con la responsabilidad. Las personas que muestran este patrón comúnmente están entregadas a su profesión, pero descuidan otros aspectos de sus vidas. Este síndrome no es un rasgo de personalidad ni una reacción precisa a una situación desafiante, sino la reacción de una persona predispuesta a reaccionar de esta manera ante una situación que la percibe desafiante.

Este tipo de patrón conductual también es caracterizado por una necesidad de respeto, autoridad y preferencia por actividades intelectuales cuidadosamente planteadas; junto con una tendencia a la inseguridad, competitividad, compulsiva, vulnerabilidad ante el fracaso, a la agresión y por lo tanto a la tensión interna y depresión.

Podemos decir que este patrón contienen tres componentes básicos que son: la urgencia del tiempo, competencia por el logro y la hostilidad (Synder, 1989, en: Bautista, 2000).

Es a partir de los años sesenta cuando dicho patrón se relaciona con la temática laboral, se incluyen los aspectos de responsabilidad, competitividad, actividad, autosuficiencia, persistencia y realización personal por medio del rendimiento (Romero y León, 1989).

Cuando parecían cumplirse todas las predicciones hipotetizadas por los investigadores respecto al PCTA, y se empezaba a asumir la relación entre PCTA y trastornos cardiovasculares, también comenzaron a surgir resultados en los que se cuestionaba dicha relación (Myrtek, 1995, en: Palmero, Díez, y Diago, 2007).

No está demostrado que todos los componentes contenidos dentro de este constructo impliquen del mismo modo un patrón de predisposición a la enfermedad coronaria. Puesto que las medidas existentes del constructo no explican qué aspectos diferentes del PCTA están relacionados (o no) con las distintas enfermedades cardiovasculares, y dado que algunos de los cuestionarios de autoinforme desarrollados con el fin de evaluar el PCTA pueden medir principalmente actitudes y no conductas, no es extraño que aparezcan distorsiones en la medición de algunos de los más importantes componentes del PCTA, como son las conductas observables.



Rosenman (1996, en: Palmero, Díez, y Diago, 2007) explica que el PCTA es un constructo multidimensional que representa una manifestación del modo mediante el que las personas tipo A perciben el mundo y así mismos. La existencia de diferentes componentes dentro de un mismo constructo ha dificultado considerablemente su asociación con la enfermedad cardiovascular.

Esta situación llevó a cuestionar la equivalencia entre el PCTA y el patrón de predisposición a la enfermedad coronaria, siendo este último el que se relaciona con el padecimiento de enfermedades cardiovasculares. Así, el interés científico comenzó a centrarse, de modo selectivo, en los distintos subcomponentes del PCTA para delimitar cuál de ellos era el verdadero predictor de los trastornos cardiovasculares. Así, el punto de mira de los investigadores se focalizó en un concepto de remotas y profundas raíces en el ámbito de psicología: aquel que plantea que las intensas emociones negativas, precipitadas por las molestias habituales o eventos de la vida cotidiana, pueden afectar nuestra salud, incluso nuestra propia supervivencia.

Además, a las emociones cabría añadir todas las cogniciones antes dichas situaciones o molestias, que estarían estrechamente unidas a las citadas emociones negativas. El factor no físico que se erigía como potencial elemento de riesgo era el complejo ira-hostilidad. (Palmero, Codina y Rosel, 1993, en: Palmero, Díez, y Diago, 2007). Así la investigación de la contribución de los factores emocionales a la enfermedad coronaria ha cambiado de una preocupación con el rol del patrón de conducta Tipo A, hacia un interés por la hostilidad y más recientemente por la ira (Siegman, 1994, en: Fernández y Martín, 1994).

### 3.3 Complejo ira-hostilidad

La hostilidad se muestra como el componente más nocivo del PCTA, como indicador de riesgo de ECV, la atención se enfocó, sobre la dimensión hostil, y así surgió el complejo ira-hostilidad. Barefoot (1992, Iribarren, et. al., 2000) lo definió como un constructo que encierra distintos aspectos, un componente cognitivo (hostilidad), un componente afectivo-emocional (ira) y un componente conductual (agresión). La ira es considerada, en principio, como el componente esencial, y en muchas ocasiones lleva a la hostilidad y, eventualmente, puede dar lugar a la agresión (Johnson, 1990; en: Palmero, Díez, y Diago, 2007).

La hostilidad es considerada como una variable compleja y de difícil conceptualización, de la que carecemos de una definición comprensiva. Diamond (1982, en: Fernández-Abascal y Martín, 1994) recopila las siguientes definiciones: Buss (1961, en: Fernández-Abascal y Martín, 1994) describe hostilidad como una actitud que implica una implícita respuesta verbal; Plutchik (1980, en: Fernández-Abascal y Martín, 1994) la considera una mezcla de ira y disgusto, asociada con indignación, desprecio y resentimiento, y Saúl (1976, en: Fernández-Abascal y Martín, 1994) como una fuerza motivante, ya sea impulso consciente o inconsciente, tendencia, intento o reacción, que va dirigida a injuriar o destrozar algún objeto, estando acompañada usualmente la hostilidad por el sentimiento o emoción de ira.

Por su parte Palmero, Díez, y Diago (2007) mencionan que la hostilidad involucra la devaluación de los motivos y valores de los demás, y la perspectiva de que las personas son fuente de malas obras; implica también el deseo de enfrentarse a los demás, en cuanto a aspectos de relación, o incluso el deseo de causarles daño, consiste en las creencias negativas sobre los demás; estas creencias producen tendencias atribucionales que hacen fácil interpretar la conducta de los demás como amenazadora u antagonista. Las personas hostiles perciben el ambiente como una lucha incesante y competitiva para lograr el objetivo que pretenden; para ello, permanecen constantemente alerta, pues temen

que su “enemigo” lleve a cabo conductas malintencionadas con el fin de impedirles que consigan su propósito. Esta tensa situación deriva, lógicamente, en sentimientos de ira en numerosas ocasiones.

Dembroski y Costa (1987, en: Houston y Vavak, 1991) definen la hostilidad como una actitud permanente de mala voluntad y una visión negativa de los demás, y, como tal, es un rasgo psicológico cognitivo. La relación ira-sentimientos y hostilidad son frecuentemente asociados con conductas que son aversivas o nocivas a los demás. Específicamente la agresión ha sido utilizada para referirse a conductas que resultan en daño a la gente u objetos.

La Hostilidad es considerada como la parte cognitiva del complejo, y recientemente se ha admitido que la hostilidad está formada por una serie de creencias de odio y rencor hacia los demás que en ocasiones pueden desembocar en agresión (Fernández-Abascal y Palmero, 1999). La hostilidad ha sido definida como una actitud permanente de mala voluntad y una visión negativa de los demás, y como tal, es un rasgo psicológico cognitivo.

La relación ira-sentimientos y hostilidad son frecuentemente asociados con conductas que son aversivas o nocivas a los demás. Específicamente la agresión ha sido utilizada para referirse a conductas que resultan en daño a la gente u objetos. Además, las conductas que son aversivas o nocivas a otros recientemente han sido consideradas bajo el término general expresión de la hostilidad (Dembroski y Costa, 1987, en: Houston y Vavak, 1994). Por su parte Fernández-Abascal (1997, En: Miralles, 2001) considera que el estado negativo caracterizado por la irritabilidad y agresiones físicas y verbales ante los causantes de la misma, son la forma de afrontamiento de la situación que produce hostilidad.

Así, la agresión y expresión de la hostilidad son rasgos de conductas, muy dependiente de los aprendizajes sociales, es el resultado de las influencias que pueden haber recibido un individuo por parte de su medio ambiente a lo largo de su vida, ya que el factor genético parece tener una implicación muy reducida.

En cuanto al componente afectivo-emocional de este complejo, incluye algunos estados emocionales como la ira, enfado, resentimiento, disgusto y el desprecio. La ira, es considerada como una emoción displacentera que consiste en sentimientos que varían desde la irritación al enfado, furia o rabia. Dichos sentimientos constituyen el componente subjetivo o experiencial de la emoción de la ira, y van acompañados de forma característica por incrementos en la activación del sistema nervioso simpático y del sistema endocrino, tensión en la musculatura, aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión corporal, así como la reducción de la temperatura periférica, expresiones faciales características, patrones antagonistas de pensamiento y, a la vez tendencias a comportarse de forma agresiva (Palmero, Díez, y Diago, 2007; Miralles, 2001). Además de que la ira produce irritación y enojo, en situaciones extremas llega a generar odio y violencia; inclusive existen autores que en sus publicaciones, adhieren la ira con el desprecio (Mayor, 1988, en: Miralles, 2001)

Los desencadenantes de la ira están relacionados con situaciones en las que nos consideramos engañados y traicionados, situaciones que tienen que ver con el ejercicio de un control físico y psicológico en contra de nuestra voluntad, o situaciones en las que nos percibimos asediados y se nos impide obtener una meta u objetivo que creemos que nos corresponde. También está relacionada con el hecho de ser testigos de injusticias cometidas a otras personas, con la humillación personal o con la traición de la confianza, así como también pueden causar como desencadenantes la estimulación aversiva como dolor físico, exposición al humo de los cigarrillos, olores fuertes y altas temperaturas (Lazarus, 1994; en: Iacovella y Troglia, 2003).

El proceso de la ira inicia con la percepción de un estímulo (interno o externo) que involucra una valoración cognitiva de ese estímulo; si el estímulo cumple los requerimientos para ser considerado como un desencadenante de la emoción, entonces el organismo experimentará dicha emoción reaccionando fisiológicamente, y generando a su vez una disposición de hostilidad (parte cognitiva de la emoción) y dando parte a las diferentes habilidades de afrontamiento.

Al hablar de ira, cabe diferenciar entre su experiencia y su expresión. La experiencia de la ira variará en intensidad, frecuencia y duración. La expresión de la ira no es más que una respuesta transaccional a las amenazas del medio, que sirve para regular el displacer emocional experimentado. (Palmero, Gómez, Díez, y Diago, 2007).

Spielberger y cols (1993, en: Fernández y Martín, 1994) 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, bien por la percepción de un amplio rango de situaciones como provocadoras, bien por la predisposición a experimentar elevaciones más intensas, bien debido a la interacción de ambos factores. La experiencia de ira provoca una aceleración fisiológica y neuroquímica que 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.

La ira/estado e ira/rasgo son términos conceptualmente distintos, sin embargo, están íntimamente relacionados. El primero es provocado o percibido bajo cierto contexto situacional; el segundo es sensible a esta provocación o percepción (Moscoso, 2000).

Moscoso (1998; en: Moscoso, 2000) define la ira como rasgo de personalidad, refiriéndose a las características de una persona en términos de una disposición o tendencia a reaccionar como un individuo iracundo. Cuando nos referimos a un individuo de carácter colérico, estamos describiendo un rasgo, no un estado emocional. Individuos con niveles elevados de cólera/rasgo logran percibir un mayor número de situaciones que provocan cólera que aquellos sujetos con niveles bajos de cólera/rasgo. Los primeros perciben un mayor rango de situaciones provocadoras de cólera (como por ejemplo, molestias, frustraciones e irritaciones), estos individuos están mucho más predispuestos a experimentar estados de cólera más intensos y con mayor frecuencia cuando enfrentan situaciones difíciles o frustrantes.

Deffenbacher y cols. (1992, en: Moscoso, 1998) utilizaron la Escala de la Cólera-Rasgo, en una serie de estudios con el propósito de evaluar los correlatos y consecuencias de la Cólera-Rasgo. Personas con puntajes altos en esta escala reportaron experimentar Cólera de manera más intensa, así como también con mayor frecuencia a través de un amplio rango de situaciones provocativas. Por otro lado, estos sujetos reportaron también más síntomas fisiológicos relacionados con la Cólera que los individuos con bajos niveles de Cólera-Rasgo. Al ser provocados, los sujetos con un mayor nivel de Cólera-Rasgo manifestaron tendencias más fuertes a expresar y suprimir la Cólera, y también experimentar un antagonismo verbal y físico de carácter hostil y desadaptado. Eventos de carácter negativo como fracasos por ejemplo, parecieron tener un efecto devastador acompañado de marcada ansiedad en individuos con un alto nivel de Cólera-Rasgo.

La emoción de la ira es altamente previsible y sus efectos se conocen antes de ocurrir, por tal motivo la persona tiene una gran capacidad para afrontar la situación, y cree que puede modificarla o controlarla. El grado en que las personas niegan la experiencia de la ira relacionados con los sentimientos y/o inhiben la expresión de tales sentimientos abiertamente, puede ser interpretado como un intento de hacer frente, de una manera que implica la inhibición de los procesos de pensamiento (por ejemplo, el conocimiento de la provocación, los sentimientos propios, etc) y / o conductas relacionadas con la ira.

Por lo que respecta a los diferentes procesos de afrontamiento de la situación que ha desencadenado la ira, se produce una autodefensa ante la amenaza, manifestándose en un ataque hacia las personas o situaciones responsables, incluso un control de la expresión emocional; el afrontamiento no sólo está basado en que las demás personas no observen su estado emocional, sino también en el control y la racionalización del evento que originó esta emoción. A su vez, toda esta energía negativa tiene que canalizarse hacia el exterior como agresión o expresión de ira; o bien hacia el interior como supresión de las manifestaciones de esa emoción (Spielberger, Krasner y Solomon, 1988; en: Miralles, 2001).

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 colaboradores (1985, en: Iacovella y Troglia, 2003) consideran que hay dos modos fundamentales de expresión de la ira, interna y externa. La ira interna 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 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.

Por otra parte Johnson (1990) propuso la existencia de tres estilos de afrontamiento ante un estímulo estresor que produce ira, con el fin de disminuir dicha sensación displacentera: 1) Estilo de supresión de la ira (anger-in), caracterizado por el hecho de que el sujeto afronta la situación inhibiendo la manifestación abierta de la ira; prefiere reprimirla, a pesar de sentir una intensa sensación de enfado, antes que expresarla verbal o físicamente, 2) Estilo de

expresión de la ira, (anger-out) mediante el cual la persona tiende a expresar abiertamente su ira, manifestando conductas airadas hacia sujetos u objetos, tanto verbal como físicamente, pero sin intención de realizar ningún daño o perjuicio hacia la otra persona. Sin embargo, no podemos dejar de señalar que en numerosas ocasiones estos episodios abiertos de ira dejan paso a conductas de agresión por parte del sujeto que sí denotan claras intenciones de dañar a la otra persona, 3) Estilo de control de la ira (anger-control), mediante el que la persona intenta canalizar toda la energía provocada por sus sentimientos de enfado e ira y proyectarla a otros fines más constructivos que la conducta agresiva hacia el agente estresor, intentando llegar a una resolución positiva del problema que ha provocado dicha emoción displacentera (Palmero, Díez, y Diago, 2007).

En un estudio realizado en el año de 1954 (Moscoso, 2000) por Punkenstein, King y Drolette se estudió y conceptualizó la expresión de la cólera. Para tal objetivo se expusieron a estudiantes universitarios bajo condiciones de laboratorio en las cuales estos sujetos eran inducidos a experimentar cólera. Todos los sujetos que llegaron a experimentar cólera y la dirigieron hacia el investigador o las condiciones de laboratorio fueron clasificados como «cólera manifiesta», los individuos que lograron suprimir la cólera o que la dirigieron a sí mismos fueron caracterizados como «cólera contenida».

Estos autores reportaron que el aumento en el promedio de pulso para los estudiantes que suprimieron la cólera fue tres veces mayor que el de los estudiantes que manifestaron cólera. En base a los estudios de Funkenstein et al. (1954, en: Moscoso, 1998), las persona son clasificadas por lo general como cólera contenida si estos suprimen su cólera o la dirigen a si mismos (Averil, 1982, en: Moscoso, 1998). Cuando la cólera es suprimida, ésta es subjetivamente experimentada como un estado emocional el cual varía en intensidad y fluctúa en el transcurso del tiempo como una función de las circunstancias que la originen. La Cólera manifiesta incluye no sólo la experiencia de esta sino también manifestaciones de alguna forma de conducta agresiva. La cólera manifiesta



puede ser expresada a través de actos físicos tales como ataque a otra persona, destrozo de objetos, o también a través de actos verbales como insultos, amenazas, o críticas.

La definición de cólera contenida nos permite diferenciarla de la expresión psicoanalítica “cólera introyectada” no dirigida a sí mismo la cual resulta frecuentemente en sentimientos de culpa y depresión. Mientras que los pensamientos y reacciones relacionados con situaciones que provocan cólera pueden suprimirse, y no experimentar esta emoción de manera directa; la cólera manifiesta, por lo general, incluye la expresión de hostilidad o de conducta agresiva.

Para distinguir estos términos Spielberger et al. (1985, En: Moscoso, 1998) formuló definiciones operacionales de cólera contenida y cólera manifiesta, con el propósito de construir una escala unidimensional para medir la expresión de la cólera, y que a la vez tenga una forma bipolar. Cólera contenida fue definida en términos de la frecuencia con que un individuo experimenta pero suprime sentimientos de cólera. Cólera manifiesta fue definida sobre la base de la frecuencia con que un sujeto expresa sentimientos de cólera a través de una conducta agresiva de tipo verbal o física. En base a estas definiciones, el contenido de los ítems de la Escala de Expresión de la Cólera varía desde una inhibición fuerte o supresión de sentimientos de cólera (cólera contenida) hasta la expresión extrema de cólera hacia otra persona u objeto en el medio ambiente (cólera manifiesta). Un ejemplo de ítem de «Cólera contenida» es: *estoy que hiervo por dentro pero no lo demuestro*. Otro ejemplo de ítem de «cólera manifiesta» es cuando tengo cólera digo lo que siento.

En la medida que los estudios de investigación en el campo de la cólera progresan, la importancia de distinguir entre la experiencia y la expresión de la cólera ha sido claramente demostrada (Spielberger et al., 1985; Moscoso y Spielberger, 1997; Moscoso y Spielberger, en: Moscoso, 1998). La distinción entre «cólera contenida» y «cólera manifiesta» como las principales formas de

expresión de la cólera ha sido ampliamente reconocida en el campo de la psicología de la salud y medicina conductual, de manera particular en cuanto al impacto negativo de la cólera sobre el sistema cardiovascular.

Con respecto a esto existen numerosos estudios donde se relacionan la ira, la hostilidad y la agresión como tres factores que se interrelacionan para afectar negativamente a la salud (Smith y Frohm, 1985; Smith y Christensen, 1992). La experiencia y la expresión de la ira contribuyen al proceso de trastornos como la diabetes (Deshields et al., 1989), el cáncer (Cox y MacKay, 1982), la hipertensión y la enfermedad coronaria (Diamond, 1982; Spielberger y Moscoso, 1995; Miralles, 2001).

Específicamente varios estudios han señalado que los sujetos hostiles son más proclives que los no hostiles a desarrollar coronariopatías e, incluso, que situaciones de ira pueden precipitar los procesos de EC (Matthews, Glass, Rossenman & Bortner, 1977, en: Iacovella y Troglia, 2003). Se ha puesto de manifiesto que los procesos cardiovasculares patológicos estarían asociados con el potencial para la hostilidad (Dembroski, Mac Dougall, Costa & Grandits, 1989, en: Iacovella y Troglia, 2003), y que el pobre manejo de los sentimientos hostiles, especialmente cuando son suprimidos, sería más destructivo (Spielberger y London, 1990).

Con respecto a el control de la ira el sujeto tratará de canalizar su energía emocional y proyectarla hacia fines más constructivos, para llegar a una resolución positiva del conflicto, esta forma de enfrentarla sería la alternativa más adecuada para reducir la probabilidad de riesgo de coronariopatías. 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, es dado creer que de este modo socavan el apoyo social, lo cual redundaría en una mayor vulnerabilidad a las enfermedades en general (Iacovella y Troglia, 2003)

Finalmente el componente conductual incluye la agresión, expresada de forma física y/o verbal, o de otros modos más sutiles y socialmente aceptados. El término agresión suele utilizarse para referir a la conducta o conductas destructivas o punitivas dirigidas hacia otras personas u objetos. Estas conductas son 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 consideradas conductas de agresión las conductas de omisión voluntaria y consciente que hacen que otra persona pueda recibir un estímulo aversivos (Iacovella y Troglia, 2003).

Como conclusión de este apartado podemos mencionar que las emociones de ira y hostilidad están asociadas a un proceso de cólera, la diferencia está en que la ira es considerada como el lado subjetiva de un proceso emocional, mientras que la hostilidad es la parte cognitiva de dicho proceso.

Parece difícil ignorar la conexión existente entre la ira y la hostilidad, dicha conexión posee connotaciones de retroactividad positiva, de tal suerte que la ira implica un sentimiento displacentero que genera una actitud (hostilidad), que a su vez puede originar un impulso para hacer algo que elimine o dañe al agente que provocó ese sentimiento displacentero, y la hostilidad parece un elemento crucial para la ocurrencia de la ira, ya que disminuye los umbrales de disparo de esta emoción; una persona hostil posee una mayor predisposición o proclividad a estallar en un intenso arrebatos de ira, es decir incrementa la probabilidad de que se desencadene la ira. Esta situación nos lleva a una ambigüedad y confusión que existe en la utilización de los términos “cólera” y “hostilidad”, así como también “agresión”. Un buen número de investigadores tienden a referirse a estos conceptos de manera intercambiable e incompleta (Moscoso, 2000; Fernández-Abascal y Palmero, 1999; en: Miralles, 2001).

Debido a la ambigüedad y confusión que existen entre los términos ira-hostilidad sería apresurado establecer conclusiones definitivas respecto a la importancia que tienen dichas variables para explicar el padecimiento de enfermedad cardiovascular. Las inconsistencias encontradas entre los resultados de distintos estudios hacen que algunos investigadores pongan en duda la solidez de la asociación existente entre el síndrome ira-agresión y la enfermedad coronaria (García y León, 1993).

Se ha planteado que estas inconsistencias podrían deberse al hecho de ignorar la naturaleza multidimensional del propio constructo ira-hostilidad. La existencia de numerosas definiciones y el desacuerdo o la falta de comunicación con respecto a la terminología parecen haber producido cierta confusión al analizar los resultados de los distintos estudios. Además, en un primer momento se había considerado que diferentes instrumentos podían proporcionar la misma información con respecto al constructo; 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 y Pope (1990) se desprende que no podemos obtener conclusiones claras sobre la capacidad predictiva de esta variable sobre el desarrollo de enfermedades coronarias debido probablemente a que las diferentes medidas de hostilidad no son intercambiables. Sin embargo en dos 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 Matthews (1988) concluyen que la ira y la hostilidad son buenos predictores de la EVC, siendo la hostilidad la más fuertemente asociada.

Como se ha descrito, los procesos de referenciación de la ira y la hostilidad están en permanente dinámica y, en consecuencia, los procesos de evaluación son más diversos de lo deseable. En conclusión, como ocurre con muchos objetos científicos, la delimitación del complejo ira-hostilidad es un proceso lento y trabajoso y su precisión definitiva es, tal vez, una meta que no parece cercana todavía.

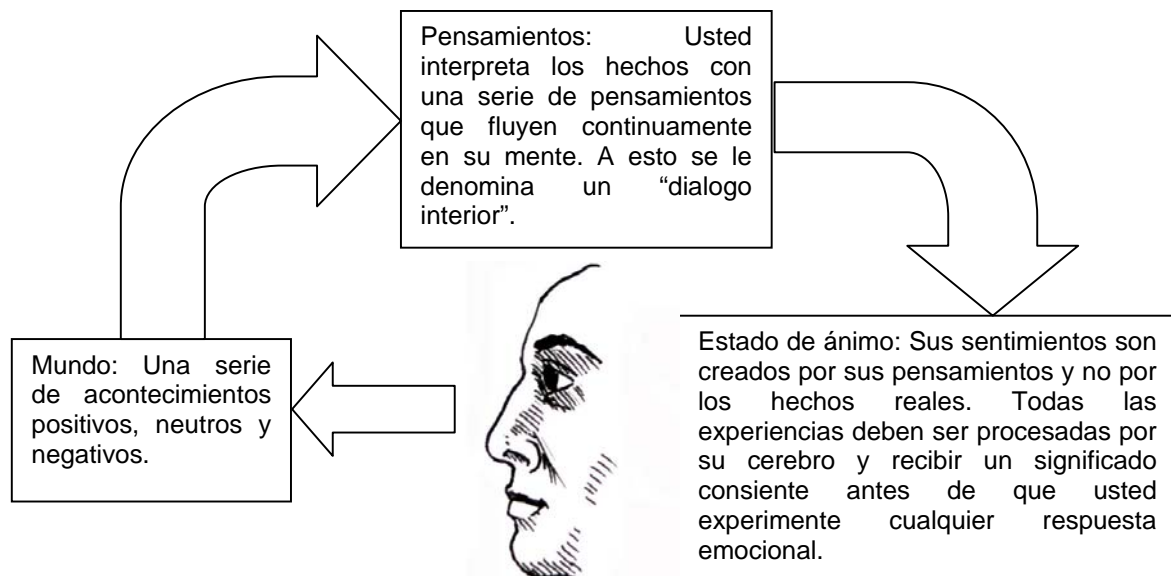
Esta situación puede llevarnos a tener conflictos en el desarrollo de la investigación, pues al no tener bien definidas las variables, los resultados tienden a ser confusos. Por lo cual resulta comprensible y necesaria la consideración del componente cognitivo del complejo ira-hostilidad, ya que es más estable, duradero y fácil de apreciar en las investigaciones, mientras que la ira como la agresión, en las dimensiones subjetiva y conductual, son variables inestables y transitorias en el tiempo (Siegman, 1994; Dembroski y cols., 1989; Steptoe y Whitehead, 2005, En: Palmero, Díez, y Diago, 2007). Por consiguiente, los estudios referidos a la relación entre el complejo Ira-Hostilidad, o el Síndrome AHI y las coronariopatías, se han centrado en la consideración de la dimensión cognitiva, es decir, la hostilidad. Esta constituye el aspecto cognitivo, es estable y duradera en el tiempo, razón por la que se erige como el factor a evaluar para comprender la relación entre la enfermedad cardiovascular y los procesos emocionales (Iacovella y Troglia, 2003).

### **3.4 El proceso emocional de la ira-hostilidad**

En el proceso emocional de la ira-hostilidad no son las situaciones en sí las que causan una determinada reacción emocional, sino que de acuerdo con la evaluación situacional que haga el individuo se manifestarán diferentes formas y diferentes grados de emoción. Así, en el modelo de Lazarus (Lazarus y Folkman, 1984, en: Iacovella y Troglia, 2003), la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por un proceso de valoración cognitiva. En una primera instancia la valoración es sobre las consecuencias que la situación tiene para ella misma - valoración primaria - y luego, si el resultado de la valoración es de amenaza o desafío, la persona evalúa los recursos de que dispone para evitar o reducir las posibles consecuencias negativas de esta situación (valoración secundaria).

Fernández-Abascal y Palmero (1999) proponen entender a la ira-hostilidad como una unidad en la que cada una de estas manifestaciones son componentes del mismo proceso emocional. El proceso, como en todas las emociones, se inicia con la evaluación (cognición) de un estímulo (percepción) que realiza un sujeto con un determinado estado afectivo (afecto), si el estímulo es procesado como un candidato a desencadenar la emoción de ira, entonces la persona experimentará dicha emoción. Así se activa fisiológicamente, se produce una cierta disposición actitudinal hostil (cognición) y se activan tendencias a la acción que eventualmente darán lugar a una forma de afrontamiento, la agresión. La respuesta fisiológica se caracteriza por un aumento de la activación simpática, la hostilidad modula la respuesta fisiológica y las tendencias a la acción. En cuanto a la acción, el sujeto la llevará a cabo si estima que sus recursos para la agresión son suficientes y lo considera pertinente. Si no se da alguna de estas condiciones entonces reprime el impulso y consecuentemente se incrementará la hostilidad (también podría ser incrementado el sentimiento de ira), de este modo se produce también un aumento de la activación fisiológica o su prolongación en el tiempo.

Una última propuesta para explicar el proceso emocional de la ira-hostilidad y que no se diferencia en mucho de las anteriores, es sugerida por Albert Ellis (1955; en: Burns, 1990) quien menciona que las emociones como la ira traducen totalmente la manera en que miramos las cosas. Es un hecho neurológico evidente que antes de poder experimentar cualquier acontecimiento se debe procesar en la mente y darle un significado. El individuo debe comprender qué le está sucediendo antes de que pueda sentirlo. En la figura 3 se muestra este proceso emocional.



**Figura 3.** La relación entre el mundo y la manera en que usted siente. No son los hechos reales sino sus percepciones las que producen cambios en su estado de ánimo.

En conclusión, el proceso de la ira-hostilidad inicia con la interpretación cognitiva de acontecimientos que pueden ser neutros o negativos. Cuando realizamos una interpretación distorsionada de la realidad entonces aparecen las emociones negativas como la ira-hostilidad, lo cual no lleva a afrontar con conductas agresivas.

### 3.5 Modelos explicativos de la relación AHÍ-ECV

Como se ha venido mencionando desde el inicio de este capítulo existe una gran evidencia científica donde se observa una asociación entre la ira-hostilidad y la morbi-mortalidad cardiovascular, en hombres y mujeres de diferentes etnias, tanto en jóvenes como en adultos, estas relaciones no se han visto confundidas por los factores tradicionales de riesgo (Allen, Markovitz, Jacobs, Knox, 2001;

Chang, Ford, Meoni, Wang, y Klag, 2002; Siegman, Townsend, Civelek, Blumenthal, 2000; Everson, Kaplan, Goldberg, Lakka, Sivenius y Salonen, 1999; Jorgensen, Frankowski, Lantinga, Phadke, Sprafkin, y Abdul-Karim, 2001; Iribarren, Sidney, Bild, Liu, Markovitz, Roseman, y Matthews, 2000; Chaput, Adams, Simon, Blumenthal, Vittinghoff, Lin, Loh, y Matthews, 2002; Pulkki, Kivimáki, Elovainio, Viikari y Järvinen, 2003; Marian y cols, 2005). En todos estos estudios es evidente la relación que existe entre la ira-hostilidad y las enfermedades cardiovasculares, pero como y porque se da esta asociación aún resulta confuso. Para dar respuesta a estas cuestiones se han planteado diversos modelos en las que se explican las relaciones entre el complejo ira-hostilidad y las enfermedades cardiovasculares.

Uno de estos modelos es el denominado vulnerabilidad somatopsíquica propuesto por Krantz y Durel (1983, en: Iacovella y Troglia, 2003), estos autores exponen que las diferencias biológicas entre los individuos son las responsables de las diferencias psicológicas, entre estas de la manifestación de agresión, hostilidad e ira. Esta teoría supone que existen personas biológicamente con una mayor predisposición cardiovascular y también un patrón psicológico en el que está presente el complejo ira-hostilidad.

Un segundo modelo propuesto por Smith y Frohm (1985; en: Iacovella y Troglia, 2003) denominado modelo de vulnerabilidad psicosocial plantea que la hostilidad de algunas personas les crea conflictos interpersonales y, en consecuencia, un bajo nivel de apoyo social, lo que constituirá un factor de riesgo para sufrir trastornos cardiovasculares. Existen diversos estudios que apoyan esta teoría en donde se ha encontrado que individuos hostiles tienden a reportar niveles inferiores de apoyo social en comparación con personas no hostiles (Everson, et. al., 1999).

Asimismo, el modelo de salud conductual, de Leiker y Hailey (1988, en: Allen y cols, 2001) sugiere que las personas hostiles tienen malos hábitos de salud. En un estudio realizado por Allen, y cols. 2001, se observó que las



personas hostiles presentaban el peor perfil de salud conductual, debido a que presentaron una asociación desfavorable entre la hostilidad y algunas conductas de salud como inactividad física, consumo de cigarrillos y de alcohol, e ingesta excesiva de calorías, además, con una baja adherencia a los tratamientos médicos. Por otro lado recientes estudios han mostrado que el apoyo social tiene un efecto protector sobre la salud, ya que funciona como mediador entre la hostilidad y salud conductual, aunque el efecto de la hostilidad sigue siendo mayor sobre las conductas de salud.

Por su parte el modelo sugerido por Smith y Pope (1990), integra y extiende el alcance de las aproximaciones basadas en la reactividad psicofisiológica y en los aspectos psicosociales. En primer término, sustenta que las personas hostiles interpretan el accionar y las intenciones de los otros de tal forma que terminan por inducir 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.

Por ultimo, Barefoot (1992; Iacovella y Troglia, 2003) propuso el modelo de reactividad psicofisiológica el cual considera a la hostilidad como el origen que colabora en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, pues al aumentar la frecuencia de los episodios de ira y encontrarse el individuo en un estado de hipervigilancia ante el entorno social, hay un incremento en las respuestas fisiológicas, tanto en intensidad como en cantidad. En el siguiente apartado se describirá con más detalle este modelo.

Todos estos modelos cuentan con gran evidencia empírica, 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. A continuación consideraremos más extensamente la reactividad psicofisiológica por ser una de las más estudiadas y aceptadas explicaciones de la contribución psicológica a la enfermedad cardiovascular.

### **3.6 Modelo de la Reactividad psicofisiológica**

En este apartado se amplía la explicación de los mecanismos fisiológicos de la correlación entre el constructo de ira-hostilidad y las enfermedades cardiovasculares. Este modelo está basado en el análisis de la reactividad psicofisiológica, y recibe el nombre de modelo de la hiperreactividad cardiovascular o reactividad cardiovascular.

En algunos estudios (Fernández-Abascal, 1994; Palmero, 1996) se demuestra que la ira-hostilidad desempeñan un papel elemental en la hipertensión y en diferentes trastornos cardiovasculares, pues al activar excesivamente las glándulas suprarrenales, se origina una secreción excesiva de cortisol, norepinefrina y epinefrina, lo que a su vez produce un cierre de la luz de los vasos sanguíneos y si se mantiene el volumen de sangre bombeada, la presión sanguínea va incrementándose paulatinamente a medida que se estrecha el diámetro útil y despejado del vaso.

De esta forma, existen ocasiones en las que se produce una activación fisiológica relacionada con el sistema simpático que contribuye al desarrollo y progresión de las lesiones ateroscleróticas. Esta reactividad fisiológica puede crear las condiciones y proporcionar la materia para una enfermedad coronaria precipitando el infarto, la angina o incluso la muerte súbita. 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 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.

De acuerdo a esto Fernández-Abascal, Palmero y Martín Díaz (1998), proponen que existe una especificidad individual de respuesta psicofisiológica, una estereotipia personal, que denota la propensión que presentan algunos individuos

a mostrar patrones fisiológicos de respuesta cardiovascular mucho mayores en comparación 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.

El modelo de reactividad psicofisiológica sostiene que la hiperreactividad cardiovascular y neuroendocrina, principalmente catecolamínica, están mediadas por una activación más pronunciada del Sistema Nervioso Simpático (SNA). Fernández-Abascal y Martín Díaz (1999; en: Iacovella y Troglia, 2003), al referirse a este modelo, mencionan que los individuos hostiles experimentan intensos episodios de ira con más frecuencia y se encuentran en un estado permanente de hipervigilancia ante el contexto social. Estas conductas provocan una frecuente y excesiva activación del SNA. Esta 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 construye en un importante factor de riesgo para alcanzar la enfermedad.

La forma en que algunos individuos responden al estrés con su sistema cardiovascular, está definido por una exagerada activación beta-adrenérgica y un decremento sinérgico. Por lo que, estos sujetos, ante las situaciones estresantes, muestran índices más elevados en su actividad vasomotora, presión arterial y frecuencia cardíaca. En este sentido Obrist (1981; en: Iacovella y Troglia, 2003) encontró 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 reactivos (High reactors) y no reactivos (Low reactors).

Fernández-Abascal, Palmero y Martín Díaz (1998) mencionan que las características definitorias de la reactividad cardiovascular, que la diferencian de otros constructos como la labilidad autonómica, son la magnitud de las respuestas de reactividad cardiovascular que hace referencia a dos características, una se refiere a la amplitud de la respuesta dada por un sujeto y, la otra, a la incidencia

que estos patrones de respuesta tienen en la población; la estabilidad temporal de la reactividad cardiovascular que describe la persistencia en el tiempo de los patrones de respuesta fisiológicos que son características de las personas reactivas. Esto quiere decir que si los individuos que si presentan reactividad cardiovascular en una valoración, la conservarán en las siguientes.

Para su correcta evaluación y para que los resultados obtenidos sean comparables con los datos existentes, son de suma importancia, las características emocionales de las personas reactivas como lo son el PCTA e ira-hostilidad; los parámetros psicofisiológicos utilizados durante la evaluación, y la forma en que se determina la reactividad cardiovascular, así como también el contexto en el que se realizan las evaluaciones, es decir, el tipo de condiciones, tareas o situaciones que se han utilizado para la medida de la reactividad cardiovascular. Principalmente los procedimientos de laboratorio (aunque también se realizan en entornos naturales) de acuerdo al tipo de afrontamiento que exigen de los sujetos podemos clasificar las condiciones como activas (tareas de tiempo de reacción, de aritmética mental, etc.) o pasivas (cold pressor). Las tareas activas son las más adecuadas para valorar la reactividad cardiovascular, en ellas se observan más claramente las diferencias entre sujetos reactivos y no reactivos porque estimulan la acción beta-adrenérgica sobre el corazón (Fernández-Abascal y Martín Díaz, 1999).

Existen numerosos estudios que evidencian los efectos nocivos en el sistema cardiovascular a causa de la hiperreactividad. Por ejemplo Calvo, Alemán y Ojeda (1998) sostienen que es plausible que una mayor activación del sistema nervioso autónomo, en respuesta a estresores, juegue un rol relevante para posibles daños del endotelio así como también en el depósito de lípidos en la pared arterial. Los efectos de las catecolaminas para intervenir tanto en el aumento de la activación cardiovascular como en la movilización de los lípidos de los depósitos grasos, podrían ser críticos para aumentar la aterosclerosis coronaria en individuos con comportamientos pro-coronarios. Otro componente 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 y de la proporción de células endoteliales dañadas o muertas.

Entre los estudios pioneros sobre la reactividad cardiovascular se pueden citar los de Obrist (1981; en: Iacovella y Troglia, 2003), 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 vagamente 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; Iacovella y Troglia, 2003) 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 y cols (1992; en: Iacovella y Troglia, 2003), en un estudio de doce pacientes con isquemia miocárdial 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 condicionados 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).

Concluimos este apartado mencionando que la combinación de la hiperreactividad de catecolaminas y cortisol durante situaciones de estrés, propia de individuos con ciertas características comportamentales y psicológicas como la ira-hostilidad, presentes de forma crónica, podría jugar un papel clave en el desarrollo de la aterosclerosis. Siguiendo esta idea encontramos que la reactividad plaquetaria al estrés psicológico puede ser el principal mecanismo responsable de los eventos cardiovasculares.

### **3.7 Instrumentos de medición del constructo ira-hostilidad**

A lo largo del tiempo se han construido instrumentos que permitan medir el constructo ira-hostilidad, pero aún resulta escaso tener estudios longitudinales confiables, lo cual implica que la mayoría de ellos deben ser tomados con precaución en cuanto a su validez predictiva en el campo de la salud (Fernández-Abascal y Palmero, 1999). Entre los instrumentos más referidos para medir ira pueden distinguirse aquellos surgidos de la clínica con aplicación preferente en este campo y los surgidos para la investigación.

En el campo de la clínica se pueden mencionar, el inventario multidimensional de ira (Siegel, 1986) el cual contiene 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) proporciona un índice global del nivel de ira (Martín y Fernández-Abascal, 1994). El Inventario de Control de la Ira (Hoshmand y Austin, 1987; En: Iacovella y Troglia, 2003) está

compuesto de diez subescalas, a saber, 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. Y por último la Escala de Autoinforme de ira (Zelyn, Adler y Myerson, 1972; En: Iacovella y Troglia, 2003) mide cinco subescalas: conciencia de ira, expresión de ira, culpabilidad, condenación de la ira y desconfianza.

En cuanto a los instrumentos surgidos especialmente para la investigación empírica podemos mencionar algunas. Las Escalas de Ira de Framingham (Haynes, 1978; En: Iacovella y Troglia, 2003) miden cuatro aspectos de esta emoción, a saber, 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; En: Iacovella y Troglia, 2003) incluye escalas para medir tres dimensiones, ira hacia adentro, ira hacia fuera y reflexión. El STAXI, Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo (Spielberg, 1988; En: Iacovella y Troglia, 2003) 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. Si bien es de construcción bastante reciente, este instrumento ha concentrado la atención de los investigadores y se ha desarrollado gran cantidad de investigación en torno a él.

Con respecto a la evaluación de la hostilidad los instrumentos más usados son seis. La Entrevista Estructurada de Rosenman (1974; En: Iacovella y Troglia, 2003), incluye tres dimensiones, potencial de hostilidad, ira hacia adentro y hacia fuera. Este instrumento se construyó con el propósito de medir el PCTA y es el único que no se basa en autoinforme, está constituido por observación y preguntas. La Escala de Hostilidad de Coogle-Medley provee una información global de hostilidad, si bien pueden distinguirse diversos factores. El Cuestionario de Hostilidad y su dirección posee cinco escalas: hostilidad hacia fuera, criticismo de otros, proyección de hostilidad engañosa, autocrítica y culpabilidad. La Escala de Hostilidad Manifiesta (Siegel, 1986; en: Iacovella y Troglia, 2003), surgió en el ámbito de investigación y actualmente se usa en el campo clínico, mide la fuerza

para expresar la hostilidad. El Cuestionario de Agresión desarrollado por Buss y Perry (1992; En: Iacovella y Troglia, 2003), 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). Por último, el Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (1957; en: Iacovella y Troglia, 2003) utilizado en el campo de la investigación así como en el de la clínica y de la salud, consta de siete subescalas: asalto o ataque, hostilidad indirecta, irritabilidad, negativismo, resentimiento, sospecha o recelo y hostilidad verbal (Martín y Fernández-Abascal, 1994).

Después de mencionar algunos instrumentos que miden el complejo ira-hostilidad procederemos a hablar acerca del Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera y Hostilidad (IMEHI, por sus siglas en inglés) el cual fue utilizado durante nuestra investigación. Este inventario evalúa la experiencia, expresión, y control de la Cólera, y que consta de 44 ítems (Spielberger, 1988; en: Moscoso, 2000).

Fuqua, Leonard, Masters, Smith, Campbell, y Fischer (1991; En: Moscoso, 2000) aplicaron este instrumento a una amplia muestra de universitarios, con el objetivo de realizar un análisis factorial de las respuestas de los sujetos a cada ítem, se identificaron seis factores los cuales se indican a continuación: cólera/estado, cólera/control, cólera/contenida, cólera/manifiesta, rasgo-cólera/temperamento y rasgo-cólera/reacción. La mayoría de los ítems en las escalas correspondientes del inventario de la expresión de la Cólera tuvieron saturaciones altas dentro de los factores apropiados y saturaciones muy pobres en los otros factores. De acuerdo a estos resultados se confirma que la estructura factorial de este inventario mide de manera significativa, y a la vez en forma independiente, los componentes de la experiencia, expresión, y control de la cólera en individuos normales así como también en pacientes psiquiátricos.



Los individuos con puntajes por debajo del percentil 25th en las escalas “cólera manifiesta” y “cólera contenida” por lo general experimentan, expresan, o suprimen relativamente muy poca cólera. Sin, embargo, puntajes bajos en estas escalas en condiciones en las cuales los puntajes de las escalas de control son altos, pueden indicar un excesivo nivel de supresión con el propósito de autoprotección y evitar experimentar sentimientos y conductas coléricas inaceptables. A pesar que sujetos con puntajes elevados, los cuales giran alrededor del percentil 75th son más propensos a experimentar, expresar, o suprimir cólera que aquellos individuos con puntajes menores de la mediana, estas diferencias no son generalmente suficientes como para poder detectar personas cuya cólera los predisponga a sufrir de problemas de salud o desarrollar algún tipo de enfermedad.

Personas cuyos puntajes se encuentran por encima del Percentil 75th tienden a experimentar y/o expresar sentimientos de cólera y hostilidad al grado que pueda afectar con un funcionamiento diario óptimo y adecuado. La cólera y hostilidad de estos individuos puede contribuir a dificultades en sus relaciones interpersonales o de otra manera predisponerlos a desarrollar desórdenes psicológicos o médicos. Puntajes altos en la escala de «cólera contenida», particularmente cuando esta asociada con puntajes bajos en la escala de «cólera manifiesta», indican altos niveles de ansiedad como también asociación con elevada presión arterial de acuerdo a los estudios de Johnson (1984; en: Moscoso, 2000). Puntajes altos tanto en la escala de «cólera contenida» como en la escala de «cólera manifiesta», sobre todo por encima del percentil 90th, puede situar a la persona a contraer enfermedades coronarias.

El Inventario de la Expresión de la Cólera ha sido ampliamente utilizado en investigación psicológica, particularmente en los estudios que se proponen analizar la relación entre cólera y salud (Brooks, Walfish, Stenmark, y Canger, 1981; Cavanaugh, Kanonchoff, y Bartels, 1987; Johnson y Broman, 1987; Johnson-Saylor, 1984; Schollosser, 1986; Vitaliano, 1984; Vitaliano et al., 1986; En: Moscoso, 2000).

De igual manera, esta prueba psicológica ha sido utilizada para examinar la relación entre dureza de personalidad (hardiness), estado saludable, y afrontamiento del estrés (Schlosser y Sheeley, 1985, 1985; En: Moscoso, 2000), asimismo para el estudio del rol de la cólera dentro del patrón conductual tipo A (BoothKewley y Friedrnan, 1987; Croyle, Jernmott, y Carpenter, 1988; Goffaux, Wallston, Hein, y Shields, 1987; Herschberger, 1985; Janisse, Edquer, y Dyck, 1986; Krasner, 1986; En: Moscoso, 2000).

Durante los últimos 4 años, se han venido realizando estudios de investigación con el propósito de adaptar el Inventario de la Expresión de Cólera, Estado-Rasgo en muestras multiculturales de origen iberoamericano (Moscoso y Reheiser, 1996a, 1996b, Moscoso y Spielberger, 1997; En: Moscoso, 2000). Asimismo, se han realizado estudios con el propósito de evaluar la estructura factorial de esta prueba psicológica en sujetos de habla hispana y compararla con estudios previos de análisis factorial en sujetos de habla inglesa (Moscoso, 1998; en: Moscoso, 2000). Estos estudios de investigación han permitido la construcción del Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera y Hostilidad con el propósito de tener una prueba psicológica que evalúe la experiencia, expresión y control de la cólera en las culturas hispano parlantes de Latinoamérica (Moscoso, 1998).

## **CAPÍTULO 4**

### **REPORTE DE INVESTIGACIÓN**

De acuerdo al INEGI en nuestro país las causas de muerte tienen sus orígenes en enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, como la hipertensión arterial, la diabetes y la enfermedad cardiovascular, tan solo para el 2004 esta última ocupa entre el tercero y cuarto lugar como causa de muerte para la población (INEGI, 2004).

Los países industrializados invierten millones de dólares como consecuencia de los padecimientos del corazón. Tan solo para el 2004 los patrones estadounidenses gastaron más de 700 millones de dólares anuales para reemplazar a los 200 000 individuos de edades entre 45 y 65 años que mueren o se incapacitan por enfermedades del corazón (Landy y Conte, 2005).

En nuestro país no se ha podido evitar el aumento persistente y cada vez mayor de las enfermedades cardiovasculares, tanto que actualmente estas enfermedades y en particular la cardiopatía isquémica es la tercer causa de muerte en edades incluso inferiores a los 35 años, siendo responsables del 15% de muertes en hombres y el 18% en mujeres. Esta problemática sanitaria se ha tratado de explicar en función del cambio en los estilos de vida y de alimentación de las personas, lo cual indudablemente repercute en la salud. No obstante, se ha presentado muy poca atención en los factores psicosociales que de igual forma influyen en la cardiopatía isquémica aún cuando se controlen los factores tradicionales de riesgo (Kalimo, et. Al. 1988). El complejo ira-hostilidad parece ser un factor psicosocial muy importante de riesgo para el desarrollo de ECV, al menos así lo reportan diversos estudios en países como EE.UU y España, pero en el nuestro es nula la investigación con respecto a esta temática. Razón por la cual en la presente investigación se evaluó y analizo la asociación entre el complejo ira-hostilidad y la reincidencia del trabajador, con la finalidad de generar un mayor conocimiento sobre el papel que juega este factor psicosocial en la ECV, ya que una mejor explicación y comprensión de los eventos cardiacos, nos permitirá

enfocar nuestros esfuerzos en desarrollar estrategias de intervención para prevenir y disminuir la morbilidad y mortalidad relacionada con estos padecimientos.

#### PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

- ¿Existe una asociación significativa entre la ira-hostilidad y la reincidencia de una muestra de trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE?
- ¿Qué variable del complejo ira-hostilidad (ira estado, ira rasgo, ira contenida, ira manifiesta) se asocia de forma significativa con la reincidencia de una muestra de trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE?
- ¿Qué variables sociodemográficas y biomédicas se asocian con la reincidencia de una muestra de trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE?

#### OBJETIVO GENERAL:

Examinar la asociación entre el complejo ira-hostilidad en todas sus manifestaciones de ira rasgo, estado, manifiesta y contenida, control de la ira y la reincidencia de una muestra de trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar qué variable del complejo ira-hostilidad ira estado, ira rasgo, ira contenida, ira manifiesta o control de la ira se asocia de forma significativa con la reincidencia de una muestra de trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE.

- Determinar en qué componente del complejo ira-hostilidad ira estado, ira rasgo, ira contenida, ira manifiesta o control de la ira existe una asociación estadísticamente más alta y significativa con la reincidencia de una muestra de trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE.
- Identificar qué variables sociodemográficas edad, sexo, estado civil, escolaridad, otro trabajo, jerarquía y turno están asociadas con la reincidencia de una muestra de trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE.
- Identificar qué variables de estilo de vida, ejercicio, consumo de alcohol, de drogas o tabaco están asociadas con la reincidencia de una muestra de trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE.
- Identificar qué variables biomédicas peso, talla, IMC, T.A.S, T.A.D, colesterol, y triglicéridos están asociadas con la reincidencia de una muestra de trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE.

## HIPÓTESIS

- Existe una relación significativa entre la variable ira estado y la reincidencia de los trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE.
- Existe una relación significativa entre la variable ira rasgo y la reincidencia de los trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE.
- Existe una relación significativa entre la variable ira manifiesta y la reincidencia de los trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE.

- Existe una relación significativa entre la variable ira contenida y la reincidencia de los trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE.
- Existe una relación significativa entre la variable control de la ira y la reincidencia de una muestra de trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE.
- Las variables socio demográficas edad, sexo, estado civil, escolaridad, otro trabajo, jerarquía y turno no se relacionaron significativamente con la reincidencia de los trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE.
- Las variables de estilo de vida, ejercicio, consumo de alcohol, de drogas o tabaco no se relacionaron significativamente con la reincidencia de los trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE.
- Las variables biomédicas, peso, talla, IMC, T.A.S, T.A.D, Colesterol, LDL, LDH y triglicéridos no se relacionaron significativamente con la reincidencia de los trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE.

## MÉTODO:

### *Participantes:*

La muestra estuvo conformada por 24 participantes elegida a partir del método no probabilístico de muestreo por conveniencia.

### *Criterios de Inclusión:*

- Pacientes cardiopatas dados de alta (durante la realización del estudio), diagnosticados por médicos del hospital 1º de Octubre del ISSSTE.
- Ambos sexos.

- Que sabían leer y escribir.
- Económicamente activos inmediatamente antes de su hospitalización.
- Consentimiento informado, firmado por la persona.

*Criterios de exclusión:*

- Personas económicamente inactivas inmediatamente antes de la hospitalización.
- Sin diagnóstico de enfermedad cardiovascular.

*Escenario:*

Los participantes fueron pacientes dados de alta del Hospital Regional del ISSSTE 1º de Octubre. Las entrevistas se realizaron en las respectivas habitaciones de los pacientes ubicadas en el 4º, 5º y 6º piso.

*Instrumentos:*

Se utilizó un cuestionario que contenía las siguientes preguntas:

- Datos generales: nombre, dirección, teléfono, e-mail, presencia de enfermedad cardiovascular previamente diagnosticada.
- Perfil biomédico: peso, talla, IMC (Índice de Masa Corporal) y tensión arterial, colesterol, LDL, LDH y triglicéridos
- Estilos de vida: consumo de tabaco, alcohol, drogas, dieta y actividad física.
- Inventario multicultural latinoamericano de la expresión de ira-hostilidad (IMEIH) (Moscoso, 2000) el cual consta de 44 ítems teniendo como propósito medir la intensidad de la ira como un estado emocional (ira/estado) y la disposición a experimentar sentimientos de ira u hostilidad como un rasgo de personalidad (ira/rasgo), la forma, estilo y frecuencia de expresión de la cólera es evaluada por las subescalas de cólera manifiesta, cólera contenida y control de la cólera. Para la escala de ira/estado el sujeto responde a cada ítem con base en una frecuencia de 4 puntos, reflejando como se siente en ese momento: no en absoluto, un poco, bastante y mucho. Las escalas ira/rasgo y expresión de la ira requieren que el sujeto responda con una de 4 opciones: casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre.

*Materiales:*

- Batas blancas, identificación de la UNAM, baterías de test, lápices y expedientes de los pacientes cardiopatas.

*Definición de variables:*

*Reincidencia:* En lenguaje médico, una reincidencia es aquella situación en la que un paciente después de haber sido dado de alta o durante el periodo de convalecencia de una enfermedad, se ve nuevamente afectado por los síntomas de la misma. Puede tratarse de una condición física, un padecimiento psicológico o bien la adicción a una sustancia (en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Recaída>). La reincidencia se midió de acuerdo a lo reportado por los pacientes después de 29.5 meses (promedio) y se determinó cada grupo de acuerdo al siguiente cuadro:

<b>No reincidentes</b>	Presencia de síntomas cardiovasculares. Visitas medicas por síntomas cardiovasculares.
<b>Reincidentes</b>	Hospitalización por causas cardiovasculares. Muerte por causas de enfermedad cardiovascular.

**Cuadro 1:** Criterios para pertenecer al grupo de reincidentes y no reincidentes

*Complejo ira-hostilidad:* (variable personal, con nivel de medición intervalar): Se medirá a partir de cuatro manifestaciones que son estado (experiencia temporal de sentimientos subjetivos de tensión, enfado, irritación o furia en respuesta a una serie de eventos), rasgo (ira como rasgo de personalidad, disposición o tendencia a experimentar episodios de ira de forma frecuente y/o pronunciada, bien por la percepción de muchas situaciones provocadoras o por la predisposición a experimentar situaciones más intensas), contenida (o interna, se refiere a la tendencia a suprimir los sentimientos y pensamientos de enfado expresándolos



abiertamente) y manifiesta (externa, hace referencia a la tendencia a manifestar abiertamente los sentimientos de ira que se experimentan), y por tres escalas incluidas en el IMEIH. La escala para medir la ira estado esta integrada por los primeros 10 reactivos del instrumento (primera parte), la escala para el rasgo esta conformada por los reactivos del 11 al 20, la escala de ira contenida se forma por los reactivos 21, 23, 24, 25, 27, 30, 31, 32, 33 y 36, la escala de la ira manifiesta se conforma por los reactivos 22, 26, 28, 29, 34, 35 y 43, finalmente el control de la ira es medida por los reactivos 37, 38, 39, 40, 41, 42 y 44.

*Sociodemográficas:* edad, sexo, estado civil, escolaridad, otro trabajo, jerarquía y turno, información auto reportada por el participante en el cuestionario. Nivel de medición: nominal y ordinal.

*Estilos de vida:* consumo de tabaco, drogas, alcohol, dieta y ejercicio, medida en la información basada en un auto reporte por parte del participante. Nivel de medición: intervalo.

*Tipo de estudio:*

Se realizó una investigación longitudinal tipo panel con observación retrospectiva, (Sampieri, Fernández y Baptista, 1998). Se realizaron dos observaciones a un mismo grupo de participantes (el promedio del intervalo de tiempo entre observaciones fue de 29.5 meses después de la primera observación) para determinar quienes reincidieron.

La investigación fue parte del proyecto de investigación "Factores Psicosociales Laborales y Personales en la Reincidencia del Paciente Cardiópata: Un Estudio de Seguimiento" (Proyecto PAPIIT IN315305-3) dirigido por los investigadores M. en C. Elena Hernández Mendoza y Dr. Arturo Juárez García responsables de llevar a cabo los tramites necesarios para llevar a cabo el estudio siendo evaluados por la Comité de Ética del Hospital Regional 1º de Octubre del ISSSTE.

*Procedimiento:*

1. Para conformar la muestra, acudimos a los médicos residentes encargados del servicio y quienes nos canalizaron con los pacientes que serían dados de alta, posteriormente nos dirigimos al archivo del hospital para solicitar los respectivos expedientes de cada paciente. Para que se nos facilitaran los expedientes se elaboró una carta solicitando autorización para tener acceso al archivo. Este permiso fue otorgado por el Dr. Federico Gloria Breceda quien fue el responsable de la investigación en el hospital del servicio de Cardiología. Una vez revisados los expedientes y basándonos en los criterios de inclusión y exclusión se estableció qué paciente fue elegido para pertenecer a nuestra muestra.
2. Posteriormente se registraban los datos generales en la cédula.
3. Una vez realizado lo anterior, se buscaron personalmente a los pacientes en sus respectivas habitaciones para exponerles los objetivos y fases de la investigación, invitándoles a continuar con su participación.
4. Si el paciente accedía participar en la investigación, se le proporcionaba una carta de consentimiento donde se explicaba el procedimiento, riesgos, beneficios, confidencialidad, identificación de los investigadores y sus derechos, pidiendo que estuviera presente un testigo al momento de firmar.
5. Inmediatamente después y considerando el estado del paciente, se les daba el cuestionario autoadministración en 30 minutos aproximadamente, o en caso contrario se les preguntaba directamente. Una vez que terminaban de responder se recogía el cuestionario y se preguntaba si surgieron dudas y se aclaraba en ese momento.
6. Una vez creada la muestra se elaboró una base de datos a partir de los cuestionarios aplicados utilizando el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS).
7. Después de 29.5 meses (promedio) se contactaba telefónicamente a los pacientes para preguntar quienes habían reincidido y se procedió a dividir el grupo en dos (reincidentes y no reincidentes) según las categorías de reincidencia antes mencionadas.
8. Por último teniendo completa la base de datos y formados ambos grupos se procedió a realizar una comparación retrospectiva para analizar cada una de las variables de interés, utilizando el programa "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS) versión 12.

## Resultados

En la tabla 1 se observan las características de cada una de las variables socio demográficas, edad, género, estado civil, escolaridad y jerarquía laboral. Así como también el nivel de reincidencia. En ella se muestra la comparación entre grupos (reincidentes y no reincidentes). De los 24 pacientes dados de alta después de un evento adverso cardíaco, 9 de ellos reincidieron y 15 no reincidieron.

Variables Sociodemográficas		Reincidentes	No Reincidentes
<b>Nivel de Reincidencia</b>	Síntomas Cardiovasculares	0	13
	Visita Medica por SCV	0	2
	Hospitalización por ECV	7	0
	Muerte por ECV	2	0
<b>Edad Promedio</b>		56	55.6
<b>Genero</b>	Hombres	8	12
	Mujeres	1	3
<b>Estado Civil</b>	Casado	6	13
	Unión Libre	2	1
	Soltero	1	1
<b>Escolaridad</b>	Prim. Incompleta	1	0
	Prim. Completa	2	2
	Sec. Incompleta	0	1
	Sec. Completa	1	2
	Preparatoria	3	3
	Prof. trunca	1	1
	Profesional	1	4
Maestría	0	2	
<b>Jerarquía Laboral</b>	Directivo o Gerencial	0	3
	Encargado, supervisor o jefe de área	2	0
	Administrativo	0	4
	Operativo	7	6
	Por cuenta propia	0	2

**Tabla 1:** Características sociodemográficas de los grupos.

Para examinar cada una de las variables de interés se utilizó la prueba “t” de student para muestras independientes. Con respecto a las variables biomédicas la única que difiere significativamente respecto a sus medias fue la tensión arterial sistólica, (nivel de significancia .008) lo cual significa que esta variable está asociada con la reincidencia de la enfermedad cardiovascular de los trabajadores. Aunque como puede observarse el grupo de no reincidentes, en comparación con los reincidentes, es quien tiene el promedio más elevado de tensión arterial sistólica.

<b>Variables Biomédicas</b>	<b>.00= No Reincidencia 1.00= Reincidencia</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación S</b>	<b>t</b>	<b>Nivel Sig.</b>
Peso	.00 1.00	80.5556 76.3750	16.52544 11.64888	.595 .608	.288
Talla	.00 1.00	1.6478 1.6250	.11584 .08652	.454 .462	.370
IMC	.00 1.00	29.3865 29.2325	3.37678 6.46817	.063 .060	.504
<b>T.A Sistólica</b>	<b>.00 1.00</b>	<b>114.8182 108.6250</b>	<b>11.72022 2.55999</b>	<b>1.459 1.698</b>	<b>.008</b>
T.A Diastólica	.00 1.00	71.3636 64.2500	9.23334 9.03564	1.673 1.679	.818
Colesterol Total	.00 1.00	167.0000 159.2222	47.72607 65.06877	.299 .294	.140
Triglicéridos	.00 1.00	179.3000 229.0000	106.11111 199.75413	-.679 -.636	.136

**Tabla 2:** Asociación de las variables biomédicas y la reincidencia.

En el análisis de las variables de estilo de vida se hallaron los siguientes resultados. Antes de describirlos es necesario mencionar que tales variables se midieron desde una escala tipo likert de acuerdo a la frecuencia con que cada paciente presentaba tales conductas (1 no y 5 siempre). En la siguiente tabla se muestran las medias, la desviación estándar así como el nivel de significancia de la prueba utilizada para dicho análisis. Como puede percibirse la variable que difirió significativamente en sus medias y que por consiguiente esta asociado con la reincidencia fue la dieta. Aquí se observa como el grupo de no reincidentes sigue más frecuentemente una dieta saludable.

	<b>.00= No Reincidencia 1.00= Reincidencia</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación S</b>	<b>Nivel Sig.</b>	<b>T</b>
Ejercicio	.00	3.1333	1.50555	.701	.542
	1.00	2.7778	1.64148		
Alcohol	.00	1.7333	.96115	.356	-.355
	1.00	1.8889	1.16667		
Tabaco	.00	2.4000	1.76473	.652	.245
	1.00	2.2222	1.64148		
<b>Dieta</b>	<b>.00</b>	<b>3.0667</b>	<b>1.94447</b>	<b>.001</b>	<b>1.640</b>
	<b>1.00</b>	<b>1.8889</b>	<b>1.16667</b>		

**Tabla 3.** Asociación de las variables de estilo de vida y la reincidencia.

Por último la tabla 4 nos muestra en el análisis de nuestras principales variables de interés, en ella se observa que ninguna difirió significativamente en sus medias, lo cual confirma que ningún componente de la ira-hostilidad esta asociado con la reincidencia de la ECV de los trabajadores.

	.00= No Reincidencia 1.00= Reincidencia	Media	Desviación S	t	Nivel Sig.
Ira Estado	.00 1.00	11.1333 11.6667	2.74816 4.30116	-.372 -.333	.478
Ira Rasgo	.00 1.00	21.3333 18.4444	8.12990 5.93951	.925 1.00 1	.450
Ira Manifiesta	.00 1.00	14.6000 13.1111	4.93964 4.28499	.749 .778	.232
Ira Contenida	.00 1.00	24.3333 21.7778	5.88784 4.35252	1.12 1.21 6	.590
Control de Ira Manifiesta	.00 1.00	18.3333 15.2222	5.13624 5.51765	1.39 1.37 8 2	.772
Control de Ira Contenida	.00 1.00	19.4667 15.8889	4.32380 6.48931	1.62 1.47 7 0	.083

**Tabla 4.** Asociación de las variables del complejo ira-hostilidad y la reincidencia.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta investigación fue examinar la asociación entre el complejo ira-hostilidad, en todas sus manifestaciones de ira rasgo, estado, manifiesta, contenida y control de la ira y la reincidencia de una muestra de trabajadores con enfermedad cardiovascular dados de alta del hospital de alta especialidad 1ero de octubre del ISSSTE. Con la finalidad de que estas variables no sesguen nuestros resultados se plantearon como objetivos adicionales, identificar qué variables sociodemográficas, de estilo de vida y biomédicas están asociadas con la reincidencia de esta misma muestra.

Los resultados hallados muestran que ninguno de los componentes de la ira-hostilidad difiere significativamente entre los grupos reincidentes y no reincidentes lo cual nos demuestra que ninguna de estas variables esta asociada con la reincidencia de la ECV en la muestra de trabajadores dados de alta, estos hallazgos contradicen anteriores estudios, donde se ha observado claramente la relación entre la ira-hostilidad y las ECV, y tales resultados no se han visto confundidos por variables tradicionales de riesgo, como biomédicas y de estilo de vida. (Allen, Markovitz, Jacobs, Knox, 2001; Chang, Ford, Meoni, Wang, y Klag, 2002; Siegman, Townsend, Civelek, Blumenthal, 2000; Everson, Kaplan, Goldberg, Lakka, Sivenius y Salonen, 1999; Jorgensen, Frankowski, Lantinga, Phadke, Sprafkin, y Abdul-Karim, 2001; Iribarren, Sidney, Bild, Liu, Markovitz, Roseman, y Matthews, 2000; Chaput, Adams, Simon, Blumenthal, Vittinghoff, Lin, Loh, y Matthews, 2002; Pulkki, Kivimáki, Elovainio, Viikari y Járvinen, 2003; Gallacher, Yarnell, Sweetnam, Elwood, y Stansfeld, 2001; Marian y cols, 2005). Lo observado en los resultados de la presente investigación, nos llevan a rechazar nuestra hipótesis de investigación, la cual menciona que existe una relación significativa entre los componentes de la ira (ira/estado, ira/rasgo, ira/contenida, ira/manifiesta y control de la ira) y la reincidencia de la ECV de los trabajadores dados de alta del hospital 1ero de octubre del ISSSTE.

Aunque la diferencia de los componentes de la ira-hostilidad no es significativa entre los grupos, en de un análisis más detallado se observa que el grupo de no reincidentes tiene una media mayor para los componentes de ira rasgo, manifiesta y contenida. Sólo la media de ira estado es un poco más elevada en el grupo de reincidentes, aunque sólo es mínima.

Por otro lado las medias de los componentes control de la ira manifiesta y contenida son mayores para el grupo de no reincidentes, lo cual lleva a suponer que este grupo tiene un mayor control sobre la emoción de la ira, y que al mismo tiempo reduce los efectos psicofisiológicos. No obstante aunque estos sujetos tengan un mayor control sobre su ira, no explica totalmente el por que ellos no reincidieron en la ECV, ya que al presentar una mayor puntuación en la escala de ira rasgo los convierte en personas con una disposición o tendencia a reaccionar como un individuo iracundo, y son más vulnerables a presentar un mayor número de situaciones que provocan cólera que aquellos sujetos con niveles bajos de cólera/rasgo, además están mucho más predispuestos a experimentar estados de cólera más intensos y con mayor frecuencia cuando enfrentan situaciones difíciles o frustrantes (Moscoso, 2000). Por tal motivo, aunque tengan un mayor control, no pueden reducir la frecuencia de episodios de cólera, lo cual los convertiría en personas susceptibles a reincidir.

Estos resultados distan mucho a lo que podría esperarse con respecto a la literatura, quien afirma que los procesos cardiovasculares patológicos estarían asociados con la hostilidad (Matthews, Glass, Rossenman & Bortner, 1977, en: Iacovella y Troglia, 2003). (Dembroski, Mac Dougall, Costa & Grandits, 1989, en: Iacovella y Troglia, 2003).

Con respecto a las otras hipótesis planteadas que afirman que las variables socio demográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, otro trabajo, jerarquía y turno), de estilo de vida (ejercicio, consumo de alcohol, de drogas o tabaco) y biomédicas (peso, talla, IMC, T.A.S, T.A.D, colesterol, LDL, LDH y triglicéridos) no se relacionan significativamente con la reincidencia de la ECV de los trabajadores se demostró lo siguiente:



Variables sociodemográficas: Las hipótesis referentes a estas variables, no se pudieron comprobar debido a que en los grupos no fueron homogéneos en el número de participantes y en algunas variables no existían datos para contrastar.

Variables de estilo de vida: Con respecto a estas variables sólo se encontró diferencia significativa entre los grupos en la dieta, presentando el grupo de no reincidentes, una media mayor en cuanto a la frecuencia en la que ingieren una alimentación sana, lo cual lleva a concluir que esta conducta influyo en la reincidencia de los trabajadores, ya que cuando existe un aumento en la ingesta de grasas saturadas, la sangre se satura de lipoproteínas de baja densidad (LDL o «colesterol malo»), que puede conllevar a una aterosclerosis, haciendo así a los trabajadores más vulnerables a la reincidencia de la ECV (Morea, et. al., 2002; Texas Heart Institute, 2005), por otro lado los altos niveles de glucosa pueden originar un deposito de azúcar en las paredes arteriales (Morea, et. al., 2002; Sanfeliu, 1991; Secretaria de Salud, 2001; Texas Heart Institute, 2005).

Variables biomédicas: Sólo se halló una diferencia significativa entre grupos en la variable TAS, lo cual significa que la tensión arterial sistólica estuvo asociada con la reincidencia de los trabajadores, pero contrario a lo que podía esperarse, la asociación fue negativa, es decir a mayor tensión arterial sistólica, menor probabilidad de reincidir en la ECV (en este estudio se observó que la media para el grupo de reincidentes fue de 108.6, mientras que para el grupo de no reincidentes fue de 114.8). Esta afirmación contradice a la teoría, la cual considera que la presión arterial aumenta el riesgo de sufrir una ECV y que debe tenerse mucho cuidado cuando sobrepasa los límites de 120 (Arango, et al., 1999; Morea, et al., 2002; Sanfeliu, 1991; Secretaría de Salud, 2001; Texas Heart Institute, 2005).

La discrepancia entre los resultados hallados en esta investigación y estudios anteriores, pueden deberse a las siguientes causas:

1. El tamaño de la muestra; en el presente estudio la población observada fue de sólo 24 sujetos divididos en dos grupos (9 reincidentes y 15 no reincidentes), en comparación con otras investigaciones donde las muestras eran por lo menos de 500 participantes.
2. La manera en que se aplicaron los cuestionarios fue de forma auto administrado, y esto pudo influir en la forma en la que los participantes hayan percibido y contestado las preguntas, pues aunque se les mencionó que podían aclarar sus dudas, ningún participante manifestó tenerlas. Por otra parte, se observó que al final del cuestionario los pacientes contestaron de manera más rápida, puesto que estaban inquietos por salir del hospital e irse a su casa a descansar y debido a que los objetivos del estudio requerían la medición de otras variables que fueron evaluadas con otros test, hizo que la batería de pruebas fuera más grande.
3. La gran mayoría de los estudios de ira-hostilidad se han realizado en Estados Unidos, país que aunque cerca del nuestro difiere muchísimo en cuanto a su contexto sociocultural, basta con escuchar las noticias y estadísticas de niños, jóvenes y adultos que ante un ataque de cólera arremeten contra sus compañeros de clase, compañeros de trabajo y hasta familiares, matándolos a sangre fría. Esto nos lleva a suponer que tal vez la población de este país tiene poco control sobre sus emociones, debido a la influencia de los medios de comunicación como el cine y la televisión.
4. No se consideraron otras variables como el número de ocasiones anteriores y posteriores de hospitalización por causas cardiovasculares. Por ejemplo se observó que en el grupo de reincidentes, existieron pacientes que desde que fueron dados de alta hasta los 29 meses después, fueron hospitalizados hasta por 8 ocasiones, lo cual nos lleva a suponer que estos eran más vulnerables a padecer otro evento adverso, debido al gran deterioro en su sistema cardiovascular. Además no se analizaron otras variables tradicionales de riesgo como la herencia y la diabetes mellitus.

5. Por último el diseño de estudio no fue el más adecuado para observar el comportamiento de las variables a través del tiempo, debido a que solo se realizó una medición de las variables de interés y posterior a los 29 meses, sólo se preguntó sobre la reincidencia, dejando a un lado la valoración de los componentes de la ira-hostilidad, las variables biomédicas y de estilo de vida. La razón de esto fue que sólo se contactó a los pacientes por teléfono y no personalmente, por causas ajenas a nosotros.

Aunque estos resultados no van de acuerdo a la teoría y a lo que anteriores estudios nos indican sobre la relación de la ira-hostilidad y la ECV, no significa que en nuestra población de trabajadores mexicanos no exista dicha asociación. Estos primeros estudios relacionados con esta temática nos lleva a cuestionarnos sobre que pasa con la salud de los trabajadores mexicanos, cuales son los factores psicosociales que los llevan a presentar padecimientos psicosomáticos, y como se da tal asociación. Ya que nadie duda sobre los efectos adversos de los factores psicosociales sobre la salud de esta población, que ha sido poco abordada por la investigación y por las autoridades competentes encargadas de vigilar la salud de todas las personas económicamente activas en nuestro país.

Es vital que las empresas e instituciones vean al trabajador como un ser humano y no como una máquina que se usa y se desecha cuando ya no funciona. Es necesario que inviertan en profesionales de la salud que sean capaces de intervenir en esta área, creando programas de prevención e intervención, enseñándoles a los trabajadores a controlar y manejar sus emociones, pues no se puede negar que cuando una persona se encuentra en un estado de bienestar físico y psicológico, es capaz de hacer mejor su trabajo y así producir más y de mejor calidad, lo cual conviene al empresario y a las instituciones gubernamentales, pues reducen sus costos en salud y aumenta su producción.

Todas estas acciones están encaminadas al sector empresarial, en cuanto a la disciplina científica es urgente que se de más facilidades dentro de los sectores públicos y privados para realizar más investigación, dentro del campo de la salud, pues desgraciadamente estas instituciones celosas de sus labor no permiten que los psicólogos entren en el campo de la salud del individuo, como si el ser humano sólo estuviera constituido de órganos y tejidos. Por otro lado las empresas se ven amenazadas o intimidadas cuando alguien quiere realizar investigación dentro de sus instalaciones, pues creen que serán evidenciadas las deficiencias que tienen en cuanto a programas que busquen mejorar la calidad de salud que tienen sus trabajadores, no dándose cuenta que con la labor científica ganan todos, ellos al no exceder sus gastos en pagar incapacidades o indemnizaciones y los trabajadores al estar en mejores condiciones físicas y mentales para desarrollar mejor su trabajo.

Por ultimo cabe recomendar a las personas interesadas en seguir investigando dentro de esta misma línea, tome en consideración las siguientes recomendaciones:

1. Buscar una muestra más grande de trabajadores con ECV y que los grupos sean más homogéneos en cuanto al número de participantes y las variables como edad, género, estado civil, jerarquía laboral y nivel socioeconómico.
2. Tener más control en la aplicación de los cuestionarios, se recomienda que sean los mismos investigadores que apliquen la batería de pruebas para así poder aclarar las dudas.
3. Analizar otras variables propias de nuestra población mexicana tales como el apoyo social, ya que las personas hostiles interpretan el accionar y las intenciones de los demás de tal manera que terminan por inducir conflictos interpersonales, perdiendo así el apoyo social (Smith y Pope, 1990). Con respecto a esto, algunas investigaciones han corroborado que las personas con un fuerte apoyo social tienen más habilidades para controlar los episodios de ira, reduciendo así su vulnerabilidad a padecer la ECV.

4. Tener un mayor control sobre las variables tradicionales de riesgo, como son los antecedentes familiares, las enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus y el número de hospitalizaciones anteriores a la primera medición.
5. Diseñar un estudio más apropiado, que nos permita analizar los cambios de las variables a través del tiempo, dentro de una misma población en general, por ejemplo un estudio longitudinal de tendencia.

## REFERENCIAS

- Almirall, P. (1993). *Efectos Negativos de las cargas de Trabajo*. Cuba. Instituto Nacional de Medicina del Trabajo.
- Almirall, P. (1995). *Ergonómico y Diagnostico Automatizado de los efectos del trabajo*. Cuba: Instituto de Medicina del trabajo del Departamento de Psicología.
- Allen, J. B., Markovitz, J., Jacobs, D. R., y Knox, S. S. (2001). "Social Support and Health Behavior in Hostile Black and White Men and Women in CARDIA". (Versión electrónica). *Psychosomatic Medicine*, 63: 609–618.
- Allí O. B. (2001). "Principios básicos en materia de salud y seguridad en el trabajo". *Principios fundamentales de salud y seguridad en el trabajo*. (35-39). España: OIT.
- Avitia, G. y Sánchez G. (1995). "Efectos de los tóxicos en los trabajadores y sus posibles consecuencias en la vida familiar". Tesis de Licenciatura UNAM-FES Iztacala.
- Barquín M. C., Legaspi V. J. A., Szpirman L. y Kahan E. (2000). "Aspectos Psicosociales". En: *La salud en el trabajo*. México: JGH Editores.
- Bautista G. R. (2000). "Enfermedades coronarias". En: *Evaluación de la conducta tipo A en mujeres mexicanas*. Tesis de licenciatura. UNAM-FES Iztacala.
- Belkié K., Landsbergis P., Schnall P., Baker D., Theorell T., Siegrist J., Peter R., y Karasek R. (2000). "Psychosocial factors: review of the empirical data among men". En: Schnall K., Belkié P., Landsbergis y Baker D. (Ed.). *The workplace and cardiovascular disease*. *Occupational Medicine*. 15(1): 7-69.

Benavides F., Gimeno D., Benach J., Martíne M., Jarque S., Berra A., Devesa D. (2002, Mayo-Junio) "Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas". *Gaceta Sanitaria*. 3: (En red), Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo>.

Booth-Kewlley, S. y Friedman, H. S. (1987). "Psychological predictors of heart disease: a quantitative review". *Psychological Bulletin*, 101: 343-362.

Boyle S. H., Redford B. W., Mark B. H., Brummett I. C., Sieglerl M. J., Helms y Barefoot J. C. (2004). "Hostility as a Predictor of Survival in Patients With Coronary Artery Disease". (Versión electrónica). *Psychosomatic Medicine*, 66: 629-632.

Brockner J. (1983). "Low self-esteem and behavioral plasticity: Some implications". En: *Review of Personality and Social Psychology*, dirigido por L Wheeler y PR Shaver. Beverly Hills, California: Sage.

Burns, D. D. (1990). *Sentirse bien*. México: Paidós.

Calvo F., Alemán, S. y Ojeda B. (1998). "Relaciones entre la hostilidad y el colesterol sérico total". *Estrés y Ansiedad*, 4 (2-3): 311-330.

Chaput L. A., Adams S. H., Simon J. A., Blumenthal R. S., Vittinghoff E., Lin F., Loh E. y Matthews K. A. (2002). "Hostility Predicts Recurrent Events among Postmenopausal Women with Coronary Heart Disease". (Versión electrónica). *Am J Epidemiol*, 156: 1092-1635.

Chang P. P., Ford D. E., Meoni L. A., Wang N., y Klag M. J. (2002). "Anger in Young Men and Subsequent Premature Cardiovascular Disease". (Versión electrónica). *Archives of Internal Medicine*, 162: 901-906.

- Cook R. (1993). *El derecho internacional y la salud en la mujer. Publicación Científica*. No. 542. OPS.
- Cruz, S. y González, V. (1996). "Programa de capacitación dirigido a mandos intermedios y operativos en la prevención de actos inseguros". Tesis de Licenciatura. UNAM-FES Iztacala.
- Everson, S. A., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Lakka, T. A., Sivenius, J., y Salonen, J. T. (1999). "Anger Expression and Incident Stroke Prospective Evidence From the Kuopio Ischemic Heart Disease Study". (Versión electrónica). *Stroke*, 30: 523-528.
- Fernández-Abascal, E. G., Palmero, F. y Díaz, M. D. (1998). "Reactividad cardiovascular, principios y características". *Ansiedad y Estrés*, 4(2-3), 195-206.
- Fernández-Abascal, E. G. y Martín D. D. (1994). "Ira y Hostilidad en los trastornos coronarios". En: *Anales de psicología*, 10(2): 177-188.
- Fernández-Abascal, E. G. y Martín M. D. (1994). "Emociones negativas II: ira, hostilidad, tristeza". En: *Manual de motivación y emoción*. Madrid: centro de estudios ramón Areces. (pp. 232-247)
- Fernández-Abascal, E. G. y Palmero, F. (1999). "Ira y hostilidad. Aspectos básicos y de intervención". En: E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Orgs.). *Emociones y Salud*. (p. 185-208). Barcelona: Ariel Psicología.
- Gallacher, J. J., Yarnell, J. W. G., Sweetnam, P. M., Elwood, P. C., y Stansfeld, S. A. (2001). "Anger and incident heart disease in the Caerphilly Study". (Versión electrónica). *Psychosomatic Medicine*, 61: 446-453.



- Ganster, D. C., y Schaubroeck, J. (1991). "Role stress and worker health: An extension of the plasticity hypothesis of self-esteem". *J Soc Behav Personal*. 6: 349-360.
- García y León, A. (1993)." Estado actual de los componentes hostilidad/ira/agresión: Su relación con la reactividad psicofisiológica y la enfermedad coronaria". *Revista de la Facultad de Humanidades de Jaén*. 2(3): 87-106.
- Gracia F. J., Martín P., Rodríguez I., y Peiró J. M. (2001). "Cambios en los componentes del significado del trabajo durante los primeros años de empleo: Un análisis longitudinal". *Anales de psicología*. 17(2): 201-217.
- Guelaud, F., Grautrat, M. y Roustang G. (1981). Para un análisis de las condiciones del obrero en la empresa. (7-37). Francia.
- Heinemann, L. y Heuchert, G. (1988). "Sistema Cardiovascular". En: Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo". (1). Cap. 3.
- Hernández, C. I. (2004). "Burnout, síntomas cardiovasculares y presión arterial en un grupo de riesgo". Tesis de Licenciatura. UNAM-FES Iztacala.
- Hernández, S. R., Fernandez, C. C., y Baptista, L. P. (1998). Metodología de la investigación. México: Mc Graw-Hill.
- Houston, B. K y Vavak, C. R. (1991). "Hostility developmental factors, psychosocial correlatos, and health behaviors". *Healt Psychology*, (10): 9-17.
- Iacovella, J. y Troglia, M. (2003). "La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares". *Psico-USF*. 8(1): 53-61.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática (INEGI; 2004). Estadísticas de mortalidad. Disponible en: [inegi.gob.mx](http://inegi.gob.mx).

Iribarren, C., Sidney, S., Bild, D. E., Liu, K., Markovitz, J. H., Roseman, J. M., y Matthews, K. (2000). "Association of Hostility with coronary artery calcification young adults". The CARDIA study. (Versión electrónica). *JAMA*, 283: 2546-2551.

Johnson, E. H. (1990). *The deadly emotions. The role of anger, hostility and aggression in the health and emocional well-being*. New York: Preager

Johnson y Johansson. (1991). *The Psychosocial Work Environment: Work Organization, Democratization and Health*.

Jorgensen, R. S., Frankowski, J. J., Lantinga, L. M., Phadke, K., Sprafkin, R. P., y Abdul-karim, K. W. (2001). "Defensive Hostility and Coronary Heart Disease: A Preliminary Investigation of Male Veterans". (Versión electrónica). *Psychosomatic Medicine*, 63: 463–469.

Juárez, G., A. (2005). "Factores psicosociales y personalidad en relación a la salud laboral". Tesis de doctorado. UNAM

Juárez, G., A., (2005). Construcción y desarrollo de un modelo de factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud en México. En: Juárez G., y Ramírez P., (Eds): *Estrés Psicosocial en el trabajo*. (119-153). México: UNAM-FES Iztacala

Kalimo, R., El Batawi, M., y Cooper C. (1998). "Factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud". México. OMS.

- Karasek, R., Theorell T. (1998) "Ambiente laboral y enfermedad coronaria: la posibilidad de controlar las condiciones de trabajo". En: Buendía (ed) *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca nueva: 129-157
- Kuhnert, K., Sims R., y Lahey, R. (1989). "The relationship between job security and employee health". *Group Organ Stud (Agosto)*: 399-410. Disponible en: <http://gom.sagepub.com/cgi/content/abstract/14/4/399>
- Landy, J. F. y Conte, M. J. (2005). *Estrés y Salud en el Trabajo*; En: *Psicología Industrial*. México: Mc Graw Hill.
- Laurell, C. y Noriega, E. (1987). "El trabajo como determinante de la enfermedad". *Cuadernos de Medicos sociales*. México. (56): 17-33.
- Madrazo, J. M. R., y Madrazo A. M. M. (2005). "Actuales factores de riesgo aterogénico en la génesis de la cardiopatía isquémica: problemática epidemiológica mundial". *Revista cubana de investigación biomédicas*. (24)2.
- Marian y cols (2005). "Hostility Scores Are Associated With Increased Risk of Cardiovascular Events in Women Undergoing Coronary Angiography: A Report from the NHLBI-Sponsored WISE Study". (Versión electrónica). *Psychosomatic Medicine*, 67: 546-552.
- Martínez, C. (1988). *La salud en el trabajo*. Novum Corporativo. México.
- Martínez, S. (2000). "El estudio de la integridad Mental en su relación con el proceso de trabajo". Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. División de Ciencias Biológicas y de la salud. *Serie Académica CBS*. Núm. 23. México, pp. 216.

- Matthews, K. A. (1988). "Coronary heart disease and type A behaviours: update on and alternative to the Booth-Kewley and Friedman quantitative review". *Psychological Bulletin*, (104): 373-380.
- Miralles, F. M. (2001). "Cambios emocionales y de personalidad en jóvenes que realizan el servicio militar obligatorio". Tesis Doctoral. Madrid: España.
- Morea L. (1997). *Factores psicosociales que inciden en la rehabilitación del enfermo cardíaco*. Disponible en: <http://www.monografias.com/popupreg.html>.
- Moscoso, M. S. (1998). Cross-cultural assessment of the experience, expresión, and control of anger. Paper presented at the Twenty-fourth International Congreso of Psychology, August, San Francisco, California, USA.
- Moscoso, M. S. (2000). Estructura factorial del inventario multicultural latinoamericano de la expresión de la cólera y la hostilidad. En: *Revista Latinoamericana de Psicología*. 32(2): 321-343.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2007). Enciclopedia de Salud Ocupacional y Seguridad.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1988). Sistema cardiovascular. *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. España: OIT. Capítulo 3.
- Palmero, F., Díez, L., y Diago, L. (2007). "Hostilidad, psicofisiología y salud cardiovascular. *Suma Psicol.* 14 (1): 23-50. Disponible en red: <[http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-43812007000100003&lng=es&nrm=iso](http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812007000100003&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0121-4381.
- Peiró, J. (1999). "Desencadenantes del estrés laboral". España: Pirámide.

Peiró J., M., y Prieto A. (1996). "Tratado de la psicología del trabajo: vol. II: aspectos psicosociales del trabajo". Madrid.

Pulkki, L., Kivimäki, M., Elovainio, M., Viikari, J. y Järvinen., L. K. (2003). "Contribution of Socioeconomic Status to the Association between Hostility and Cardiovascular Risk Behaviors: A Prospective Cohort Study". (Versión electrónica). *American Journal of Epidemiology*, 158.

Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2004). "Indicadores de salud en el trabajo". *Revista Médica del IMSS*. 42 (1)

Rodríguez C. y Posadas D. (2005). "La psicología en el escenario del trabajo". *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 8(2), (60-80). Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicología/psiclin/principal.html>

Rodríguez, F. (1999). *Introducción a la psicología del trabajo y de las organizaciones*. España: Pirámide. Cap. 15: 235-246.

Rodríguez, N., Oranas, A. y Nino, P. (2004) "Fatiga y tipo de trabajo según modelo de karasek, en condiciones laborales de restricción". *Revista Cubana Salud y Trabajo*. 5(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol5\\_01\\_04/rst06104.html](http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol5_01_04/rst06104.html)

Romero, C. y León, R. (1989). Conducta tipo A: Un estudio en un grupo de adolescentes en una zona deprivada de Lima (Perú). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 21, 349-362.

Rousseau, D., (1988). "Clima y cultura organizativos". En: *Enciclopedia de Salud y seguridad en el trabajo OIT*. 2.

- Sanfeliu C. V. (1991). *Colección de enfermería. Nurse Review*. Problemas cardiacos. Barcelona: Masson. Pp.27-57.
- Sauter, Murphy y Hurell. (1990). "Factores psicosociales y de organización". En: OIT (1998). *Enciclopedia de Salud Ocupacional y Organizacional*.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial*. México.
- Scharschmidt y de Prado, R. (1978). *Psicología del Trabajo*. Universidad de la Habana, Cuba.
- Schnall, P., Landsbergis, P., y Baker, D. (2000). "The worplace and cardiovascular disease". *Occupational Medicine*, 1, (15). 1-6.
- Sherwood, A., Hughes, J. W., Kuhn, C., y Hinderliter, A. L. (2004). "Hostility Is Related to Blunted-Adrenergic Receptor Responsiveness Among Middle-Aged Women". (Versión electrónica). *Psychosomatic Medicine*, 66: 507-513.
- Siegmán, A. W., Townsend, S. T., Civelek A. C. Blumenthal, R. S. (2000). "Antagonistic Behavior, Dominance, Hostility, and Coronary heart Disease". (Versión electrónica). *Psychosomatic Medicine*, 62: 248-257.
- Smith, T. W. y Pope, M. K. (1990). "Cynical hostility as a health risk: Current status and future directions". *Journal of Social Behavior and Personality*, 5: 77-88.
- Spielberger, C. D. y London, P. (1990). "Blodd pressure and injustice". *Psychology Today*, 1-2, 49-59.
- Texas Heart Institute (2005). *Factores de riesgo cardiovascular*. Disponible en: [http://www.texasheartinstitute.org/cad\\_span.html](http://www.texasheartinstitute.org/cad_span.html)

- Valencia, A. M. R. y Varela, R. M. I. (2005). "Fatiga laboral y validez factorial de la escala de síntomas subjetivos de Yoshitake". Tesis de Licenciatura. UNAM-FES Iztacala.
- Velázquez M., Barinagarrementería A., Rubio G., Verdejo J., Méndez B., y Violante, R., (2007) Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro social. Archivos de Cardiología de México*: 77(1): 31-39
- Villegas R. Y Ríos C. (1993). "La investigación participativa en la salud laboral: El modelo Obrero". En: Laurell, A. C. (Coord). *Para la investigación en salud de los trabajadores. Salud y sociedad*. 3.
- Virtanen, R. A., Jula, J. K., Salminen, L. M., Voipio-Pulkki, H. H., T. Kuusela, J. A. (2003). "Anxiety and Hostility Are Associated With Reduced Baroreflex Sensitivity and Increased Beat-to-Beat Blood Pressure Variability". (Versión electrónica). *Psychosomatic Medicine*, 65, 751–756.

**ANEXOS**



## **ANEXO 1.**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACION**  
**Estudio de Salud Cardiovascular.**

Usted esta invitado a participar en un estudio conducido por los investigadores de la UNAM Elena Hernández Mendoza y Arturo Juárez García y el Dr. Federico Gloria Breceda (ISSSTE). Los resultados contribuirán al conocimiento científico acerca de cómo algunos aspectos laborales y psicológicos que afectan la salud de las personas. Usted fue seleccionado como un posible participante en este estudio por que actualmente cumple los requisitos necesarios de la investigación.

Identificar aspectos laborales y personales que influyen en la reincidencia de problemas cardiovasculares en pacientes con infarto previo.

### **- PROCEDIMIENTO**

Si usted participa voluntariamente en este estudio, se le pedirán las siguientes cosas:

1. Asistir trimestralmente a una evaluación de seguimiento por un año en (1ª fase), donde llenará una encuesta en la que se indaga algunos aspectos acerca de su manera de ser, su estado de salud y de su empleo actual. Esto le tomará alrededor de treinta minutos cada sesión.
2. En dicha cita, también se registrarán datos de su expediente tales como: su peso, presión arterial, niveles de colesterol y triglicéridos principalmente (datos que su médico evalúa normalmente en consulta de seguimiento).
3. Al término del seguimiento de la primera fase (1er año), se le solicitara la renovación de esta carta, con el fin de pedir su consentimiento y continuar con la evaluación y seguimiento por otro año.

### **- RIESGOS POTENCIALES Y MOLESTIAS**

Anticipamos un mínimo riesgo al participar en esta investigación. Con respecto a los cuestionarios, tal vez encuentre algunas de las preguntas repetitivas o sienta incomodidad en compartir sus sentimientos en ciertos tópicos. En este caso, puede elegir no contestar ciertas preguntas. Se ejercerá confidencialidad **estricta**. Los archivos de información estarán bajo acceso restringido. La información se tratará únicamente con fines de análisis estadísticos.

## **- BENEFICIOS POTENCIALES PARA LOS PARTICIPANTES Y PARA LA SOCIEDAD**

Usted recibirá beneficio de participar y conocer los registros de su estado de salud de forma trimestral. No hay ningún otro beneficio específico para usted. Esta investigación intenta incrementar el conocimiento del tema de los factores psicosociales y la salud en nuestro país.

### **- PAGO POR PARTICIPACIÓN**

**No** se ofrecerá pago por participar.

### **- CONFIDENCIALIDAD**

La información que sea obtenida en relación a este estudio permanecerá de forma confidencial. Recibirá un número de Identificación personal. Ninguna información personal se dará a conocer.

### **- PARTICIPACIÓN O RETIRO**

**Usted decide si participa o no en este estudio es voluntaria.**

### **- IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES**

Si tiene cualquier pregunta respecto a esta investigación, por favor siéntase libre de contactar a:

Mtra. Elena Hernández Mendoza, 56231293, ext. 408, elenahernandez7@yahoo.com

Psic. Arturo Juárez García, UNAM, arturojuarezg@hotmail.com

### **- DERECHOS DE LOS SUJETOS EN INVESTIGACIÓN**

Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento y detener su participación. Usted no está renunciando a cualquier demanda, derecho, recurso legal por su participación en este estudio.

***FIRMA DEL PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN***

Entiendo los procedimientos descritos anteriormente. Mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y estoy de acuerdo en participar en este estudio. Se me ha dado una copia de esta forma.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

***FIRMA DE TESTIGO***

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

***FIRMA DEL INVESTIGADOR***

A mi juicio el sujeto esta voluntaria y concientemente informado y posee la capacidad legal para dar consentimiento informado para participar en este estudio de investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

## ANEXO 2

Folio \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_

Presión arterial sistólica

	Primera toma	Segunda toma
1		
2		

Presión arterial diastólica

	Primera toma	Segunda toma
1		
2		

ESTILOS DE VIDA	1= NO, 2=RARA VEZ, 3=ALGUNAS VECES, 4= FRECUENTEMENTE 5= SIEMPRE				
	EJERCICIO				
CONSUMO DE ALCOHOL					
CONSUMO DE TABACO					
SEGUIMIENTO DE DIETA					

DATOS GENERALES
-----------------

Por favor, conteste las siguientes preguntas. Con ello nos ayuda a obtener una mejor comprensión de las relaciones entre la vida laboral moderna y la salud. **Le estamos muy agradecidos por su colaboración.**

D1. Edad	_45_ Años	
D2. Estado Civil	Soltero(a)	<input type="checkbox"/> _1
	Casado (a)	<input checked="" type="checkbox"/> _2
	Unión Libre	<input type="checkbox"/> _3
	Divorciado (a)	<input type="checkbox"/> _4
	Viudo (a)	<input type="checkbox"/> _5
D3. Sexo	Hombre	<input type="checkbox"/> _1
	Mujer	<input type="checkbox"/> _2
D4. ¿Ultimo grado escolar?	_____ Licenciatura _____	
D5. ¿Cuál es su actual situación laboral?	Con trabajo	<input checked="" type="checkbox"/> _1
	Sin trabajo (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/> _2
	Sin trabajo (hace más de 6 meses)	<input type="checkbox"/> _3
	Baja por enfermedad (menos de 6 meses)	<input type="checkbox"/> _4
	Jubilado otra situación (indíquese):	<input type="checkbox"/> _5
D6. ¿Cuál es su actual (o su última) profesión u ocupación?	Indíquese por favor: _____ Gerente Organización _____	
D7. ¿Qué tipo de trabajo desempeña?	Cargo directivo o gerencial	<input checked="" type="checkbox"/> _1
	Encargado, supervisor o jefe de área	<input type="checkbox"/> _2
	Administrativo (trabajo no manual)	<input type="checkbox"/> _3
	Empleado operativo (trabajo manual)	<input type="checkbox"/> _4
	Por cuenta propia	<input type="checkbox"/> _5
D8. ¿Dónde trabaja?	Empresa pública	<input type="checkbox"/> _1
	Empresa privada	<input checked="" type="checkbox"/> _2
	Otro, indíquese: _____	
D9. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en su actual trabajo?	_____ 1.5 _____ años	
D10. ¿Desempeña otros trabajos además de su trabajo principal?	Sí	<input type="checkbox"/> _1
	No	<input checked="" type="checkbox"/> _2
D11. ¿Cuántas horas remuneradas trabaja por semana?	_____ 40 _____ horas	
D12. ¿Está realizando trabajo por turnos?	Sí, pero sin turno de noche	<input type="checkbox"/> _1
	Sí, con turno de noche	<input type="checkbox"/> _2
	No	<input checked="" type="checkbox"/> _3

Sección 4. IMEIH (Moscoso)
----------------------------

**Parte 1:** A continuación se dan una serie de expresiones que la gente usa para describir su rabia, cólera, enojo. Por favor lea cada frase y marque el número apropiado en la sección de respuestas que indique como se siente **en este momento**.

1	No, en absoluto	2	Un poco	3	Bastante	4	Mucho
---	-----------------	---	---------	---	----------	---	-------

1.	Me siento enojado (a)	1	2	3	4
2.	Estoy colérico (a)	1	2	3	4
3.	Me siento irritado (a)	1	2	3	4
4.	Estoy furioso (a)	1	2	3	4
5.	Me dan ganas de romper cosas	1	2	3	4
6.	Me dan ganas de insultar a alguien	1	2	3	4
7.	Me dan ganas de pegar a alguien	1	2	3	4
8.	Me dan ganas de golpear a alguien	1	2	3	4
9.	Me siento enfadado (a)	1	2	3	4
10.	Tengo ganas de destrozar algo	1	2	3	4

**Parte 2:** A continuación se dan una serie de expresiones que la gente usa para describir su rabia, cólera, enojo. Por favor lea cada frase y marque el número apropiado en la sección de respuestas que indique como se siente **generalmente**.

1	Casi nunca	2	Algunas veces	3	Frecuentemente	4	Casi siempre
---	------------	---	---------------	---	----------------	---	--------------

11.	Soy muy temperamental	1	2	3	4
12.	Tengo un carácter irritable	1	2	3	4
13.	Soy una persona exaltada	1	2	3	4
14.	Me enfado cuando hago algo bien y no es apreciado	1	2	3	4
15.	Me enojo muy fácilmente	1	2	3	4
16.	Me pone furioso (a) que me critiquen delante de los demás	1	2	3	4
17.	Me pone furioso (a) cuando cometo errores estúpidos	1	2	3	4
18.	Me siento furioso (a) cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	1	2	3	4
19.	Me enfado cuando alguien arruina mis planes	1	2	3	4
20.	Tengo un humor colérico	1	2	3	4

**Parte 3:** Todos nos sentimos coléricos o enojados de vez en cuando, sin embargo la gente varía la manera de reaccionar cuando están enojados. Por favor lea cada frase y marque el número apropiado en la sección de respuesta el cual indique la frecuencia con la que usted **generalmente** reacciona cuando se enoja o siente cólera.

<b>1</b>	Casi nunca	<b>2</b>	Algunas veces	<b>3</b>	Frecuentemente	<b>4</b>	Casi siempre
----------	------------	----------	---------------	----------	----------------	----------	--------------

21. Controlo mi humor colérico	1	2	3	4
22. Expreso mi cólera	1	2	3	4
23. Contengo mi enojo por muchas horas	1	2	3	4
24. Me aparto de la gente	1	2	3	4
25. Mantengo la calma	1	2	3	4
26. Muestro mi enojo a los demás	1	2	3	4
27. Controlo mi forma de actuar	1	2	3	4
28. Discuto con los demás	1	2	3	4
29. Guardo rencores que no comento a nadie	1	2	3	4
30. Puedo controlarme antes de ponerme de mal humor	1	2	3	4
31. Secretamente soy muy crítico de los demás	1	2	3	4
32. Estoy mas enfadado (a) de lo que generalmente admito	1	2	3	4
33. Me irrito mucho mas de lo que la gente se da cuenta	1	2	3	4
34. Pierdo los estribos	1	2	3	4
35. Si alguien me molesta, le digo como me siento	1	2	3	4
36. Controlo mis sentimientos de cólera	1	2	3	4
37. Hago algo reconfortante para calmarme	1	2	3	4
38. Trato de relajarme	1	2	3	4
39. Hago algo relajante para tranquilizarme	1	2	3	4
40. Reduzco mi rabia lo más pronto posible	1	2	3	4
41. Trato de calmarme lo más pronto posible	1	2	3	4
42. Respiro profundo para relajarme	1	2	3	4
43. Expreso mis sentimientos de furia	1	2	3	4
44. Mantengo el control	1	2	3	4