



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

“ IZTACALA ”



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTÁCALA

“ EL PATRON DE CONDUCTA TIPO A Y LA  
AFECCION CARDIOCORONARIA.  
PERSPECTIVA PSICOLOGICA ”

**T E S I S**

Que para optar al título de:

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A :**

**EDITH ARACELI AGUIÑAGA SANTOYO**

MEXICO, D. F.

1991



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS.

El primer fin de esta tesis es llenar un espacio que, hasta ahora, no ha sido muy accesible al conocimiento del psicólogo dada la poca o nula información que, sobre todo a nivel licenciatura, se nos proporciona con respecto a este tema. De aquí, mi profundo agradecimiento al Prof. Jorge Ramón Flores por adentrarme por vez primera a este interesante tema y al Prof. Carlos Mondragón por su confianza e interés en el mismo.

La segunda finalidad de esta tesis es proporcionar al psicólogo una pequeña semilla de motivación a una mayor investigación, teórica o aplicada, sobre el Patrón de Conducta Tipo A, en donde posee un campo de acción muy extenso en cualquiera que sea su posición teórica frente al mismo. Y si de motivación se trata, expreso también todo mi agradecimiento a la Profa. Luz de Lourdes Equiluz por sus palabras motivantes, apoyo y continuo agradecimiento. Al Prof. Ramón Ortega, gracias por su apoyo y paciente espera.

Finalmente, dedico esta tesis a todos aquellos que, de una forma u otra, motivaron mi interés por llevar al cabo este trabajo:

A mis padres, por su constante esfuerzo por brindarme una carrera, por enseñarme a tener ideales y a luchar por ellos aún con el viento en contra.

A mi esposo, por su apoyo, comprensión, confianza y continua motivación. Por su amor, a través del cual reitero mis verdaderos objetivos en la vida.

A mi hijo, cuya carita sonriente me recuerda a cada instante mi compromiso como ser humano para con las generaciones futuras, las cuales no tienen que someterse a los "padecimientos psicológicos" tradicionales que la mayoría de la gente hereda de nuestra cultura. Por recordarme que nada puede ser más importanante que la herencia de la salud psicológica y la creencia en la capacidad ilimitada del ser humano que podemos lejar a la siguiente generación y a todas las generaciones futuras, ya que no podemos transmitirles esto mientras no lo hayamos asimilado nosotros.

Los ama:  
Edith.

# I N D I C E



Página.

*Introducción*..... 1

## CAPITULO I. LA CONDUCTA TIPO A Y LA

*AFECCION CARDIOCORONARIA*..... 5

*Anatomía General del Corazón y las Arterias Coronarias*... 11

*La Enfermedad Arterial Coronaria y Cardiocoronaria*..... 16

*Principales Factores de Riesgo*..... 19

*La Conducta Tipo A como Factor de Riesgo en la Afec\_*  
*ción Cardiocoronaria*..... 24

## CAPITULO II. LA CONDUCTA TIPO A EN LA

*PERSPECTIVA PSICOSOMATICA Y MEDICO*

*CONDUCTUAL.*

*Perspectiva Psicossomática y Médico Conductual*..... 31

*Enfoque Psicossomático a la "Enfermedad de la Prisa"*..... 34

*Enfoque Médico Conductual al Patrón de Conducta Tipo A*... 44

*Evaluación de la Conducta Tipo A*..... 53

*Modificación de la Conducta Tipo A*..... 61

CAPITULO III. LA CONDUCTA TIPO A EN EL

NEOPSICOANALISIS CULTURALISTA: Página.

" LA NEUROSIS DE NUESTRO TIEMPO "..... 73

*Neurosis Actual*..... 79

*El Afán de Poderío, Fama y Poseción*..... 83

*La Competitividad*..... 87

*Carácter Social y Neurosis Actual*..... 96

*Conclusiones*..... 106

*Bibliografía*..... 115

*La relación entre la Afección Cardiocoronaria y el Patrón de Conducta Tipo A fue inicialmente estudiada por un par de cardiólogos; Friedman y Rosenman, quienes, hacia los años sesentas, observaban que por lo menos la mitad de las personas de mediana edad que padecían ataques cardíacos, no mantenían una relación estrecha con los factores etiológicos de su producción, por lo que dedujeron un nuevo factor que constituye un particular conjunto de rasgos de la personalidad, al que llamaron Patrón de Conducta Tipo A.*

*Entre dichos rasgos se encuentran, predominantemente; un excesivo afán de competencia, agresividad, impaciencia y una especial sensación de urgencia. Estas características fueron correlacionadas positivamente con la afección cardiocoronaria en una serie de estudios angiográficos, autopsias, estudios prospectivos y retrospectivos por medio de la comparación de grupos.*

*Las conclusiones de esta serie de estudios dejaron ver que la conducta tipo A constituye un factor INDEPENDIENTE de riesgo en relación con las dolencias cardiocoronarias. Dicho factor debería de ser identificado ANTES de sufrir un ataque cardíaco, con el fin de instituir*

las modificaciones de la personalidad oportunas como prevención o, en caso de producirse, DESPUES del infarto para evitar una posible recaída.

A pesar de ser bien aceptadas, tales teorías fueron, y son, escasamente aplicadas, lo que nos plantea una situación crítica en términos de su prevención y tratamiento. En primer lugar, es de por sí difícil para los médicos (y para nosotros como psicólogos), conseguir que los pacientes propensos a afecciones cardíacas dejen de fumar, se administren la medicación prescrita, rebajen algunos kilos o sigan alguna dieta específica como para aventurarse a realizar cambios de personalidad. En segundo lugar, la dificultad se agranda si se considera que la mayoría de los componentes de la conducta tipo A, como el afán competitivo, la extrema puntualidad, la ambición y el afán de control positivo en casi todas las situaciones de la vida, son considerados como componentes fundamentales de una personalidad de ÉXITO en una sociedad como la nuestra, y por lo tanto, son mantenidos por ella.

No obstante lo anterior, el interés por la etiología, desarrollo, mantenimiento, evaluación y tratamiento del Patrón de Conducta Tipo A, ha sido objeto de variados estudios que, desde diferentes perspectivas, nos ha permitido recobrar un marco más amplio para su análisis des-

de una perspectiva psicológica. Para este trabajo, me he permitido aludir a tres perspectivas psicológicas por considerar que retoman aspectos medulares de la conducta tipo A; las perspectivas Psicosomática, Médico-Conductual y el Neopsicoanálisis Culturalista. En realidad, estas perspectivas son mucho más bastas de lo que aquí se puede citar con respecto a la conducta tipo A y, es de reconocer que su análisis puede ser llevado más allá de estas perspectivas.

Finalmente, estos enfoques no son expuestos aquí a manera de confrontación, pues se intenta un análisis integrativo de lo que con respecto al Patrón de Conducta Tipo A se ha dicho aunque, si bien, su terminología no coincida.

"LA GRAN SENSIBILIDAD DEL LATIDO  
CARDIACO A LOS CAMBIOS EMOCIONA  
LES, PARTICULARMENTE LA COLERA,  
EL MIEDO Y LA ANGUSTIA, ES UN HE  
CHO BIEN CONOCIDO EN EL QUE SE  
FUNDA LA CREENCIA DE QUE EL CO  
RAZON ES EL ASIEN TO DE LAS EMO  
CIONES Y LOS AFECTOS".

(Selye H. 1950. p. 65).

*CAPITULO I.*

*LA CONDUCTA TIPO A*

*Y LA AFECCION CARDIOCORONARIA.*

*El origen de muchos padecimientos tiene relación directa con el modo de vida del individuo, y su rápida propagación se explica, en gran parte, por ciertos cambios nocivos que han afectado nuestras condiciones de vida a lo largo de estos últimos años.*

*Numerosas investigaciones constatan la idea de que la tensión y el ajetreo de la vida moderna son responsables, en su mayor parte, de una serie de padecimientos entre los que se encuentran las afecciones cardíacas.*

*Según el Dr. Rosenfeld (1986), la principal causa de mortalidad en Estados Unidos y demás países industrializados, son las afecciones cardíacas (con la notable excepción del Japón, donde la apoplejía ocupa su lugar).*

*La epidemiología ha permitido constatar que, en los últimos 150 años, en los países Occidentales las enfermedades han cambiado radicalmente. Es decir, ha tenido lugar un desplazamiento de las formas infecciosas a las de tipo degenerativo y a aquellas formas que se encuentran asociadas al estrés.*

En 1979, Mc Dill Sexton (1979), llevó a cabo una revisión analítica sobre dos tasas estadísticas de diez causas de muerte que, entre los años 1900 y 1973, se habían presentado en una población estadounidense. Encontró que la influenza y la neumonía ocupaban el primer lugar hasta 1900, mientras que las afecciones cardíacas ocupaban el cuarto lugar en cuanto a causa de muerte. Hacia 1973, estas últimas ocupaban ya el primer lugar, quedando desplazadas la influenza y la neumonía al quinto lugar.

Chesney (1981), analizó la ocurrencia clínica de las disfunciones coronarias específicamente, llegando a la conclusión de que existe un aumento paralelo de la incidencia de afecciones cardioronarias y la rápida industrialización de las sociedades Occidentales, por lo que sugiere, al igual que Mc Dill Sexton, que algunos factores de vida y trabajo pueden estar estrechamente correlacionados con esto.

La relación entre la afección cardioronaria y cierto Patrón Conductual ha sido analizada por los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman quienes, desde la década de los sesentas, observaron que por lo menos la mitad de las personas que padecían ataques cardíacos no tenían relación alguna con los factores etiológicos o sospechosos, antes bien, presentaban una especie de carácter genérico o personalidad predominante; el ser básicamente agresivos, ambiciosos,

conscientes del paso del tiempo, propensos a la irritabilidad y hostiles al entorno en general. Llamaron a este patrón conductual especialmente propenso a las dolencias coronarias: Patrón de Conducta Tipo A.

Para Sendrail (1983), no es sorprendente que los trastornos vasculares y cardíacos aumenten en función de la edad: excepcionales en el niño y el joven adulto, afectan en un 21% a sujetos de cincuenta años de edad y más de un 42% a mayores de 65 años, casi siempre como consecuencia de la acción lenta de los factores de riesgo y de su acumulación a lo largo de los años. Según Friedman y Rosenman (1973), cuando el Patrón de Conducta Tipo A se hace presente, la enfermedad cardiocoronaria puede presentarse fácilmente entre los treinta y los cuarenta años de edad.

La línea de conducta tipo A es, según Friedman y Rosenman: "Un complejo activo-emotivo que se observa en toda persona agresivamente envuelta en una crónica e incesante lucha por conseguir más y más en menos y menos tiempo" (p.13). No es una psicosis ni una serie de preocupaciones, sino un tipo de conflicto socialmente aceptado e incluso a menudo alabado.

El individuo con conducta tipo A es un hombre que se esfuerza

por realizar demasiadas cosas o participar en demasiados sucesos en un tiempo determinado. Su "enfermedad" fundamental consiste en una especial incapacidad para ver, o quizá peor, para aceptar el simple hecho de que el tiempo de un hombre puede agotarse con sus actividades. En un intento de ahorrar tiempo, se crea a menudo sus propios plazos.

Friedman y Rosenman sugieren que el hombre con conducta tipo A perdió, o tal vez nunca tuvo, esa especie de patrón intrínseco por el cual pudiera medir o ajustar sus propios méritos a sus propias satisfacciones, cree que el número de sus consecuciones está siendo juzgado continuamente por sus compañeros y subordinados, y como éstos últimos cambian constantemente a medida en que asciende en la escala socioeconómica, cree que el número de sus consecuciones debe continuar aumentando. Su inseguridad no está exclusivamente basada en la situación de su categoría socioeconómica, sino en el "ritmo" al cual esa categoría aumenta.

Las personas que poseen esta línea de conducta, también exhiben irritabilidad fácil, pero perfectamente razonada. Los rasgos de personalidad del individuo son exitados por un determinado agente y los resultados de esta reacción pueden pasar desapercibidos o no ser exhibidos si no se encuentra en un ambiente que no presente hostilidad.

Así, el Patrón de Conducta Tipo A es definido como: "Un tipo particular de personalidad en que se incluyen: competitividad excesiva, agresión, impaciencia y una especial sensación de urgencia" (Friedman y Rosenman, 1973. p. 85).

Ahora bien, en sí ¿qué tipo de relación puede existir entre el Patrón de Conducta Tipo A y la afección coronaria?, ¿cómo es que las arterias coronarias pueden llegar a ser dañadas por un tipo particular de personalidad o patrón conductual?. Estoy de acuerdo con Virindervit (1980) quien señala que, para entender mejor el significado y proceso de cualquier anomalía en la ejecución del miocardio, es importante visualizar primeramente la anatomía general del corazón y de las arterias coronarias, así como su ejecución normal y anormal. Revisaremos entonces, de una forma muy sencilla, estos aspectos.

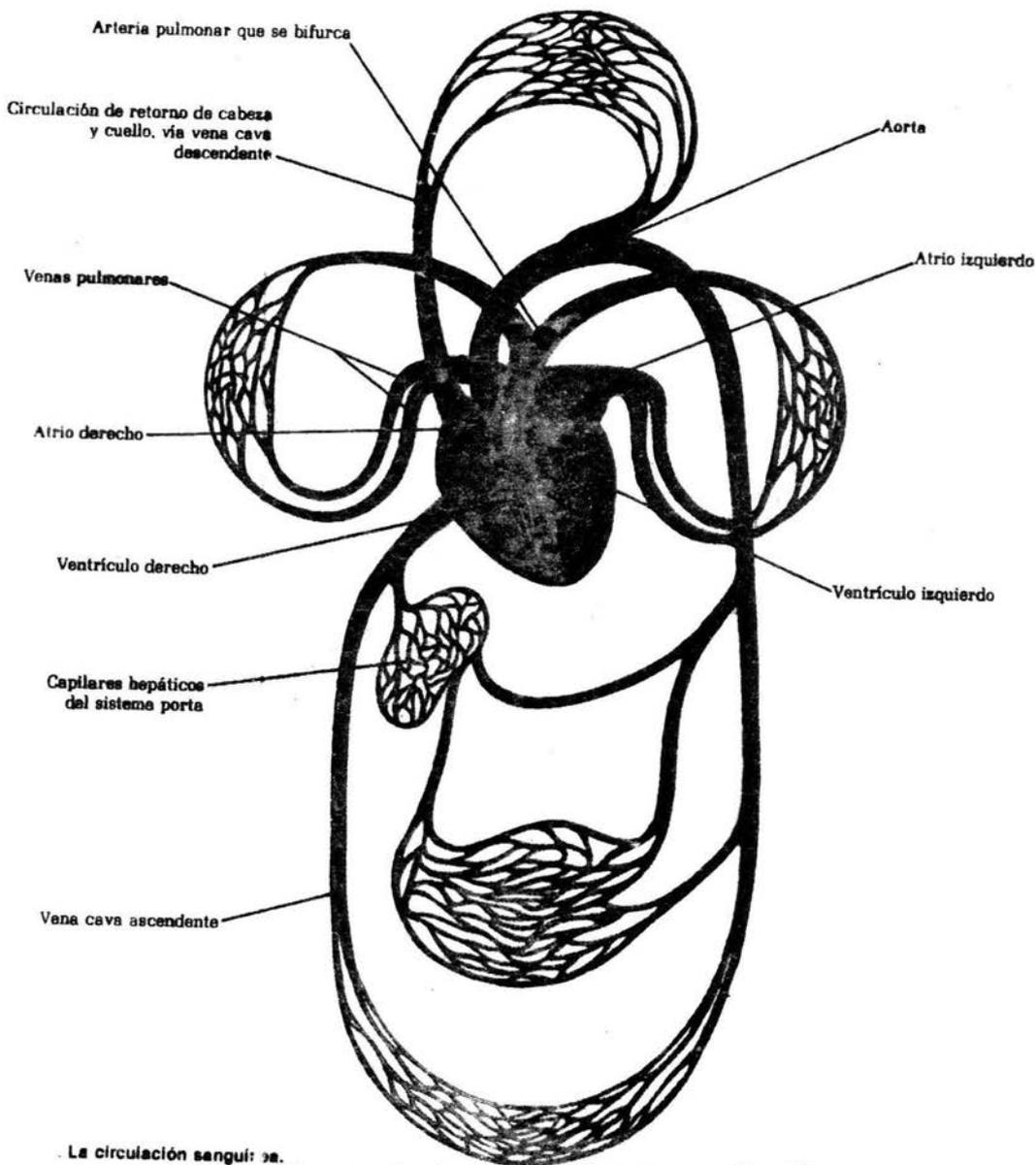
ANATOMÍA GENERAL DEL CORAZÓN Y LAS ARTERIAS  
CORONARIAS.

*Friedman y Rosenman (1973), describen de una manera accesible la anatomía y funcionamiento general del corazón y arterias coronarias, la cual puede resumirse en la forma siguiente.*

*La mitad derecha del corazón está constituida por una cavidad receptora (aurícula derecha) y una cavidad bombeante (ventrículo derecho), que recibe la sangre que regresa al corazón desde todas las partes del cuerpo. Esta sangre de retorno, que fluye a través de unos vasos llamados venas, es pobre en contenido de oxígeno. Esto se debe a que cada porción del cuerpo ha extraído parte de este gas vital de la sangre que fluye a través de ella. A causa de esta pobreza de oxígeno, esta sangre parece más azul que roja (Fig. 1).*

*Esta parte derecha del corazón, toma la sangre venosa y pobre en oxígeno y la bombea hacia los pulmones por medio de la arteria pulmonar. La sangre, mientras permanece en los pulmones, absorbe una parte de oxígeno comprendido en el área pulmonar. Al recibir este oxígeno se convierte de nuevo en sangre arterial, dirigiéndose inmediatamente hacia la mitad izquierda del corazón por medio de las venas pulmonares (Fig. 1).*

Fig. 1.



La circulación sanguínea.

(Fuente: Fuentes S. *Anatomía. Elementos y Complementos*. México. Trillas, 1935, p.69).

La aurícula izquierda recibe esta sangre ya oxigenada y la bombea de modo rítmico y suave hacia el ventrículo izquierdo. Esta resistente y duradera bomba, expelle la sangre con considerable fuerza dentro de la aorta, la arteria más grande del cuerpo, desde donde pasa al resto de las arterias del organismo (Fig. 1).

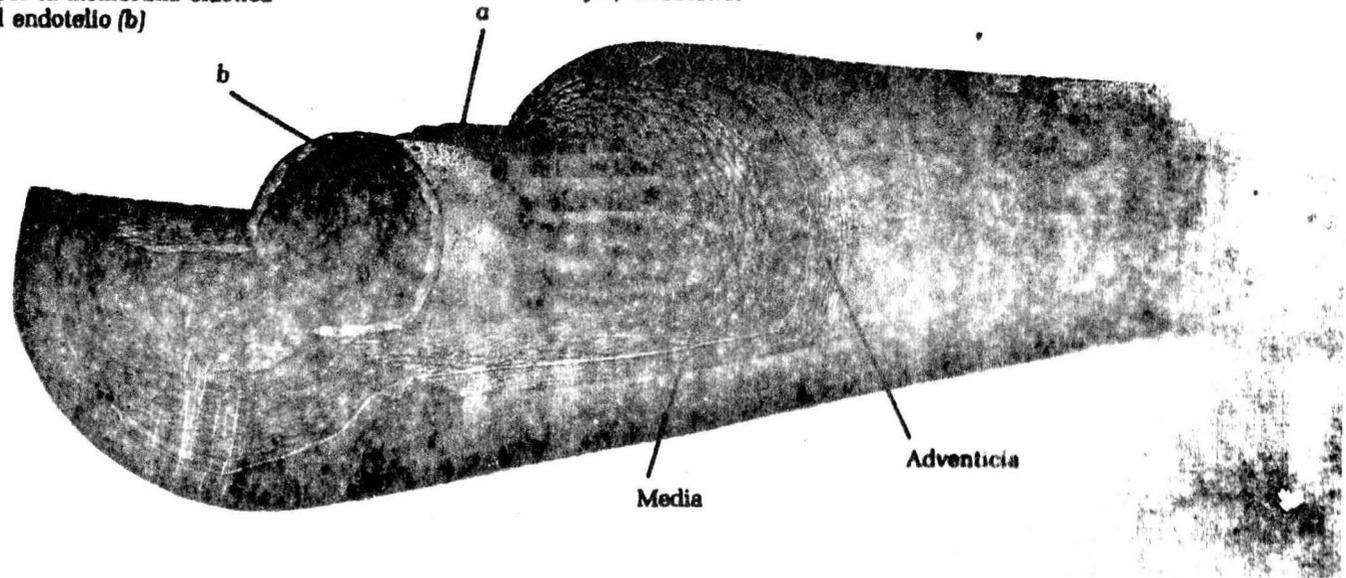
Este ciclo está dirigido y controlado por un conjunto de mecanismos reguladores, nerviosos, hormonales y químicos.

Aunque las arterias coronarias sirven solamente para irrigar al corazón, tienen una compleja estructura. De esta forma, una arteria es un órgano en sí mismo. Tiene un revestimiento uniforme llamado Íntima que se compone de millares de células lisas y uniformes que sirven como filtro selectivo, a través del cual algunos elementos de la sangre pueden penetrar y nutrir las paredes más internas de la pared arterial (en circunstancias normales, sólo dejan pasar una pequeña cantidad de proteínas relacionadas con el colesterol) (Fig. 2).

Otra capa muscular, que constituye la capa intermedia de la pared arterial, es la Media, dentro de la cual se entrecruzan millones de finas fibras musculares elásticas, que permiten a la arteria expandirse sin demasiado peligro de ruptura (Fig. 2).

Íntima formada por la membrana elástica interna (a) y el endotelio (b)

Fig. 2 Estructura de la arteria: a) membrana elástica interna, y b) endotelio.



( Fuente: Fuentes S. Anatomía. Elementos y Complementos. Trillas.  
México, 1986. p. 61).

La arteria coronaria tiene una tercera capa, la Adventicia, que forra y protege la capa muscular. En ella se encuentran los pequeños vasos que llevan la sangre que nutre la pared arterial (Fig. 2).

Otro aspecto de la anatomía cardíaca que merece especial atención, es el sistema de conducción del corazón. Se trata de un tejido muy especializado que, en su mayor parte, es mitad muscular y mitad nervioso. Es el responsable de las ordenadas contracciones o latidos cardíacos que permiten el bombeo de la sangre antes de cada contracción del músculo cardíaco, una breve onda eléctrica, iniciada en una especie de dinamo que se halla en la aurícula derecha, se extiende hacia arriba y hacia el centro del corazón, siguiendo los propios caminos eléctricos para asegurar que las contracciones de cada fibra cardíaca, seguirán o irán al unísono con las de cada una de las fibras.

Esta corriente eléctrica es lo que el electrocardiografo capta, amplifica y graba en un papel especial para una importante (pero no siempre) revelador mensaje al que llaman electrocardiograma. Actualmente, el ecocardiograma (procedimiento que emplea ultrasonido), ha mostrado mayores ventajas en la detección de trastornos en las arterias coronarias.

LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA Y  
CARDIOCORONARIA.

La enfermedad\* arterial coronaria es el término que Friedman y Rosenman utilizan para describir una anomalía, todavía asintomática, que se caracteriza e identifica por el espaciamiento y deterioro de los conductos que suministran la sangre al corazón. Las arterias coronarias, en su incesante contraerse, retorcerse y doblarse por sí mismas, reciben a menudo pequeñas heridas o desgarramientos en su revestimiento interno durante los primeros meses o años de vida, tal vez desde el feto mismo.

Según la hipótesis de Friedman y Rosenman (1973), la enfermedad de las arterias coronarias empieza en realidad, cuando la arteria intenta curarse a sí misma de una herida o un desgarro provocado traumáticamente. La enfermedad arterial coronaria puede existir, y con frecuencia existe durante mucho tiempo sin dar a conocer ningún síntoma de su presencia.

Afortunadamente, en la mayoría de los casos, la enfermedad arterial coronaria no llega a convertirse en una enfermedad cardiocorona-

\* Por sus características podría ser manejada como Disfunción.

ria, pero cuando la enfermedad arterial coronaria empeora hasta el punto que se le hace imposible transportar sangre suficiente para suministrar el oxígeno y demás sustancias nutritivas necesarias para que los músculos cardíacos ejecuten todas sus funciones y satisfagan todas sus necesidades, se puede considerar que la enfermedad arterial coronaria se ha convertido en una enfermedad cardiocoronaria, cuyos síntomas, según Friedman y Rosenman (1973), son:

#### *Angina de Pecho.*

Es un tipo de dolor torácico que aparece en el momento en que el músculo cardíaco sufre un déficit de oxígeno debido al inadecuado suministro sanguíneo. Aparece con frecuencia cuando la víctima exige a sus músculos más de lo que pueden cumplir sin sufrir un déficit de oxígeno: caso típico es el que se da en el desmesurado ejercicio físico (sin control médico) de personas propensas a infarto.

#### *Infarto al Miocardio.*

Comunmente llamado ataque al corazón, es una de las más corrientes y más serias complicaciones de la enfermedad cardiocoronaria grave. Significa que un área del músculo cardíaco (casi siempre localizado en el ventrículo izquierdo) ha muerto (o se ha vuelto necrótica), porque no ha recibido la cantidad suficiente de oxígeno o de sustancias nutritivas en

un período de tiempo prolongado.

Así mismo, la aparición de arritmias, sensaciones de vértigo y debilidad general pueden reflejar cambios indeseables en el ritmo cardíaco. En estos casos, la mayoría de los médicos recomiendan someter al paciente a un electrocardiograma o técnica similar, por si se detecta alguna irregularidad.

Una vez establecida la vulnerabilidad del paciente, generalmente se le recomienda que se abstenga del consumo de sustancias estimulantes tales como cafeína, alcohol, derivados de la epinefrina (compuesto químico muy frecuente en los fármacos descongestivos y para la tos) y, por supuesto, del tabaco. Si es necesario se le recomienda una dieta específica y, claro está, constancia en la administración de la medicación prescrita.

## PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO.

### *La Arteriosclerosis.*

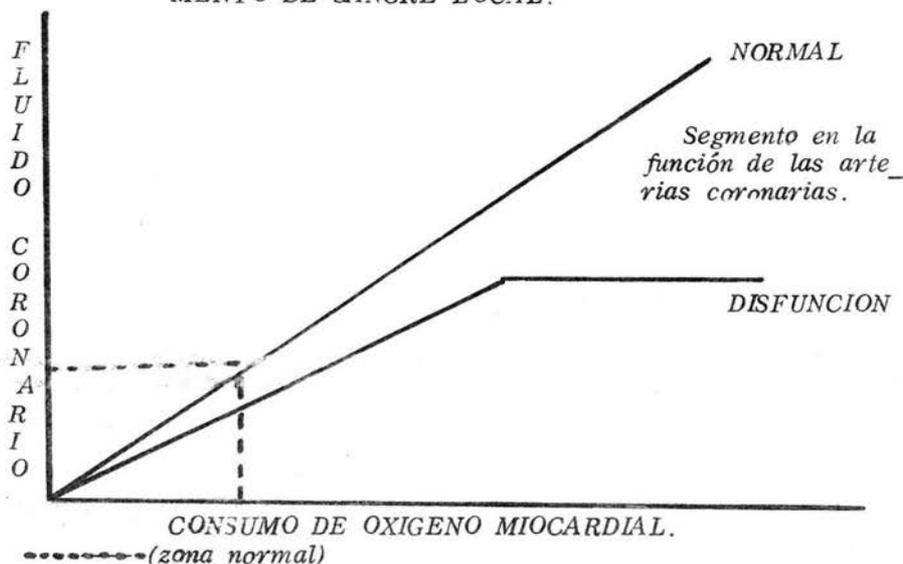
*La Arteriosclerosis no afecta al músculo cardíaco directamente. Los efectos que ocasiona tienen origen en el estrechamiento y obstrucción de las arterias coronarias que alimentan el corazón y permiten su bombeo. A medida que el suministro de sangre decrece por causa de la dolencia, el corazón clama por una mayor cantidad de oxígeno (Angina de pecho). (Blumenthal, 1982).*

*Cuando el oxígeno miocárdico incrementa en respuesta al estrés, por ejemplo, el corazón normal puede satisfacer la demanda incrementando linealmente la fluidez de la sangre coronaria. Pero, en presencia de una disfunción, el segmento miocárdico es seguido por una obstrucción crítica de la arteria coronaria, la fluidez de la sangre miocárdica no puede responder a la energía demandada y esto es apareado con un decremento anormal en el área de ejecución del miocardio (Fig. 3). (Brooks y Gorlin, 1980).*

*Existen varias teorías que intentan explicar los motivos de este estrechamiento de las arterias. La teoría referente a los niveles de colesterol en la sangre es, probablemente, la más popular. Sin embargo, a pe*

Fig. 2

EFFECTOS DEL INCREMENTO DE ENERGIA  
CARDIACA DEMANDADA SOBRE UN SUPLE-  
MENTO DE SANGRE LOCAL.



Efectos del incremento de energía demandada por el corazón frente al suplemento de sangre local durante el estrés, mostrando una relación lineal de flujo coronario y el consumo de oxígeno miocárdial en el corazón normal, y la falla en el flujo coronario durante la alta demanda de energía en el corazón disfuncional. (FUENTE: Brooks y Gorlin. *Pathophysiological Basis for Abnormal Perfusion and Contraction in coronary artery Disease*. en: Jagmet & Brooks. New York. Futura Publishing Company Mount Kisco. 1980. p.80).

sar de que los individuos con altos porcentajes de colesterol son más propensos a la arteriosclerosis, esta relación no resulta matemática; muchos individuos con alto nivel de colesterol jamás sufren molestia arterial alguna, mientras que, a menudo, individuos con porcentajes muy bajos sí desarrollan la enfermedad.

#### *La Hipercolestolemia Hereditaria.*

Es un trastorno típico genético, relativamente poco frecuente, que se caracteriza por una real elevación del nivel de colesterol en el suero sanguíneo.

#### *El Hipotiroidismo.*

También llamado Deficiencia en la Producción de Hormona Tiroidea, si este padecimiento no se trata a tiempo conduce inevitablemente a la prematura aparición de la enfermedad cardiocoronaria.

#### *La Diabetes Mellitus.*

Es sin lugar a dudas una causa de la enfermedad. Pero, parece muy dudoso que el simple descenso de la tasa de azúcar en la sangre del diabético haga algo por protegerle de la enfermedad arterial coronaria. El exceso de azúcar en la sangre puede ser simplemente el indicador de la existencia de un mayor desorden metabólico.

### *La Hipertensión.*

*La tensión se toma mediante dos índices distintos, uno (sistólico) mayor que el otro (diastólico). El índice sistólico refleja la presión con que la sangre fluye por las arterias a cada nueva contracción o bombeo del corazón. El nivel diastólico, por el contrario, hace referencia a la presión arterial existente cuando el corazón se relaja entre latido y latido. Rosenfeld (1986).*

*Una tensión sanguínea demasiado elevada produce la arteriosclerosis, especialmente en aquellas arterias que riegan cerebro, ojos, riñones, piernas y, probablemente, el corazón. La mayoría de los médicos está de acuerdo en que resulta necesario normalizar toda presión demasiado elevada. Los problemas vienen a la hora de determinar cuál es el grado mínimo para considerar elevada la tensión.*

### *El Tabaco.*

*Constituye probablemente el medio más seguro de sufrir un ataque cardíaco, o cuando menos de acelerar la formación de arteriosclerosis en cualquier parte del cuerpo.*

*No se sabe todavía con certeza cuál es el componente más nocivo del tabaco: la combustión del papel, los alquitranes, las resinas, el monóxido de carbono, la nicotina, las partículas radiactivas o cualquier*

entro de los multitudinarios ingredientes del producto. Sea cual sea su naturaleza, dicho componente tiene el poder de originar ataques cardíacos incluso en organismos sanos y libres de otros factores de riesgo cardíaco. Sin embargo, a pesar de que la relación entre el tabaco y la arteriosclerosis está más que probada, no es siempre exacta; abundan adictos al tabaco sin problemas arteriales e individuos que jamás han probado un cigarrillo y sufren de arteriosclerosis.

#### *La Obesidad.*

En el curso de varias investigaciones se ha puesto de relieve que los adultos cuyo peso excede en un 10% ó más de su nivel ideal sufren una mayor incidencia de trastornos cardiocoronarios y un índice de mortalidad más elevado.

LA CONDUCTA TIPO A COMO FACTOR DE RIESGO  
EN LA AFECCION CARDIOCORONARIA.

Jenkins (1976), publicó una revisión de un grupo de trabajos realizados entre 1970 y 1975, los cuales señalaban la relación de algunas variables psicológicas y sociales con variables de arteriosclerosis y disfunción coronaria.

En ellos se encontró que el trabajo excesivo y las situaciones conflictivas crónicas no han sido estrechamente relacionadas con la disfunción cardioronaria. En contraste, variables de la estructura social, como la movilidad social, migración, nivel de educación y número de eventos de cambio de vida, tienden a ser una causa de desajustes emocionales y concomitantemente asociados con factores de disfunción cardioronaria, señalando que esto puede ser debido a que estos factores socioambientales tienden a afectar sólo a ciertas personas y bajo circunstancias de prolongados desajustes emocionales.

Según algunos estudios revisados por Jenkins (1976), el síndrome de angina de pecho e infarto al miocardio, tienen diferentes precursores psicosociales. La ansiedad y la depresión, la neurosis y los problemas interpersonales son precursores primeramente de angina de pecho pero no de infarto al miocardio. Excepto por algunos estudios so-

bre el disturbio del sueño y para todas las presentaciones de disfunción coronaria.

La evidencia de otras variables en la relación ansiedad-neurosis y vida con problemas de insatisfacción personal, son categorías relacionadas con el infarto al miocardio y son exclusivamente retrospectivas. Las tendencias obsesivas y de sobrecontrol están igualmente relacionadas con el infarto al miocardio.

Un ejemplo de tales investigaciones es la de Bonami y Rimé (1972), quienes en su estudio entrejaron pruebas proyectivas después de 9.7 años de que se había presentado una emergencia de disfunción coronaria a 32 hombres en una clínica. Estas fueron comparadas con historias dadas por 40 sujetos control (manteniendo variables de edad, educación, nivel de ocupación y tiempo en su trabajo). En contraste con este grupo control, se encontró que los hombres con disfunción coronaria mostraron haber desarrollado una gran necesidad de acumulación material y una gran concentración en sus relaciones socioprofesionales a expensas de atención a su familia y recreación personal.

A lo largo de una serie de publicaciones de estudios que relacionan los factores psicosociales con la disfunción cardioronaria, se ha confirmado que estas variables son medibles por más de una aproxima-

*ción. Conjuntamente, la validez de la relación de ciertos factores psicosociales y la disfunción cardiocoronaria, ha sido confirmada en una variedad de diferentes poblaciones. Jenkins (1975) publicó en su revisión un cuadro en el que resume los reportes de varios estudios que, hasta esa fecha, mostraron una asociación entre la ejecución coronaria y un patrón conductual o sus componentes (cuadro 1).*

*Jenkins señala que un mayor desarrollo de este tipo de estudios puede proveer bases suficientes para designar estudios de investigación para comprobar que: "Reduciendo los factores psicosociales relacionados, puede también reducir la morbilidad y mortalidad por disfunción cardiocoronaria" (Jenkins, 1976. p. 108).*

*De esta manera, para la pregunta, ¿cuándo la conducta tipo A no es vulnerable a la disfunción cardiocoronaria?, la posible contestación sería: cuando las personas son ambiciosas y enérgicas, pero instan por satisfacciones intrínsecas contra presiones externas y agresividad. Tienen a controlar su trabajo en lugar de ser controlados por él, saben cuando hay que aceptar lo inevitable, tienen amistades estrechas y buenas relaciones. Los elementos del Patrón de Conducta Tipo A, según estos estudios, son crónicos y de agresividad intensa, aislados sociales, hiperreactivos fisiológicamente, y con un continuo sentimiento de frustración y furia por cuanto está fuera*

SUMARIO DE ASOCIACIONES REPORTADAS ENTRE LA  
DISFUNCION CORONARIA, UN PATRON CONDUCTUAL  
Y ALGUNOS DE SUS COMPONENTES.

ESTUDIO	TIPO	MEDIDAS DE COND. TIPO A. COMPONENTES.		
		Entrevist. estructur.	activid. survey.	Aproxim. Ad. Hoc.
Rosenman.	P	+		
Jenkins	P		+	
B. & Rimé.	P			+ Logro, trabajo envolvente.
Bruhn.	P	+		
Mathews.	P	+		
G. Friedman.	P			-
Theorell.	P			+
Florédus.	P			+ Hostilid. Responsabilid.
Jenkins.	M		+	Presión X tiempo, exceso de trabajo y responsabilidad.
Wardwell & B.	RC			+
Cohen.	RC		+	
Stoknis	RC		+	
Jenkins.	RC		+	
Kenigsberg.	RC		+	
Shekelle.	RC		+	
Ganecina & K.	RC			+ Ambición y responsab.
Thiel.	RC			+ Mov. rápido, esfuerzo excesivo.
Merts & S.	RC			+ Presión X tiempo, responsabilidad.
Theorell & R.	RC			+ Hostilidad frente a la lentitud.
Van Dijil.	RC			+ Sobreactividad
Bengtsson.	RC			+ -
M. Friedman.	AUT	+		
Blumenthal.	AUG	+	-	
Zyzanski.	AUG		+	

Tipo de estudio:

P = Prospectivo

RC = Retrospectivo

AUT= Autopsia (comparación de grupos)

AUG= Estudios Angiográficos (comparación de grupos)

(FUENTE: Jenkins. Journal of Medicine, 1976. V. 294. No. 18. p. 106).

+ ) Indicaciones Positivas

- ) Ausencia (falta de una medida)

+ - ) Resultados Mixtos de la C.T.A

de su control.

El Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre de Estados Unidos (NHLBI), realizó en 1978 una evaluación científica del concepto "Patrón de Conducta Tipo A", concluyendo que:

"Se acepta la evidencia mostrada por un cuerpo de científicos, quienes han demostrado que la Conducta Tipo A es asociada con un incremento en el riesgo de la afección cardiocoronaria en individuos de mediana edad. El riesgo es incrementado por diversos factores; como la edad, la presión sanguínea (sistólica), aumento de colesterol y tabaquismo, y este Patrón Conductual viene a ser del mismo orden y magnitud en comparación con el riesgo asociado con alguno de estos factores. ( Blumenthal y Keeffe, 1982. p. 43 ).

La degeneración arterial está provocada, sin lugar a duda, por uno o más de los factores probables o ciertos enumerados y descritos anteriormente. La mayoría de los sujetos con conducta tipo A mas pronto o más temprano desarrolla o exhibe varios de tales factores. En conjunto, los sujetos "de tipo A" muestran un nivel más alto de colesterol plasmático, una mayor tasa de grasa en el suero sanguíneo, más rasgos

de diabetes o indicios del estado previo a ella, fuman más cigarrillos, realizan menos ejercicio (por que no encuentran tiempo para ello), exigen una sobrefunción a sus glándulas endócrinas de un modo que, lógicamente, acaba dañando sus arterias coronarias, comen alimentos ricos en colesterol y grasas animales y suelen presentar también una presión sanguínea más alta que los sujetos con conducta tipo B. (Friedman y Rosenman, 1973).

La presencia de uno o varios de estos factores en una persona no tiene porqué llevarle necesariamente a convertirse en un individuo tipo A. Así sea cual fuese el efecto del colesterol, por ejemplo, en la acumulación excesiva de la sangre, nunca llevaría a una persona a "desear" conseguir más y más en menos y menos tiempo, ni le haría ser más agresivo y hostil. Por otro lado, estas características de la personalidad sí pueden llevar a un aumento de colesterol y grasa en el suero sanguíneo. E incluso pueden también hacer aparecer los otros factores de riesgo ya descritos, llevando así a la enfermedad coronaria. Esta es la razón de que haya tantas personas "de tipo A" y tan pocas "de tipo B" sufriendo esta enfermedad.

*CAPITULO II.*

*LA CONDUCTA TIPO A  
EN LA PERSPECTIVA PSICOSOMATI CA  
Y MEDICO CONDUCTUAL.*

PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA Y MEDICO CONDUCTUAL.

Debido al alto costo tanto social como personal de la afección cardiorrornaria, el estudio de la personalidad o patrón conductual relacionado con ella cobró un gran interés al interior del área médica relacionada con la psicología.

La gran mayoría de los estudios llevados a cabo con respecto a el Patrón de Conducta Tipo A se encuentran al interior del área Médico Conductual. El término de Medicina Conductual fue formalizado en Yale en 1977, uniéndose a él un grupo de científicos conductuales y biomédicos para dar a conocer sus contribuciones a dicha área:

"Medicina Conductual es el término concerniente al desarrollo de la ciencia conductual, a sus conocimientos y técnicas relevantes para el entendimiento de la salud física y la enfermedad, así como la aplicación de este conocimiento y estas técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación...!" (Keefe & Blumenthal, 1982. p. 3).

Por otro lado, uno de los capítulos más importantes y vastos de la medicina moderna, es el referente a las enfermedades psicossomáti\_

cas. El origen de la medicina psic-somática es anterior al de la medicina conductual y está directamente relacionada al desarrollo del Psicoanálisis. El término "psic-somático" se deriva de los trabajos referentes a la Psyque (mente o alma) y al Soma (referente al cuerpo), lo que sugiere "perteneciente a la mente y al cuerpo" o "de mente y cuerpo".

Originalmente, el modelo "específicamente psic-somático" se refería a que ciertas dinámicas contribuían a específicos desórdenes físicos. A partir de 1977, es reconocido el énfasis de factores psicosociales, a lo que, según su definición de Medicina Psic-somática, envuelve:

"1) El estudio del rol psicológico, biológico y de factores sociales en la homeostasis del hombre; 2) Una aproximación holística para la práctica de la medicina; y 3) Consulta Psiquiátrica". (Keefe & Blumenthal, 1982. p. 4).

De esta manera, y resaltando las diferencias entre estos dos enfoques médicos con respecto al "factor psicológico" de la enfermedad: la medicina Psic-somática enfatiza la etiología y patogénesis de la disfunción y ha sido estrechamente influida por la Teoría Psicodinámica y la Psiquiatría Biológica. La medicina Conductual enfatiza la prevención y tratamiento de la disfunción y ha sido influida más estrechamente por

*las Teorías del Condicionamiento y del Aprendizaje de la Conducta Humana.*

*Dentro de la perspectiva Psicósomática no encontramos alguna referencia específica sobre el Patrón de Conducta Tipo A, no obstante, en su enfoque a la "Enfermedad de la Prisa", encontramos algunos elementos que coinciden con dicha conducta y los cuales describiremos a continuación.*

## ENFOQUE PSICOSOMÁTICO A LA "ENFERMEDAD DE LA PRISA".

Actualmente, la medicina Psicosomática se ha dedicado al estudio de aquellas enfermedades que se consideran como derivadas de las relaciones del individuo ante situaciones de estrés; repentinas, muy frecuentes o muy prolongadas.

De acuerdo al uso común, el término "estrés", equivale a una "carga" o "fuerza externa". Se refiere a la integración entre ciertas fuerzas o estímulos externos y las posibilidades del organismo de acoplarse a ellas o resistirse, y cuya experiencia pasada es importante.

"La magnitud de la fuerza externa y la capacidad del organismo para tolerar los cambios que ésta suscita en él, determinan el reestablecimiento de la homeostasis, o bien, una ruptura irreversible del equilibrio y hasta la muerte". (De la Fuente, 1959. p. 21).

Los candidatos a padecimientos psicosomáticos, según este enfoque, son sujetos que se encuentran, en el 90% de las veces, en situaciones que engendran una continua tensión nerviosa; vida muy irregular, muchas horas suplementarias de trabajo, señales de angustia, inseguridad, insomnio, etc.

Entre los predispuestos a infarto se encuentran, igualmente, personas que ocupan puestos de Dirección, de gran responsabilidad, que avanzan siempre sin reparar en obstáculos, que tienen la mala costumbre de no tomarse ni el fin de semana de descanso, ni de gozar de vacaciones porque "tienen" que hacer guardias, dejándose encadenar por su trabajo, por sus ocupaciones profesionales, sindicales y otras que se crean ellos mismos con frecuencia. (Diez. 1975).

La presencia del factor psicológico es una constante en la aparición de muchas enfermedades, sobre todo cuando, por diversas circunstancias, se altera el equilibrio de vida. La periodicidad de las funciones fisiológicas es un fenómeno bien conocido, ya se trate de la alternancia de los períodos de vigilia y sueño, de la contracción cardíaca, la actividad de las glándulas, etc., se observa siempre una sucesión rítmica de ciertos fenómenos específicos de actividad y descanso.

El ritmo consiste en una sucesión regular de fases excitantes e inhibitorias del proceso nervioso. Sabemos por experiencia, lo difícil que es cambiar de ritmo de actividad adaptado y mantenido durante tiempo. Gracias a su adaptabilidad, el organismo puede realizarlo con éxito una ó dos veces, incluso muchas, pero si el cambio se produce frecuentemente y de una manera irregular, el equilibrio nervioso es

afectado; apareciendo alteraciones del sueño, fatigabilidad excesiva, irritabilidad, nerviosismo, ansiedad, tendencia a la agresión, trastornos de tensión muscular, digestivos, angina de pecho, infarto, hipertensión arterial, etc. ( Diez, 1975).

Resulta mucho más difícil de producirse la inhibición o relajación cuando se está excitado, que efectuar una transición a la inversa; la inhibición es, por naturaleza, un proceso extremadamente débil y lento, mientras que la excitación es fuerte, rápida y estable (el sujeto se "acelera").

Cuando una célula o un organismo responde a una excitación con una reacción adecuada, se habla de adaptación o correspondencia armónica. La reacción, según Diez, puede manifestarse en dos formas fundamentales:

- A) La Variante Positiva: Se entiende por tal toda forma de reacción a una excitación cuya amplitud es excesiva.
- B) La Variante Negativa: Se entiende por tal toda forma de reacción a una excitación cuya amplitud es de pequeña magnitud.

Al parecer, el organismo, en todas sus reacciones, puede elegir entre la variante positiva (aumento de amplitud) y la negativa (disminución de

amplitud), las dos variantes nada tienen de patológico en sí y sólo reflejan el poder de adaptación de un organismo.

Cuando un circuito de regulación no consigue restablecer el equilibrio, se procura enseguida encontrar la compensación a otro nivel de adaptación. Un sistema "ultraestable" se caracteriza por que, en lugar de un campo crítico en el que no es posible la compensación, puede poner a contribución otro campo en el que sí resulte posible realizarla. Esta "ultraestabilidad" es la base de toda autorregulación eficaz de las funciones biológicas, es ella la que confiere al sistema neurovegetativo la capacidad de compensar cualquier estrés. Un trastorno neurovegetativo sólo se convierte en enfermedad en el momento en que irradia a la esfera afectiva del individuo.

Así, la variante positiva sólo se vuelve patológica en el momento en que excede apreciablemente la duración de la excitación y de la recepción o que la estimulación continúa. La formación reticular por un flujo constante de aferencias acarrea una elevación general de la actividad cortical, afectiva, neurovegetativa y medular, es decir, se fija. (Diez, 1975).

Estos conceptos de psicopatología polar parecen importantes por

ser condición de una terapéutica dirigida. La variante positiva es una forma de reacción biológica, el síntoma positivo un signo de enfermedad. La ira, en cuanto emoción, es una variable positiva, y la ansiedad, como estado permanente, un síntoma positivo. La variante positiva resulta pasajera, y el síntoma positivo, durable.

Las características presentadas por el síntoma positivo son: conciencia clara, hiperagilidad, exceso de celo, agitación, rapidez intelectual, mayor capacidad de asociación, fuga de ideas, impulsión aumentada, humor irritable, excitación, deshinibición, falta de sentido crítico, ansiedad, insomnio, taquicardia, sudores, aumento del metabolismo basal, hipertensión, aumento del tono muscular, posturas rígidas, fisonomía tensa, mayor necesidad de comunicación y contactos humanos, etc.

Dentro de las características del síntoma de excitación se encuentran, según Diez: reacciones siempre inadecuadas que van más allá de su objetivo. Se encuentra en un estado de hipertensión neurovegetativa y afectiva que cualquier nueva excitación exaspera, impulsándolo a un aumento de actividad. La aberración persistente de su conducta significa que la formación reticular no puede inducir en él, de un modo suave, una compensación armónica. El umbral de excitación reticular en

este enfermo aquejado del síndrome de excitación, está abatido, de modo que toda excitación, incluso infraliminar, desencadena una reacción excesiva (variante positiva) y provoca una reacción de alerta permanente en las esferas vinculadas a la formación reticular. Este ascenso del umbral de excitación de la formación reticular, hace que las esferas afectiva y neurovegetativa se activen recíprocamente, lo que constituye el fenómeno básico de la distonía neurovegetativa y de la neur-sis.

Así pues, este síndrome refleja una perturbación de la conducta debido a una alteración funcional de la formación reticular del tronco cerebral. Al ser deficiente la comunicación entre los circuitos funcionales cortical, afectivo, neurovegetativo y medular, el organismo no consigue adaptarse como debiera a los múltiples estrés ambientales. De esta manera, todo influjo permanente de aferencias, cualquiera que sea su origen, puede encontrar una insuficiencia de las capacidades de adaptación del organismo, como:

- A) La excitación óptica y acústica que abrumba al ambiente de las grandes ciudades,
- B) La convivencia de muchos individuos en espacios reducidos, en el hogar o el trabajo, que implica ruido y aumento de contactos afectivos.

- C) La angustia existencial que engendra la inestabilidad de la época en que vivimos.
- D) El hombre moderno, en su elevada productividad, que vive y trabaja a ritmo intenso, ha de desarrollar, para mantener éste, una considerable actividad que, a través del juego de las comunicaciones reticulares, origina una elevación global de su nivel de actividad, y
- E) A estos factores colectivos, se agregan los individuales, como una tensión afectiva particularmente marcada en el medio profesional o familiar, infecciones crónicas o afecciones focales. En la pubertad y en la menopausia, etapas en las que el organismo moviliza su potencial biológico para asegurar la estabilidad del medio interno que es muy lábil en esos procesos críticos. (Diez, 1975).

Por otra parte, se ha comprobado que una reacción de estrés, va siempre acompañada de una descarga de hormonas segregadas por las glándulas suprarrenales: adrenalina y noradrenalina. Se ha podido testimoniar la importancia de la extrema frecuencia de las diarias "micro-agresiones", íntimamente ligadas a las condiciones de vida profesional, social, familiar, etc. Además, se ha comprobado que las descargas repetidas de adrenalina y noradrenalina ejercen acción sobre las arterias, dañándolas a la larga seriamente.

El Dr. Rosenfeld (1986), señala que una personalidad como la del

individuo "tipo A", está expuesta a un estrés crónico que le lleva a percibir la vida como una perpetua situación de urgencia.

"En el transcurso de la evolución, las primeras formas humanas se han visto frecuentemente envueltas en situaciones de emergencia física, por ejemplo, al ser amenazadas por algún depredador o enemigo. En tales situaciones de vida o muerte, sólo había dos alternativas: la lucha o la huida, opciones ambas para las que se precisaba una descarga suplementaria de adrenalina. De optar por la huida, la adrenalina aporta la fuerza y energía necesarias para escapar con rapidez. La elección de la lucha comportaba un riesgo primordial: el desgarramiento mortal producido por alguna herida del enemigo.... La secreción suplementaria de adrenalina en una situación violenta, constituye una protección natural contra los riesgos de una hemorragia. Las situaciones de emergencia tenían corta duración; el hombre huía del peligro, o bien, se le derrotaba en la lucha por la supervivencia. En cualquiera de las dos circunstancias, el fin del peligro suponía la normalización del suministro de adrenalina, cuyo nivel se mantenía estable hasta la próxima emergencia" (p. 190).

Los peligros reales o imaginarios que acechan al hombre moderno

tienen, en la mayoría de los casos, una naturaleza psicológica o emocional. Tales amenazas no son tan breves ni evidentes como las que amenazaban al homínido. El organismo, sin embargo, no es capaz de hacer dicha distinción y responde a la perpetua emergencia bajo la que vive el individuo con conducta tipo A como si ésta fuera, efectivamente, cuestión de vida o muerte. Una serie de complicadas reacciones hormonales, entre las que se incluye la segregación de adrenalina, entran en funcionamiento sin que, de hecho, se detengan jamás. El efecto final de la crónica sobreadrenalización se traduce en el estreñimiento de los vasos sanguíneos y una tendencia a la coagulación de la sangre. Esto le resultaba extraordinariamente útil al homínido, pero en una ciudad la consecuencia más probable es un ataque cardíaco. (Rosenfeld, 1986).

La perspectiva psicosomática, en su marco de salud-enfermedad, señala que uno de los principales problemas que comporta, lo que la Medicina Conductual ha llamado Patrón de Conducta Tipo A, es el progresivo trastorno de la "capacidad de adaptación" de quienes lo poseen, a las nuevas exigencias que conllevan los cambios constantes de la sociedad contemporánea pues, "la salud del individuo está íntimamente ligada a las experiencias de adaptación impuestas por el medio". (Diez, 1975. p. 30).

Según esta perspectiva, es imposible acelerar el ritmo de vida sin

provocar importantes cambios en la química sanguínea corporal. Al acelerarse el cambio científico, tecnológico y social, se juega con la química y con la estabilidad de la raza humana. Sin embargo, hay que señalar que esto no es necesariamente negativo pues, irónicamente, nadie puede vivir sin experimentar cierto grado de cambios frecuentes, pues la vida misma es cambio constante y requiere de adaptaciones constantes.

No obstante, según esta perspectiva, la adaptabilidad tiene sus límites, pues no somos infinitamente elásticos. Cuando la carga es demasiado grande para esta capacidad, su consecuencia es el desequilibrio del proceso psicosomático a través de la manifestación de entidades psicosomáticas físicas, por lo que señala que la terapia psicosomática vendría a enfatizar entonces la importancia de la Dinámica de lo psíquico, la cual señala que es preciso descubrir los móviles de las actitudes erróneas del sujeto, considerado ya sea en grupo o individualmente, si se quieren corregir tales actitudes con éxito.

ENFOQUE MEDICO CONDUCTUAL  
AL PATRON DE CONDUCTA TIPO A.

Como se mencionó al inicio de este capítulo, la mayoría de los estudios referentes al Patrón de Conducta Tipo A propiamente dicho, se han llevado a cabo al interior de la perspectiva médico conductual. La aplicación práctica de los conceptos de evaluación y tratamiento de la ciencia conductual, ha permitido la inclusión de éstos a la definición de la medicina conductual, extendiendo la aplicación de dichas técnicas a los desórdenes médicos.

Dentro de esta perspectiva, Blumenthal y Keefe (1982), se refieren al Patrón de Conducta Tipo A, como referente a:

*"Una constelación de excesos conductuales característicos, entre los que se incluye el manejo de una competitividad excesiva, un deseo persistente de reconocimiento y ventaja personal, resaltando la agresividad y la hostilidad continuamente envueltas en múltiples funciones subjetivas a plazos, y una tendencia a acelerar su nivel de vida. Su contraria, el Patrón de Conducta Tipo B, es definida como una ausencia relativa de estas características. La conducta tipo A no es sinónimo de 'personalidad' o 'reacción estresante', pero sí se refiere a la producción de una diferencia*

*individual característica y a factores situacionales específicos"*  
(p. 43).

Nick Gallo (1988), señala que la conducta tipo A es inducida por el estrés crónico, las personas con este patrón conductual, comen más rápido, interrumpen a otros con frecuencia, se exigen más de lo que su capacidad puede dar y sienten culpabilidad por la pérdida de tiempo, lo cual dispara su hostilidad, que a su vez, crea más tensión y estrés.

Haciendo referencia a la relación de este patrón conductual con la afección cardiovascular, Spielberger señala que la agresividad, en todas sus formas, es la que conecta dicha relación. Llamó a esta forma de agresividad, el síndrome de AHA: Agresividad (un estado de excitación que va de la irritabilidad a la furia), Hostilidad (actitudes negativas; como el odio, resentimiento y cinismo) y Agresión (acciones sobre antagónicas). (Tavris, 1984).

Siguiendo esta misma línea, Williams aduce que la hostilidad es, en verdad, la "gran culpable". Para él, la hostilidad consiste de dos elementos: una actitud de desconfianza cínica con respecto a los móviles de la demás gente, y una disposición para expresar que los menosprecia;

*"El empeño en el trabajo y los plazos cortos están bien, pero*

amedrentarse o arrebatarse por tener un trabajo duro y delicado, no lo es. Competir dando lo que se puede dar, está bien, el competir para conseguir dejar atrás a alguien... no lo es. Irritarse porque el elevador está descompuesto, está bien, patear el elevador hasta romperse un pie o hacer escándalo al operador, no lo es. Sentir furia cuando chocan su auto frente a usted, está bien, perseguir el carro, cerrándosele y amenazando con matar al conductor, no lo es" (Tavris, 1984. p. 132).

En 1974, Siterwitz estudió las actitudes con estilo explosivo y las respuestas cardiovasculares típicas de la conducta tipo A. Con tal fin, algunos estudiantes fueron exortados a hablar sobre algún incidente en que haya aparecido la agresividad. Se encontró que la presión de la sangre fue mucho más alta para estudiantes que frecuentemente usaron autorreferencias: "Yo", "Mi", "Mío", etc., y mostraron una autofocalización mayor que los demás. En subsiguientes estudios, en que se incluyeron pacientes con afección cardiocoronaria, se observó que estas características predecían la probabilidad de tener un segundo ataque cardíaco, que los pacientes con mayor autofocalización tenían disfunciones más severas en las arterias coronarias y que, casos extremos, presentaban el doble de disfunción cardiocoronaria. (Tavris, 1984. p. 132).

Según los investigadores, la agresividad y la autofocalización son básicamente la misma cosa. La agresividad es, después de todo, una expresión de auto-compasión, auto-perjuicio o autorrectitud; "¿cómo pudo hacerme ésto a mí?", "¿quién es para hablarme de ésta forma?". La agresividad y la autofocalización están relacionadas con la afección cardiorronaria, esta relación está dada por la determinación de controlar muchas cosas y la ansiedad por eventos que están fuera de su control. Williams especula que "es probable que la hostilidad sea la base de la necesidad de control; esto es, cuando se desconfía de los otros, se tiene una gran necesidad de ejercer algún control sobre ellos". (Tavris, 1984, p. 132).

El producto del control es en Norte América, y el Occidente, como el sueño logrado. La psicología americana favorece el "control primario", que con respecto a la idea de que algunas cosas son "malas" o "indeseables", señala: "Usted puede arreglar ésto, librar ésto, eliminarlo". El "control secundario" es la estrategia que favorece la tradición Oriental. Respecto a la misma idea, dice: "Usted puede aceptar esto, ignorarlo o vivir con ello" (la psicología Japonesa es asumida de lo "primario" a lo "secundario"). Naturalmente, la psicología americana observa al control primario como el camino a la "salud" y la "sanidad", ya que, después de todo, la confianza en el control primario es lo que le ha permitido su desarrollo en general.

Sin embargo, los investigadores del estrés han señalado que el "control primario" no es tan benéfico como se piensa. La pregunta sería, ¿control sobre qué?. Es bueno tener el control de un problema si uno se siente incapaz de solucionarlo, tener responsabilidad sobre un evento que no se puede evitar. Pero esforzarse por controlar lo incontralable puede tener el efecto contrario, causando sentimientos de incapacidad y ansiedad que sólo pueden producir un gran estrés fisiológico.

Cuando los estudios realizados aluden al estrés como factor predominante, generalmente son referidos a tres tipos de formulaciones:

- 1) La más frecuente, referente a cierta clase de eventos del medio ambiente que son impuestos y que ejercen determinadas demandas al individuo;
- 2) conjuntamente, el estrés es referido a la respuesta del individuo ante dichas demandas; y
- 3) finalmente, el estrés ha sido conceptualizado en términos de las relaciones transaccionales entre el medio ambiente y el individuo.

El estrés referente a un evento medio ambiental, o crisis sobre el individuo, es referente a eventos como: fuertes presiones, cambio de residencia, impresiones, etc. Las respuestas del individuo ante las demandas del medio, se conceptualizan como respuestas fisiológicas; individuales o sociales. La tercera aproximación, explicita su focaliza-

ción sobre la mediatización de procesos psicológicos: el estrés se refiere aquí a una transacción entre un sistema (individual, biológico o social) y su medio ambiente. (Kenneth, 1979).

Así, el estrés no solamente es definido por las demandas adaptativas que confronta el individuo, o solamente en términos de la respuesta individual a esas demandas, sino por ambos factores mediatizados por procesos cognitivos. La tesis básica de esta aproximación es que este proceso de mediatización influye profundamente en el estado fisiológico del organismo y, por lo tanto, en el desarrollo de desórdenes relacionados con el estrés.

El cuerpo de investigaciones sobre el estrés humano ha señalado también, que los efectos de las demandas medio ambientales sobre los individuos no son uniformes;

"La exposición a una estimulación aversiva y a varias presiones sutiles del medio ambiente, muestran consecuencias diferentes en los sujetos que son expuestos a ellas. Los factores de personalidad, como el de la Conducta Tipo A, y las condiciones sociales, como la afiliación a un grupo determinado, pueden atenuar o exacerbar el valor funcional de los estresores particulares". (Novaco, 1979. p. 247).

Desde el punto de vista psicológico que enfatiza el rol de los procesos cognitivos, el estrés es construido como resultado de la percepción de las demandas del medio ambiente, desproporcionalmente grandes en comparación a los recursos que se poseen para satisfacerlas. En el análisis de la mediación cognitiva de las respuestas de estrés, se ha utilizado con frecuencias el concepto de "control".

"El sobrecontrol estresante puede ser entendido en términos de una probabilidad subjetiva de ejercer influencia u obtener reforzamiento de una situación en la cual se está expuesto a una determinada demanda medioambiental. Esta expectativa de eficiencia, puede permitir la regulación del estrés mismo, de las condiciones a las que se está expuesto, o de las respuestas psicológicas y fisiológicas ante dicha exposición. La otra instancia de la terminología de 'control', perteneciente al estrés, es el 'foco de control', que viene a ser un constructo de expectativas". (Norvaco, 1979. p. 249).

Con respecto a la experiencia del medio ambiente demandante, el individuo anticipa o especula acerca de la demanda y de su ejecución ante ella. En una secuencia temporal, este es el estado de actividad cognitiva que se presenta primero. Cuando la demanda ocurre, ésta es interpretada inmediatamente. De una forma similar, el sujeto

aprecia su ejecución en respuesta a la demanda. En realidad, este proceso es mucho más complejo, pero podría servir como dispositivo de explicación de algunos fenómenos en que se interrelacionan la personalidad y los procesos cognitivos en estrés, como es el caso del Patrón de Conducta Tipo A, en donde se hace frente a un mayor estrés como forma característica de intentar controlar la ejecución por encima de la estimulación aversiva.

"La urgencia por tiempo, la competencia excesiva y la hostilidad generalizada en los individuos con un Patrón Conductual Tipo A, pueden ser apreciaciones que, a su vez, resultan de altas expectativas de éxito y de una apreciación hostil de las personas o condiciones que intervienen en su logro personal. El Patrón Conductual Tipo A también se fundamenta en la mediatización de la experiencia ... de estresores naturales. La investigación sobre la congestión del tráfico, por ejemplo, realizada por el autor y sus colegas, ha dejado ver que las dimensiones del patrón conductual de afección cardiocoronaria y sus expectativas, son mediadores significativos de las reacciones de estrés inducidas por condiciones como las que nos impiden transitar diariamente ..." (Novaco, 1979. p. 252).

Debido al alto costo, tanto social como personal de las afecciones cardiorrenales, se originó el interés por el desarrollo de diferentes técnicas de evaluación y tratamiento psicológicos con respecto al Patrón de Conducta Tipo A, revisaremos a continuación las más comunes.

## EVALUACION DE LA CONDUCTA TIPO A.

*Dentro de la evaluación de este patrón conductual, la Entrevista Estructurada ha sido la mayormente utilizada. Fue diseñada por Friedman y Rosenman en sus estudios sobre la prevalencia del Patrón de Conducta Tipo A en el hombre y la mujer. (Chesney, Eagleston y Rosenman, 1981).*

*El contenido de esta entrevista enfatiza el historial de salud y estatus del individuo, e incluye preguntas sobre el fumar, el trabajo, el ejercicio, el sueño y hábitos alimenticios, y paralelamente, su historia de afección cardiocoronaria. Se basa no sólo en el contenido de las respuestas del individuo, sino también en la presencia o ausencia de conducta tipo A en el transcurso de la entrevista (ya que el patrón conductual incluye tanto conducta verbal como no verbal).*

*La Entrevista Estructurada se basa en la presencia o ausencia relativa de características conductuales específicas de la conducta tipo A y tipo B. (El cuadro 2 resume las conductas que abarca la descripción clínica de los patrones conductuales tipo A y tipo B).*

PERFIL DEL PATRON TIPO A Y TIPO B.

<u>CARACTERISTICAS</u>	<u>TIPO A</u>	<u>TIPO B</u>
<u>Habla.</u>		
<i>Tasa.</i>	<i>Rápida.</i>	<i>Lenta.</i>
<i>Producción de Palabras.</i>	<i>Contestaciones con palabras únicas y aceleración al final de la oración.</i>	<i>Contestaciones con pausas o separadas.</i>
<i>Volúmen.</i>	<i>Fuerte, constante.</i>	<i>Bajo, modulado.</i>
<i>Cualidad.</i>	<i>Vigorosa, breve y concisa.</i>	<i>Tenue.</i>
<i>Entonación/Inflexión.</i>	<i>Abrupta, habla explosiva, énfasis en palabras.</i>	<i>Monótona.</i>
<i>Latencia de respuesta.</i>	<i>Contestaciones inmediatas.</i>	<i>Pausas al contestar.</i>
<i>Longitud de respuesta.</i>	<i>Cortas, al punto.</i>	<i>Largas, ampliadas.</i>
<i>Otras.</i>	<i>Palabras eclipsadas, omitidas, repetidas.</i>	

---

**CARACTERÍSTICAS****TIPO A****TIPO B**

---

Conductas.*Señalamientos.**Frecuentes.**Raros.**Postura.**Tensa; sobre la orilla de  
la silla.**Relajada, comfortable.**Comportamiento general.**Alerta, intenso.**Calmado, atento.**Expresión facial.**Tensa, hostil, muecas.**Relajado, cordial.**Sonrisa.**Lateral.**Abierta.**Risa.**Estridente, chillona.**Risa contenida, suave.**Apretarse las muñecas.**Frecuente.**Raro.*Respuestas a la Entrevista.*Interrumpir al entrevistador.**Frecuente.**Raro.**Regresar a subsecuentes  
previos cuando interrumpió.**Frecuente.**Raro.**Apresurarse a terminar la  
pregunta del entrevistador.**Frecuente.**Raro.*

<i>CARACTERÍSTICAS</i>	<i>TIPO A</i>	<i>TIPO B</i>
<i>Uso del humor.</i>	<i>Raro.</i>	<i>Frecuente.</i>
<i>Expresiones al entrevistador.</i>		
<i>('si, si" , "m, m, ").</i>	<i>Frecuente.</i>	<i>Raro.</i>
<i>Competencia por controlar la entrevista.</i>	<i>Con una variedad de técnicas; interrupciones, expresiones verbales, comentarios extraños, contestaciones rápidas o evasivas, preguntas o correcciones al entrevistador.</i>	<i>Raro.</i>
<i>Hostilidad.</i>	<i>Demostración abierta durante la entrevista, mostrando aburrimiento, fastidio, condensación y autoritarismo.</i>	<i>Ninguna.</i>

<u>CARACTERÍSTICAS.</u>	<u>TIPO A.</u>	<u>TIPO B.</u>
<u>Contenidos Típicos.</u>		
<i>Satisfacción en su trabajo.</i>	<i>No, quiere cambiarlo.</i>	<i>Sí.</i>
<i>Ambiciones.</i>	<i>Poseer, ganar a otros.</i>	<i>Ninguna en particular.</i>
<i>Sensación de urgencia por tiempo.</i>	<i>Sí.</i>	<i>No.</i>
<i>Impaciencia.</i>	<i>Espera fastidiosa.</i>	<i>No se frustra o enoja.</i>
<i>Competencia.</i>	<i>Gozo por la competencia de habilidad.</i>	<i>Raramente entra en competencia. No medra de ella.</i>
<i>Pensamientos y actitudes polifacéticas.</i>	<i>Dos ó más al mismo tiempo</i>	<i>Raro, ó dos (uno a la vez).</i>
<i>Hostilidad.</i>	<i>En el contenido y estilo. Res_ puestas de argumentación, cua_ lificación excesiva y generaliza_ ciones.</i>	<i>Raramente presenta en al_ gún contenido.</i>

(Fuente: Chesney, Eagleston & Rosenman. Type A Behavior Assessment and Intervention. Academic Press 1981. pp. 21-22).

La clasificación de las respuestas se lleva a cabo en un sistema de cuatro puntos categóricos:

"A\_1: Exhibición completamente desarrollada del Patrón de Conducta Tipo A;

A\_2: Exposición incompleta (ejem: poco extrema);

B : Exposición ausente de la Conducta Tipo A;

X : Exposición equivalente a los componentes característicos Tipo A y Tipo B." (Blumenthal y Keefe, 1981, p. 70).

Después de conducir la Entrevista Estructurada a la manera habitual, la entrevista es completada con un "feedback", en donde los sujetos son sometidos a algunas preguntas sobre su experiencia en la entrevista (ejem: ¿qué le pareció la entrevista?, ¿le causó molestias alguna parte de ella?, ¿cuál?, ¿por qué?).

En general, esta entrevista contiene preguntas acerca de tres temas que se consideran importantes para el patrón conductual:

A) El grado de ambición, B) el grado de competitividad, agresividad y sentimientos hostiles, pasados y presentes, y C) el grado de urgencia por tiempo.

Para Blumenthal y Keefe (1982), el método de entrevista permite flexibilidad y es generalmente reconocida como la medida más válida para detectar la conducta tipo A. Sin embargo, requiere de entrenamiento para su administración y clasificación y es un procedimiento global y subjetivo. Para ellos, el instrumento psicométrico más válido es el "Jenkins Activity Survey for Health Prediction" (JAS), que es un inventario (autoreporte), que originalmente fue desarrollado para ser empleado en el "Western Collaborative Group Study de Rosenman en 1964".

Esta técnica fue desarrollada de un grupo de preguntas basadas en los cuestionamientos de la Entrevista Estructurada y la experiencia clínica. Los ítems fueron seleccionados para el JAS en función de su habilidad para discriminar entre los individuos clasificados por la Entrevista Estructurada con patrones tipo A o tipo B; y ha sido refinada para componerse de la escala tipo A y tres subescalas de "factores analíticamente derivados: rapidez e impaciencia, trabajo envolvente y ejecución del corazón".

Algunos investigadores han examinado las diferencias entre sujetos tipo A y tipo B en cuanto a su reactividad fisiológica ante la exposición a cambios de tareas estresantes. En un estudio, en el cual fueron utilizadas tanto la Entrevista Estructurada como el JAS para evaluar el pa-

trón conductual, los rangos de la Entrevista Estructurada fueron significativamente relacionados con la reactividad fisiológica, mientras que las medidas escalares del JAS no mostraron lo mismo (Chesney, Egleston y Rosenman, 1981.).

Un gran número de autoreportes y cuestionarios escritos se han correlacionado significativamente con la Entrevista Estructurada y prometen ser buenos procedimientos de evaluación de la conducta tipo A. Sin embargo, ninguno de estos cuestionarios han sido fundamentados para tener validez predictiva de la evaluación global del patrón conductual en que es basada la Entrevista Estructurada.

## MODIFICACION DE LA CONDUCTA TIPO A.

El maximizar los conocimientos sobre los efectos que intervienen en el Patrón de Conducta Tipo A, depende de hacer los progresos necesarios y de desarrollar la clarificación de este patrón conductual, sus medidas y mecanismos por los cuales se producen sus efectos.

Lo primero, según Chesney, Eazleton y Rosenman (1981), es la identificación de bloques conductuales sobre los cuales se va a intervenir. El Patrón de Conducta Tipo A es una constelación de características descriptivas, pero hay dos tipos de aproximación conductual para la intervención del patrón conductual:

- A) La alteración de la constelación de características, usando una aproximación dirigida a cambiar la mayoría de características posibles;
- B) El cambio sólo de la característica que es responsable del incremento de la propensión o agudez de la afección coronaria.

La primera estrategia es un cambio global de los estilos de conducta tipo A, y no todas las características tipo A han mostrado su asociación con las disfunciones cardíacas.

*En una investigación para identificar cuáles características del patrón conductual se relacionan con las deficiencias coronarias, se llevó a cabo una intervención global que se vió acompañada de varias dificultades en la tarea de cambiar los estilos conductuales, sin embargo, se pudieron eliminar varias características tipo A, pero sin alterar las deficiencias coronarias de los individuos. (Chesney, Eagleston y Rosenman, 1981).*

*La segunda aproximación a la intervención de la conducta tipo A se basa en la evaluación. Estas medidas son requeridas para determinar la efectividad de alguna intervención; sin embargo, las medidas más importantes para la modificación de la conducta tipo A: la morbilidad y la mortalidad actual por deficiencias coronarias, no son prácticas para los estudios de intervención.*

*En investigaciones sobre la intervención de la conducta tipo A, se han utilizado evaluaciones de otros factores de la deficiencia cardiocoronaria como medidas; presión de la sangre, nivel de colesterol y triglicéridos. Algunas de éstas son candidatas definitivas para su inclusión en una batería de evaluación, pero algunas de ellas no son tan sensitivas a las medidas conductuales tipo A, ya que se ha mostrado que ésta acarrea deficiencias cardíacas independientemente de estos factores. (Chesney, Eagleston y Rosenman, 1981).*

Roskies y Cols., compararon un grupo de intervención recibiendo psicoterapia con un grupo que recibió intervención conductual. El tratamiento psicoterapéutico fue conducido por dos terapeutas orientados psicoanalíticamente y enfocados a la modificación de la necesidad de la conducta tipo A para mantener y controlar su medio ambiente. El grupo de terapia conductual estuvo enfocada en la enseñanza a individuos tipo A, para modificar su conducta en respuesta al estrés, específicamente, fueron entrenados para emplear Relajación progresiva, seguida de Relajación Muscular Abreviada (cuello, hombros, espalda y ejercicios de mantenimiento). Después de adquirir estas habilidades, fueron entrenados en procedimientos de Relajación de Emergencia (relajación en situaciones sumamente estresantes). (Chesney, Eagleston y Rosenman, 1981).

Siguiendo el curso de catorce semanas de terapia, se comparó la efectividad de los tratamientos sobre algunas medidas. Ambos grupos mostraron reducciones significativas en la presión sanguínea, nivel de colesterol, sensación de prisa por tiempo autoreportada, así como de una serie de síntomas psicológicos autoreportados (no se menciona qué tipo de síntomas).

Según Chesney y Cols. hay dos dificultades asociadas a la investi-

gación anterior. Primeramente, la ausencia de grupos de control (lo que dificulta la interpretación de efectos similares de las dos terapias). La reducción del colesterol y los cambios en el auto-reporte sugieren que la conducta tipo A y la deficiencia cardiocoronaria pueden ser susceptibles de cambio. La segunda dificultad es que numerosas medidas no incluyen un parámetro adecuado para evaluar los cambios de la conducta tipo A. Esto es, son medidas que no necesariamente reflejan su mejoramiento.

Así pues, la falta de medidas adecuadas, hace difícil la evaluación de la intervención o la interpretación de sus resultados. Estos problemas son mayores si hay interés, por ejemplo, por la intervención de la conducta tipo A en la mujer y el niño, grupos en los cuales la Entrevista Estructurada y el JAS no han mostrado claramente la predicción de deficiencias cardíacas.

Entre los tratamientos específicos mayormente utilizados se encuentran los siguientes:

#### BIOFEEDBACK.

Es usado para enseñar a los individuos a controlar sus respuestas fisiológicas en situaciones típicamente problemáticas fuera del laboratorio.

*Sin embargo, como señala Kenneth (1979), si las respuestas de estrés son altamente dependientes de las respuestas cognitivas y conductuales, como resultado de las demandas del medio ambiente, es difícil proveer un control específico sobre las respuestas fisiológicas sin la alteración de la transacción del individuo con su medio ambiente. Los síntomas pueden ser modificados más efectivamente por la alteración de demandas del medio ambiente y las respuestas cognitivas y conductuales que éste demanda.*

*En muchos casos, el entrenamiento en Biofeedback puede ser efectivo porque está indirectamente inducido a pacientes con una alta reacción de dichas respuestas al interactuar con su medio ambiente, no porque éste esté controlado directamente por sus respuestas fisiológicas.*

#### **MANTENIMIENTO DEL ESTRÉS.**

*La mayoría de los individuos con conducta tipo A se caracterizan, como se ha venido señalando, por el estrés autoimpuesto y por su tendencia a responder de una forma inadecuada al estrés incontrolable, por lo que los procedimientos de mantenimiento del estrés han sido recomendados a este tipo de individuos.*

*Esta aproximación consiste en estrategias de entrenamiento en rela*

jación y enfrentamiento cognitivo para reducir la impulsividad automática. Estas habilidades ayudan al individuo con conducta tipo A a modular sus respuestas ante situaciones estresantes. Como consecuencia de lo anterior, las reacciones mal adaptadas pueden ser aminoradas sin cambios en las aspiraciones de vida del individuo. Conjuntamente, su percepción ante situaciones amenazantes puede ser cambiada; lo cual es acompañado de la ayuda al individuo para reaccionar de una forma más racional y a adoptar posiciones más constructivas ante situaciones estresantes. (Frollick, Glottlieb y Fowler, 1981).

En la mayoría de los tratamientos de este tipo, sus componentes son consistentes de los siguientes puntos de tratamiento, según Kemeth, (1979):

A) Una explicación al paciente sobre su situación, quien tiende a atribuir sus respuestas de estrés a respuestas cognitivas específicas y a deficiencias conductuales que van dirigidas hacia estímulos externos o disposiciones complejas inherentes. Algunos pacientes atribuyen sus respuestas, típicamente, a procesos externos o inadecuaciones personales globales. La tarea del terapeuta es presentar al paciente una alternativa convincente sobre la visualización de su situación, enfatizando estas variables cognitivas y conductuales que están potenciales.

mente bajo el control del paciente. Los ejemplos didácticos; como una forma más personal de ilustrar la experiencia del paciente y el terapeuta, exponiendo la variedad de formas específicas de pensamientos o conductas que pueden exacerbar las respuestas de estrés del paciente.

- B) *La instrucción es provista en el automonitoreo de las respuestas de estrés, de esta manera, el paciente aprende a identificar las elicitaciones específicas de estímulos y sus correspondientes respuestas de estrés, tanto cognitivas como conductuales. La tarea terapéutica en este punto, es asistir al paciente en la identificación de patrones cubiertos o eventos encubiertos que regulan, preceden, acompañan y siguen a las interacciones estresantes. El paciente es instruido en el registro de los detalles de las interacciones estresantes que eliciten eventos y respuestas cognitivas y conductuales, y revisa imaginariamente éstas y otras situaciones estresantes, describiendo su o sus pensamientos y reacciones, de tal forma que sus relaciones entre respuestas cognitivas y conductuales puedan ser identificadas.*
- C) *Instrucción didáctica, Modelamiento y Práctica graduada: se llevan a cabo para enseñar al paciente formas alternativas de guiarse en situaciones estresantes. Las estrategias conductuales pueden envol*

ver, primeramente, cambios conductuales (ejem: cambios en la interpretación o diálogo interno). Estas estrategias son sugeridas, inicialmente, con el fin de que dichas habilidades puedan ayudarle a mantener lo aprendido y a hacer a un lado las respuestas estresantes todos los días, sin asistencia terapéutica.

En la "Conducta Tipo A y su Corazón" (Friedman y Rosenman, 1973), proveen sugerencias basadas en su experiencia clínica, para modificar el Patrón de Conducta Tipo A. Ellos recomiendan la instrucción o guía para los individuos con conducta tipo A, con el objetivo de cambiar el patrón conductual de propensión coronaria y fortalecer un nuevo punto de vista filosófico y estilo de vida.

Principian señalando que jamás es demasiado tarde para ayudar a una persona a hacer desaparecer una de sus principales causas de enfermedad. Dentro de una filosofía de vida, hacen una serie de cuestionamientos dirigidos a los individuos con conducta tipo A, en los que señalan que los éxitos en la vida no son causa de la conducta tipo A, sino a pesar de ella. Siguiendo este lineamiento, remarcan la extrema necesidad de una autovaloración, a partir de la cual se intente recobrar la personalidad total estableciendo los fines de su vida, y haciendo una clara

*distinción de aquellas cosas realmente importantes de las que no necesitan tanta energía y atención.*

*Friedman y Rosenman (1977), describieron una aproximación particular, poniendo énfasis en: A) grupos guiados, B) auto-monitoreo de la conducta tipo A, C) uso de autoinstrucción para responder a situaciones sin necesidad de la conducta tipo A, D) instrucción práctica de desaceleración de actividades motoras y relajación muscular, E) desarrollo de entrenamientos de interés que no eliciten características tipo A (como la urgencia por tiempo y hostilidad), F) uso de contratos conductuales con premios y castigos contingentes a la ejecución de ciertos bloques conductuales, y G) automantenimiento del medio ambiente para reducir la potencialidad de éste en la inducción de conductas tipo A (como la reducción de interrupciones telefónicas en el trabajo).*

*En 1984, Friedman presentó las conclusiones de una exhaustiva investigación financiada por las autoridades sanitarias norteamericanas, que sirvió para reforzar sus argumentos de un modo impresionante. En el transcurso de dicho estudio, Friedman y sus colaboradores supervisaron el tratamiento recibido por novecientos pacientes de Tipo A que habían sufrido un infarto. Para ello, los dividieron en dos grupos, el primero de los cuales recibió la atención médica acostumbrada: reconoci*

mientos regulares e intento de controlar los factores de riesgo convencionales. El segundo grupo fue sujeto, además, al tratamiento de un psicólogo. Cuando, tres años después de iniciada la investigación, se publicaron las conclusiones ofrecidas por la comparación entre grupos, se encontró que, en aquellos individuos cuya personalidad tipo A pudo ser modificada (y ello resultó posible en el 75% de los casos), el número de recaídas descendió en un 50%. Friedman sostiene, por tanto, que la personalidad puede ser modificada, y que una vez obtenido tal logro, las probabilidades de sufrir un segundo ataque cardíaco descienden sustancialmente. (Rosenfeld, 1986).

En algunos casos se ha señalado que la personalidad y el carácter pueden modificarse más rápida y efectivamente mediante la administración de algún fármaco del tipo Beta-Blocker (productos que rebajan la tensión arterial y el ritmo cardíaco). Sin embargo, se ha reportado que los pacientes que emplean Beta-Blocker por otro motivo (angina de pecho, arritmias, hipertensión) aseguran sentirse como "zombies", tienen malos sueños, sensación de frío en manos y pies y a menudo sufren de impotencia, no obstante, en algunas raras ocasiones se muestran más tranquilos y relajados. (Rosenfeld, 1986).

Gentry y Suinn, han señalado que el método de intervención debe ser

*directamente relacionado con el bloque conductual particular de estudio. Sugieren que la constelación de conductas tipo A que son emergentes frente a la acumulación de investigaciones, señalan que el Patrón de Conducta Tipo A es multidimensional, con componentes cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos. (Chesney, Eagleston y Rosenman. 1981).*

*Dicho de otra forma, los bloques conductuales potenciales propuestos por Gentry y Suinn son operacionalmente definidos en términos de los componentes y estrategias de intervención, y seleccionadas estas últimas por los primeros. Por ejemplo: la reestructuración cognitiva puede ser apropiada para cambios en la conducta cognitiva. Para modificar otras conductas, las estrategias de cambio conductual; como el modelamiento o cambios de contingencias. Si el bloque es una emoción (ejem: ansiedad), el desarrollo de estrategias de cambio de respuestas emocionales, como el mantenimiento de ansiedad, puede usarse. Las estrategias de cambio fisiológico, como el biofeedback de impulsos autónomos o la administración de propanol, pueden ser aplicables si el bloque conductual fuera definido en términos fisiológicos.*

*De esta manera, los bloques conductuales de evaluación que son operacionalmente definidos en términos de cada componente, son de gran utilidad en la intervención de patrones conductuales individuales. Por ejem\_*

pló, una persona con conducta tipo A puede reportar poco en términos de conductas emocionales o cognitivas tipo A, pero mostrar marcadas respuestas del sistema nervioso simpático por estrés incontrolable. Se puede utilizar entónces un Biofeedback para reducir la reacción fisiológica.

La conducta tipo A sugiere tratamientos a corto plazo, esto es importante si se considera que la impaciencia es una característica de los individuos tipo A. Sin embargo, la extrapolación de otras conductas, como el fumar o la obesidad nos podrían hablar de cierta generalización, adherible a largo plazo y de su mantenimiento, lo cual puede ser crítico en el sustento de la reducción de la afección cardiocoronaria.

La principal conclusión de la mayoría de los estudios, es que la conducta tipo A constituye un factor independiente de riesgo en relación con las dolencias coronarias. Dicho factor debería ser identificado antes de sufrir un ataque cardíaco (con el fin de instituir las modificaciones de la personalidad oportunas como prevención) o, en caso de producirse, después del infarto (para evitar una posible recaída). En resumen, quedarían dos preguntas abiertas: ¿qué componentes de la conducta tipo A están asociados con las deficiencias coronarias?, y si estas conductas son modificadas, ¿se reducen dichas deficiencias?.

*CAPITULO III.*

*LA CONDUCTA TIPO A  
EN EL PSICOANALISIS CULTURALISTA:  
"LA NEUROSIS DE NUESTRO TIEMPO".*

Hasta aquí hemos hablado del Patrón de Conducta Tipo A desde aquellas perspectivas que, partiendo de la estrecha relación que ésta guarda con la afección cardiorronaria, se han abocado a su descripción definiéndola como tal y han dado paso al planteamiento de diferentes propuestas para su evaluación y tratamiento.

Sin embargo, sería arriesgado suponer que este patrón conductual no ha llamado la atención de otras perspectivas, partiendo meramente de su aspecto psicológico, social o de ambos. Un ejemplo de dicho caso es el del Psicoanálisis, particularmente Culturalista, cuyo enfoque bien podríamos exponer aquí como una propuesta más al análisis de la conducta tipo A.

El Psicoanálisis describe cierto tipo de Neurosis que coincide en muchos puntos con lo que aquí hemos descrito como conducta tipo A, por lo que considero importante señalar primeramente algunos puntos generales que con respecto a ella se han analizado.

La base general de la doctrina Freudiana supone la idea esencial de que la personalidad se va constituyendo a lo largo de la vida del individuo y que los primeros factores que influyen en ella son los acontecimientos ambientales que empiezan el día del nacimiento (o aún an-

tes) y los pensamientos que se forman como resultado de dichos acontecimientos. (Williams, 1974).

Las teorías intrapsíquicas reconocen que la conducta patológica representa, en una gran medida, una estrategia de adaptación desarrollada por los pacientes en respuesta a sentimientos de ansiedad y amenaza;

"La conducta extravagante y mal adaptada que exhiben, no se considera carente de una función o al azar, sino como una maniobra intrincada, aunque autodestructora, de aliviarse de la angustia, humillación e inseguridad". (Millon, 1974. p. 136).

En la "Psicología Individual" de Alfred Adler, el comportamiento de un individuo está siempre orientado a un fin, lo cual constituye cierto "plan de vida", cuya formación está determinada por las consecuencias de su desarrollo; el sentimiento de inferioridad, por ejemplo, es natural en el niño pues su debilidad es real frente al adulto, pero este sentimiento debería desaparecer con el desarrollo de la personalidad si su necesidad de autoafirmación es satisfecha positivamente, es decir, de una forma social y culturalmente válida, a falta de ello, el sentimiento de inferioridad se cristaliza y se vuelve un complejo y, para Adler, cualquier inferioridad tiene como corolario la búsqueda de una compen-

sación. (Mueller, 1965).

De lo anterior, según Adler, el neurótico es aquel que moviliza exageradamente sus fuerzas psíquicas para reaccionar a un sentimiento de inferioridad y en un sentido orientado, casi siempre, por un fin ficticio de poder y superioridad. La necesidad de compensar un sentimiento de inferioridad es para los neuróticos la raíz misma de la voluntad y el pensamiento.

Por otro lado, dentro de la "Psicología Analítica" de Jung, la integración de la personalidad, garantía de la salud psíquica, implica el establecimiento de relaciones justas con una fuente energética interior que es el inconsciente colectivo, que consiste en integrar los deseos de un conjunto provisto de una significación. De una manera general, el comportamiento neurótico es para Jung, la señal de una desunión esencial entre las exigencias opuestas de la naturaleza y de la cultura; el neurótico tiende a hacer suya una moral de la que al mismo tiempo que rría liberarse, y vive así desgarrado por un perpetuo conflicto que podría superar en la "búsqueda de sí mismo" (Mueller, 1965).

Los primeros conocimientos acerca de la estructura de la Neurosis los obtuvo Freud al estudiar la histeria, la cual debe su origen se

bre todo a la rígida moral sexual de la época victoriana. El origen de los sentimientos de culpabilidad sexuales, que Freud pudo comprobar en todos sus pacientes, se vió fomentado por la doble moral victoriana: ideología monogámica oficial por un lado, libertinaje sexual y prostitución secretos por el otro.

La vinculación temporal de los tabúes victorianos y de los cuadros sintomáticos resultantes de ello, se infiere el hecho de que la histeria se halla hoy, en trance de desaparición. Desde los tiempos de Freud, se distingue también un cambio formal y funcional de las neurosis, el cual se manifiesta en el relativo incremento de las neurosis de carácter y en la relativa disminución de las neurosis de síntomas.

La cuestión de saber lo que corresponde a los "instintos" o a los factores sociales en la formación de la personalidad, suscitó en los Estados Unidos innumerables investigaciones que han tenido repercusiones directas sobre la "Psicología Social".

De las investigaciones que más han influido en la Psicología Social se pueden destacar las realizadas por Margaret Mead, quien estudió la formación de la personalidad en civilizaciones en ese entonces más conocidas, resultando que las propiedades atribuidas a los individuos como na

turales y "normales" según su sexo, dependen en realidad del medio y la educación (Mueller, 1965).

Las encuestas de Margaret Mead se referían especialmente a las teorías biológicas de Freud, mostrando el papel predominante desempeñado por el medio social en la formación del individuo. Por otra parte, este tipo de encuestas engendraron en Estados Unidos la corriente llamada "Culturalista", que condujo a ampliar mucho las teorías psicoanalíticas. Las concepciones de Karen Horney (1988), que atribuyen los conflictos psíquicos a la cultura social de nuestro tiempo, particularmente a las condiciones de vida de los grandes centros urbanos, disminuye singularmente el papel que Freud atribuía a la libido reprimida, quedando los factores biológicos y fisiológicos que Freud conceptuaba como las raíces de la neurosis, en segundo término.

Y es en la descripción de Karen Horney (1988), sobre "La Personalidad Neurótica de Nuestro Tiempo", en donde encontramos, al igual que en otros autores de esta corriente (como Fromm y Riesman), una descripción que coincide en mucho con lo que, en una perspectiva conductual se ha descrito como "Patrón de Conducta Tipo A".



## NEUROSIS ACTUAL.

U.N.A.M. CAMPUS  
IZTÁCALA

*Si enfocamos nuestra atención sobre los trastornos neuróticos actuales, reconoceremos que las neurosis no son engendradas únicamente por experiencias accidentales del individuo, sino también, por las condiciones específicas de la cultura en que vivimos.*

*Si bien la Neurosis se escapa a una definición concreta, Horney (1988), la describe como:*

IZT

*"Un trastorno psíquico producido por temores, por defensas contra los mismos y por intentos de establecer soluciones de compromiso entre las tendencias en conflicto" (p. 29).*

*Pero, por razones prácticas, conviene llamar "Neurosis" a este trastorno cuando se aparta de la "norma" vigente en la cultura respectiva.*

*Con todo, Horney señala dos características que podemos apreciar en cualquier neurosis sin necesidad de conocer íntimamente la estructura de la personalidad; primero, cierta rigidez en las reacciones y, segundo, una estimable discrepancia entre las capacidades del individuo y sus reacciones. Aparte de este cuadro manifiesto, los dinamismos*

que intervienen en su producción son: la angustia y las defensas levantadas contra la misma. Así, por compleja que sea la estructura de la neurosis; esa angustia es el factor que desencadena el proceso neurótico y lo mantiene actual.

La angustia puede obedecer enteramente a la situación actual de conflicto, sin embargo, se deben tomar en consideración estados angustiosos preexistentes como resultado de cierta hostilidad reprimida. De esta manera se podrá comprobar que esa angustia previa fue, a su vez, resultado de una hostilidad anterior, y así sucesivamente.

Examinando la historia infantil de gran número de neuróticos, Horney señala que el denominador común de todos radica en un ambiente que, en diversas combinaciones, presenta las características siguientes:

- La falta de auténtico afecto y cariño (el principal motivo de que un niño no reciba suficiente cariño o amor recide en la propia incapacidad de los padres para dar afecto, por impedírselo su propia neurosis). En la mayoría de los casos, la ausencia fundamental de cariño se disfraza hábilmente, al pretender los padres que sólo les preocupa el bienestar de su hijo, provocan con ello profundos sentimientos de inseguridad.

- *Ciertas actitudes o acciones de los padres que, aunque no lo intenten deliberadamente, consiguen quebrantar la voluntad del niño y suscitar hostilidad (por ejemplo; su preferencia por otros niños, rechazos injustos, incumplimiento de promesas, etc), y*
- *No obstante lo anterior, en nuestra cultura el niño es comúnmente obligado a sentirse culpable por cualquier sentimiento o evidencia de hostilidad u oposición, es decir, se le hace sentir indigno o despreciable ante sí mismo si se aventura a expresar o sentir algún resentimiento contra los padres o transgredir las reglas establecidas por ellos.*

*Cuanto más arduas sean las experiencias en el círculo familiar, tanto mayor será su inclinación a producir no sólo reacciones de odio con respecto a los padres y otros niños, sino asimismo actitudes de desconfianza o rencor frente a todo el mundo, pues habrá perdido la certeza de que se le quiere y aprecia, e interpretará hasta la broma más inocente como una cruel ofensa.*

*De esta manera, según Horney, cada una de las reacciones agudas frente a los estímulos que las provocan, cristalizan poco a poco una postura general del carácter que, como tal, todavía no constituye una neuro*

sis, pero que es el suelo fértil en el que ésta puede germinar en cualquier momento y al que Horney llamó "Angustia Básica".

Cuanto más intolerable sea la angustia, tanto más complejas deberán ser las medidas de precaución contra ella. En nuestra cultura, disponemos de cuatro recursos fundamentales a fin de escudarnos contra la angustia básica, según Horney (1988): el cariño, la sumisión, el aislamiento y el poderío, de los que, sin pretender negar la índole "normal" de estos impulsos, se destaca su susceptibilidad para ponerse al servicio del reaseguramiento contra la angustia, troncando sus cualidades y convirtiéndose en algo completamente distinto.

El cuál de los recursos predomine en los esfuerzos del neurótico para recuperar su seguridad, depende tanto de las circunstancias exteriores cuanto de diferencias en las dotes individuales y en la estructura psíquica, pero por la importancia de sus características en relación a nuestro tema de estudio, enfatizaremos aquí el afán de poderío, fama y posesión.

## EL AFÁN DE PODERIO, FAMA Y POSESIÓN.

*El deseo de dominar, de ganar prestigio y de adquirir riquezas no constituye, claro está, una tendencia neurótica. Dichos sentimientos pueden surgir en una persona normal que nota su propia superioridad, ya sea en mayor fuerza o destreza física, en su capacidad mental, su madurez o sabiduría. El afán neurótico de poderío, en cambio, nace de la angustia, el odio o los sentimientos de inferioridad. Según Horney, en nuestra cultura los neuróticos eligen este camino porque, de acuerdo a la estructura social vigente, el poderío, la fama y la posesión pueden conferir un sentimiento de mayor seguridad.*

*Dichos afanes no sólo ponen a cubierto contra la ansiedad; son también útiles a manera de vías para derivar la hostilidad reprimida, de resguardo contra la indefensión y, en tercer término, el afán neurótico de poderío sirve como protección contra el riesgo de sentirse o de ser estimado insignificante, forjándose una noción rígida e irracional acerca de su poder, que lleva a persuadirle de que es capaz de superar cualquier situación, dominándola inmediatamente por difícil que sea.*

Dicho ideal se enlaza con la soberbia, y así el neurótico concepta la flaqueza no sólo como un peligro, sino también como una ignomia. Clasifica a las personas en dos clases, "fuertes" y "débiles", admirando a los primeros y menospreciando a los últimos, sintiendo se humillado cuando debe reconocer su ansiedad o su inhibición, de modo que se desprecia a causa de su neurosis y ansiosamente trata de mantenerla en secreto.

Las formas de tal afán de poderío son susceptibles de asumir dependiendo de cuál falta de poder sea temida o despreciada en mayor grado, según Horney, primeramente el neurótico deseará subyugar a los otros tanto como a sí mismo. Nada ha de ocurrir que él no haya iniciado o aprobado.

Las personas de este tipo tienden a querer hallarse siempre en lo cierto y se irritan con facilidad cuando se les prueba que no tienen razón, aunque se trate de detalles mínimos. Han de saberlo todo mejor que nadie, actitud que en ocasiones suele ser llamativa y molesta. A veces lo más importante es conocer qué pasará de antemano, es decir, atinar a predecir todas las eventualidades con el fin de mantener su control. Esta actitud puede aunarse con cierto aborrecimiento de cualquier situación que involucre factores imprevisibles, pues cuidadosamente

te procuran evitar el menor riesgo. La preeminencia que conceden al dominio de sí mismos se refleja en su reticencia a abandonarse a un sentimiento.

Otra actividad característica del neurótico en lo que atañe a su afán de poderío, es su prurito de que todo se haga según lo que él quiere, exigencia susceptible de constituirse en una fuente de incesante irritación para él si los demás no cumplen con exactitud lo que espera de ellos o si no lo hacen en el preciso momento en que así lo desea. La impaciencia se halla en estrecha relación con este aspecto de afán de poderío, toda demora, una forzosa espera, aunque no sea más que por las señales de tránsito, pueden ser motivos de irritación. El propio neurótico nunca se percata, o pocas veces lo hace, de su postura autoritaria. No le conviene reconocerla ni modificarla, pues para él cumple destacadas funciones protectoras. Tampoco los demás deberían advertirla, pues si así sucediera, correría el peligro de perder su afecto.

El afán de poderío también integra, señala Horney, la actitud de no ceder jamás. El estar de acuerdo en una opinión o el aceptar un consejo, aunque se lo considere acertado, se experimenta como una flaqueza y la simple idea de proceder así desencadena la rebelión.

Aquellas personas en las cuales prevalece esta postura tienden a reaccionar contra todo, y por su verdadero temor a transigir, adoptan compulsivamente actitudes de discrepancia.

La oculta exigencia de que el mundo se ajuste a él, en vez de adaptarse él al mundo, constituye la expresión más corriente de esta actitud. Y de esta postura, señala Horney, surgen las principales dificultades del tratamiento psicoanalítico, pues el objetivo último de éste no es adquirir conocimiento o mayor comprensión, sino aplicar esta comprensión a fin de modificar las actitudes, y es aquí donde el neurótico rehuye a la perspectiva de enmendarse, pues para él significa una concesión "fatal".

Como se puede apreciar, las características descritas por Horney con respecto a cierta neurosis de afín de poderío, coinciden en gran medida con lo que generalmente es encontrado a través de la entrevista estructurada, a la manera médico conductual, en un individuo clasificado como "tipo A", en el que la hostilidad generalizada se ve muchas veces reflejada en su tendencia a dominar dicha entrevista y a competir en una forma excesiva.

## LA COMPETITIVIDAD.

*El problema de la competición o de la rivalidad parece constituir un centro, que nunca falla, de conflictos neuróticos, y que si bien re-  
presenta un problema para todo el mundo en nuestra civilización, para  
el neurótico adquiere dimensiones que rebasan la regla general y lo ha-  
ce en tres aspectos principales, a saber:*

- 1) Se da un constante medirse indistintamente con los demás, aún allí  
donde las situaciones no lo requieren,*
- 2) El contenido de las ambiciones neuróticas está no sólo en realizar  
algo que valga la pena, o en triunfar, sino en ser absolutamente el  
mejor de todos. Sin embargo, estas ambiciones existen más que na-  
da en la fantasía, esto es, en fantasías que podrán no llegar a ha-  
cerse conscientes.*

*El reto de estas ambiciones no se satisface por medio de esfuer-  
zos apropiados, susceptibles de conducir a la realización de los objeti-  
vos. Se presentan en raro contraste con las inhibiciones existentes ha-  
cia el trabajo, hacia la asunción de la dirección y hacia todos los me-  
dios susceptibles de asegurar efectivamente el éxito. Son muchas las  
formas en que estas ambiciones fantaseosas influyen sobre la vida emo-  
cional de la persona afectada, por ejemplo, por medio de una sensibi-*

lidad exagerada a la crítica, por medio de las inhibiciones y depresiones a continuación de fracasos, etc. Estos fracasos no han de ser necesariamente reales, todo lo que queda atrás de la realización de las ambiciones grandiosas del neurótico se percibe como fracaso propio.

La actitud competitiva existe no sólo en la relación con el mundo externo, sino que se internalizan también y aparece como un *me-dirse* constantemente con el ego ideal. Las ambiciones fantaseosas aparecen, según este criterio, como demandas excesivas y rígidas para consigo mismo, y el fracaso en cuanto a estar a la altura de dichas demandas, produce depresiones e irritaciones similares a las que se producen en la competición con otros.

- 3) La tercera característica es la cantidad de hostilidad implícita en la ambición neurótica... el neurótico se enfurece o considera sus propios esfuerzos condenados a la nada si algún otro tiene éxito.

El principio de la competencia individual es el fundamento económico de nuestra cultura. El individuo aislado debe luchar con otros individuos del mismo grupo, procurando superarlos y, muchas veces, apartarlos de su camino. La ventaja de unos suele significar la desventaja de otros, y como consecuencia psíquica de esta situación, se establece una

*difusa tensión hostil entre los individuos. Cabe señalar, plantea Horney (1988), que esta rivalidad no se halla, a su vez, biológicamente relacionada, antes bien, deriva de circunstancias culturales determinadas y, además, que no sólo la situación familiar es susceptible de desencadenar la rivalidad, pues asimismo los estímulos de competencia obran desde la cuna hasta la tumba.*

*La potencial tensión hostil entre los individuos constantemente engendra temor a la posible hostilidad de los demás, reforzado por el temor de que éstos se venguen de la propia hostilidad. Otra importante fuente del miedo en el individuo normal es la perspectiva del fracaso y el miedo a éste, tiene carácter realista, pues en general las probabilidades de fracasar superan sobradamente a las de tener éxito, y en una sociedad competitiva los fracasos entrañan la frustración real de las necesidades personales.*

*Otro motivo por el cual el éxito es un fantasma tan seductor estriba en su repercusión sobre la autoestima. No son únicamente los demás quienes nos valoran de acuerdo con el grado de nuestro éxito, también nuestra propia autoestima se ajusta a idéntico patrón.*

*Tomados en conjunto todos estos factores (el sentimiento de compe*

tencia y su hostilidad potencial entre los semejantes, los temores y la disminución del autoaprecio), dan por resultado psicológico el sentimiento de soledad, y si bien todo el mundo desea y necesita gozar en algunos momentos de las simpatías ajenas, "sólo los tipos modernos hacen de ésto su principal fuente de dirección y su esencial área de sensibilidad" (Riesman, 1981. p. 38).

Ahora bien, las personas neuróticas, señala Horney (1974), se encuentran atrapadas ante tales situaciones en una especie de círculo vicioso que se presenta así:

Los fracasos, en conjunción con un sentimiento de debilidad y derrata, conducen a un sentimiento de envidia hacia todas las personas que tienen más éxito o que simplemente están tranquilas, o contentas con la vida. Esta envidia podrá ser manifiesta o reprimida bajo la misma ansiedad que conduce a la represión de la rivalidad y a su repliegue frente a ella. Podrá estar totalmente desalojada de la conciencia y estar representada por la substitución de una admiración ciega, o mantenida fuera de la conciencia por medio de una actitud de menosprecio hacia la persona afectada.

Su efecto se pone de manifiesto, sin embargo, en la incapacidad de conceder a otros aquello que uno se ha visto obligado a negarse a

sí mismo. En todo caso, cualquiera que sea la extensión en que la envidia esté reprimida o se exprese, esto implica un aumento de hostilidad existente contra la gente y, por consiguiente, un aumento de ansiedad, que ahora adopta la forma particular de un miedo irracional de la envidia de otros.

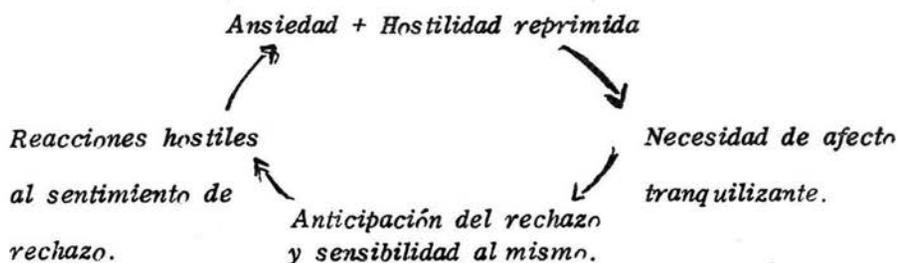
De esta manera, aumentan la insignificancia, la hostilidad contra la gente y la ansiedad, volviendo así al principio, pues ahora surgirán las fantasías con contenidos como: "quisiera ser más poderoso, más atractivo, más inteligente que todos los demás, podría derrotarlos y pisotearlos". Se manifiesta una desviación de las ambiciones hacia la rigidez, lo fantasmático y lo hostil.

Este proceso de acumulación se detiene debido a diversas condiciones y, claro está, el precio es una pérdida de expansividad y vitalidad. Puede darse también alguna forma de resignación con respecto a las ambiciones personales, permitiendo la disminución de las ansiedades relacionadas con la competencia, no obstante, los sentimientos de inferioridad y las inhibiciones persisten.

La ambición del tipo "nadie más que yo" no provoca ansiedades necesariamente, en el caso de los neuróticos competitivos la cuestión es

que desean ser queridos al mismo tiempo. Así, en cuanto desarrollan esfuerzos para lograr la autoafirmación o el éxito, empiezan a temer al hecho de perder el afecto de los demás, por lo que deben controlar sus impulsos agresivos. Este conflicto entre ambición y afecto constituye uno de los dilemas más típicos de los neuróticos de nuestro tiempo.

Horney (1974), asegura que, cuando los deseos de excitación y agresión han sido severamente reprimidos en la vida temprana por una atmósfera prohibitiva, la necesidad excesiva de afecto tranquilizante de sempeña un papel principal. De esta manera, el principio normativo para la conducta implica: el ceder más bien a los deseos y opiniones de los demás que el afirmar uno de sus propios deseos y opiniones. Y en forma análoga, implica una sobrevaloración de los signos de rechazo y la reacción a dichos signos con aprensión y hostilidad defensiva. Aquí empieza también fácilmente un círculo vicioso y refuerza los elementos particulares. En forma diagramática ese círculo se ve más o menos así:



Hasta aquí, tal situación sirve de terreno fértil para el desarrollo de la neurosis. Los mismos factores culturales que influyen en la persona normal, y que lo precipitan a un autoaprecio vacilante, a la hostilidad potencial, a la aprensión y afán de competencia afectan al neurótico en grado más acentuado aún.

Estos factores culturales implican temores, hostilidades, odios y necesidad de poseer relaciones personales satisfactorias, produciendo en el neurótico, consecuencias que pueden ser reproducciones de las anteriores pero con mayor intensidad; tales como aniquilamiento de la autoestima, destructividad, angustia, desmedido afán de competencia; lo que acarrea mayor ansiedad, impulsos destructivos y desmesurada necesidad de lograr cariño.

Si recordamos que en toda neurosis existen tendencias contradictorias que la persona es incapaz de conciliar, es importante plantearnos la cuestión de si en nuestra cultura no existirán igualmente ciertas incompatibilidades definidas en las que se basan los típicos conflictos neuróticos.

Sería tarea de la sociología el estudiar y describir tales contradicciones culturales. Sin embargo, se podrían señalar, en forma bre-

ve y esquemática, algunas de dichas tendencias contradictorias en nuestra cultura.

Una contradicción que cabe mencionar es la que se da, por un lado, entre la competencia y el éxito, y por el otro, el amor fraterno y la humildad. Se hace todo lo posible por impulsar al individuo hacia el éxito, lo cual no sólo significa imponerse, sino también ser agresivo y capaz de apartar a los demás del camino. Y, por otra parte, se le inculcan ideales cristianos, que condenan como egoísta el querer algo para uno mismo, que ordenan la humildad y condescendencia con el prójimo. "Normalmente", o se toma en serio una de las tendencias y desatiende a la restante, o se consideran las dos, con la posible consecuencia de que el individuo se inhiba en ambos sentidos.

Otra contradicción en nuestra sociedad, se plantea entre la estimulación de las necesidades y las frustraciones reales que se sufren al tratar de cumplirlas. Por razones económicas, en nuestra cultura se crean y se juega con nuevas necesidades del individuo mediante recursos como la propaganda, el "consumo ostentoso", el "seguir la moda", etc. No obstante, la satisfacción de estas necesidades es muy restringida para la mayoría de los individuos, lo que trae como consecuencia que sus deseos se encuentren en constante discordancia con las satisfacciones.

*Una contradicción más se da entre la presunta libertad del individuo y sus restricciones reales. La sociedad dice al individuo que es libre e independiente, que puede ordenar su vida conforme a su libre albedrío y, que si es eficaz y enérgico, logrará cuanto quiera. No obstante todas estas posibilidades están en la práctica muy limitadas para la mayoría de la gente.*

*Estas condiciones arraigadas en nuestra cultura constituyen, precisamente, los conflictos que la persona neurótica lucha por reconciliar: sus tendencias a la agresividad con sus impulsos a la condescendencia; sus excesivas demandas, con su temor de no poder lograr jamás nada; su afán de autoexaltación con un sentimiento de indefensión personal.*

## CARACTER SOCIAL Y NEURÓISIS ACTUAL.

*Interpretando el término "carácter" como la organización, más o menos permanente, de los impulsos y satisfacciones, social e históricamente condicionadas de un individuo. Riesman (1981), se refiere al "carácter social" como:*

*"Aquella parte del carácter que comparten los grupos sociales significativos y que ... constituye el producto de la experiencia de esos grupos ... La noción de carácter social nos permite hablar del carácter de clases, grupos, regiones y naciones." (p.16).*

*Para E. Fromm (1976), cualquier vínculo entre la sociedad y cierta formación de un carácter, ha de encontrarse en la manera en que esta sociedad asegura cierto grado de conformidad en los individuos que la constituyen. Esta conformidad es inculcada al niño y después alentada o frustrada en la vida adulta.*

*Basado en lo anterior, Riesman (1981), realizó un análisis de los caracteres sociales entre los hombres de diversas regiones, épocas y*

y grupos, a saber: "los individuos dirigidos por la tradición", "individuos dirigidos desde adentro" e "individuos dirigidos por los otros". Describiremos brevemente cada uno de estos grupos poniendo mayor énfasis en aquel que encontramos en relación con el hombre de "conducta tipo A" o "neurótico actual".

#### *Individuos con Dirección Tradicional.*

Su sociedad es de alto potencial de crecimiento y su orden social es relativamente estable. La cultura controla la conducta del individuo en gran detalle y éste tiende a estar determinado por relaciones de poder entre los diversos grupos según la edad, sexo, los clanes, las castas, las profesiones, etc., relaciones que se han mantenido durante siglos y que apenas son modificadas por las generaciones sucesivas.

El individuo tiene una relación funcional bien definida con otros miembros del grupo. Si no se lo elimina, "pertenece", no es un "superhavit", como son los desocupados modernos, ni es sacrificable como lo son los no especializados en la sociedad moderna. Pero, en virtud de su "pertenencia", las metas en la vida que son suyas en términos de elección consciente, parecen configurar su destino sólo en un grado muy limitado; y sólo en grado muy limitado existe alguna idea de progreso para el grupo.

*En alguna de esas sociedades se puede alentar cierto grado de individualidad desde la infancia, en especial si se pertenece a familias de estatus elevado. Pero como el margen de elección incluso en estos estratos es mínimo, la necesidad de un tipo de "carácter individualizado" es también mínima.*

#### *Individuos Internamente Dirigidos.*

*Su sociedad experimenta un desarrollo que se considera como un crecimiento demográfico transicional y se caracteriza por una mayor movilidad personal, una rápida acumulación del capital (acompañada de devastadores cambios tecnológicos), una expansión casi constante en la producción de bienes y seres humanos, así como una extensiva expansión en la exploración, colonización e imperialismo.*

*Las mayores posibilidades de elección son manejadas por tipos caractereológicos que pueden vivir socialmente sin una dirección tradicional estricta y autoevidente. El concepto de Dirección Interna, para Riesman, tiene como fin el de abarcar un margen muy amplio de tipos, pero con una cosa en común:*

*"La fuente de dirección para el individuo es 'interior', en el sentido de que se implanta desde muy temprano en la vida por*

la acción de los adultos y apunta a metas generalizadas, pero ineludiblemente decididas". (p. 29).

El crecimiento transicional se soluciona mediante la canalización de la elección a través de un carácter rígido, aunque altamente individualizado. Esta rigidez constituye una cuestión compleja, si bien parece ofrecer a la gente una amplia elección de finalidades, tales como dinero, posesiones, poder, conocimiento, fama y virtud, tales finalidades están ideológicamente interrelacionadas y la elección efectuada por cualquier individuo permanece relativamente inalterable durante toda su vida.

"La persona de dirección interna se vuelve capaz de mantener un delicado equilibrio entre las exigencias de su meta en la vida y los embates del medio externo, puede recibir y utilizar ciertas señales procedentes del exterior, siempre que sea posible reconciliarlas con la limitada posibilidad de maniobra que su giroscopio le permite" (Riesman, 1981. p. 31).

#### *Individuos Dirigidos por los Otros.*

Para Riesman, el problema de las sociedades en la etapa anterior es el alcanzar un nivel en el que los recursos sean lo suficientemente

abundantes o que se utilicen con la suficiente eficacia para permitir una rápida acumulación del capital, lo cual debe lograrse incluso mientras el producto social es empleado a un ritmo veloz para poder mantener a la población creciente y para satisfacer las demandas de los consumidores correspondientes a la forma de vida que se ha adoptado ya.

A medida en que el descenso de natalidad sigue a la de mortalidad, las sociedades se mueven hacia la época de declinación demográfica incipiente: cada vez son menos los individuos que trabajan la tierra o que ganan su sustento en las Industrias Extractivas o en la manufactura, se acorta el horario, se puede gozar de abundancia material y ocio. El precio de estos cambios es el de una ciudad centralizada y burócrata, un mundo escogido y acelerado por la industrialización entre razas, naciones y culturas.

La resistencia y la iniciativa de los tipos dirigidos desde adentro se hacen menos necesarios bajo estas condiciones pues, cada vez más, el problema radica en "la otra gente" y no en el ambiente material.

El tipo de carácter que Riesman describe como "Dirigido por los

Otros" parece haber surgido durante los últimos años en la clase media alta de las grandes ciudades de Estados Unidos y, parece ser, se está convirtiendo en el carácter típico de la "nueva clase media", el burócrata, el empleado de empresas, etc.

Tras un mayor desarrollo, se producen un sinnúmero de cambios en los individuos con respecto a su conducta, que ahora debe ser más "socializada" tanto para las vías que llevan al éxito como para la adaptación marital y personal vinculados con modificaciones en la familia y la forma de criar a los hijos.

En las familias urbanas se difunde el tipo "permisivo" de educación infantil, produciéndose un relajamiento en las antiguas pautas de disciplina, bajo las cuales se hace más importante para el niño el "grupo de los propios"; de la misma edad y sexo, al mismo tiempo que los padres lo hacen sentir culpable, ya no por la violación de normas internas, sino por la incapacidad de alcanzar popularidad o manejar sus relaciones con esos niños. Además, las presiones de la escuela y del grupo se ven reforzadas y continuadas por los medios masivos: cine, televisión, radio, historietas y cultura popular en general.

Lo común en los individuos dirigidos por los otros es que sus con

temporáneos constituyen la fuente de dirección para el individuo, sea los que conoce o con los que mantiene una relación indirecta, a través de amigos y de los medios masivos de comunicación. Tal fuente es internalizada en el sentido de que la dependencia con respecto a ella, para una orientación en la vida, se implanta temprano. Las metas hacia las cuales tiende la persona dirigida por los otros varían según esa orientación y lo único que permanece inalterable durante toda la vida es el proceso de tender hacia ellas y el de prestar profunda atención a las señales procedentes de los otros.

Desde luego, es de enorme importancia el quiénes son esos "otros"; si son el círculo inmediato del individuo o un círculo inmediato "superior", o las voces anónimas de los medios masivos de comunicación, si el individuo teme a la hostilidad de las relaciones casuales o sólo la de aquellos que "cuentan". Pero su necesidad de aprobación y de dirección por parte de los otros, antes que de sus progenitores, va más allá de las razones que mueven a casi todas las personas de cualquier época a atribuir mucha importancia a la opinión que los demás tienen de ellos.

Según Riesman, las condiciones responsables de la dirección por los otros están afectando sectores cada vez más amplios de la población.

ción en los centros metropolitanos de los países industriales adelantados. Su análisis del carácter dirigido por los otros es, al mismo tiempo, un análisis del norteamericano y del hombre contemporáneo. En general, le resulta difícil saber dónde termina uno y dónde comienza el otro. Como hipótesis, se inclina a pensar que el tipo dirigido por los otros se encuentra en Estados Unidos más cómodo que en ninguna otra parte, debido a ciertos elementos únicos de la sociedad norteamericana, tal como su origen europeo y su falta de un pasado feudal.

Riesman finaliza su análisis señalando que los tipos de carácter por él descritos son abstracciones que tienen como referencia al ser humano concreto y viviente. No puede haber algo así como una sociedad o una persona totalmente dependiente de alguna de las direcciones descritas, ya que cada una de estas formas de conformidad es universal y sólo se trata de determinar el grado en que el individuo o un grupo social recurre a uno u otro de los tres mecanismos expuestos.

Según Fromm (1976):

'El aserto de que el hombre puede vivir en casi todas las situaciones no es sino media verdad, y debe ser completado con este otro: que si vive en condiciones contrarias a su naturaleza y a las exigencias básicas de la salud y el desenvolvimiento humanos,

no puede impedir una reacción; degenera y perece, o crea condiciones más de acuerdo con sus necesidades" (p. 24).

Para Fromm, una sociedad sana es aquella que desarrolla en sus miembros la capacidad de amar a sus prójimos, para trabajar de una forma creadora, que desarrolla su razón y su objetividad y un sentimiento de sí mismo basado en sus propias capacidades productivas. Una sociedad insana es aquella que crea hostilidad mutua y celos, que convierte al hombre en un instrumento de uso y explotación para otros, que lo priva de un sentimiento de sí mismo, salvo en la medida en que se somete a otros o se convierte en un autómatas. La sociedad puede desempeñar ambas funciones; puede impulsar el desarrollo saludable del hombre, y puede impedirlo; en realidad, la mayor parte de las sociedades hacen una cosa y otra, y el problema está sólo en el grado y dirección en que se influencia.

En el caso de la sociedad occidental contemporánea, y de modo más especial el "tipo de vida norteamericano", se nos hace creer su correspondencia con las necesidades más profundas de la naturaleza humana, y que la adaptación a ese tipo de vida significa "salud mental" y "madurez". Desde este punto de vista, los conceptos de "salud mental" y "madurez" corresponden a la actitud que puede desearse de un trabajador o un em-

pleado de la industria o de un negocio.

"La madurez viene siendo lo mismo que la adaptación en nuestra sociedad, sin preguntarse nunca, si esa adaptación que experimenta es la adaptación a un modo saludable o a un modo patológico de conducir la vida" (E. Fromm. 1976. p. 67).

De esta manera, la sociedad industrial moderna no habría alcanzado sus fines si no hubiera exigido la energía de los hombres libres para trabajar con una intensidad sin precedentes. Había que convertir al hombre en una persona ansiosa de emplear la mayor parte de su energía en trabajar, que adquiriese hábitos de disciplina, especialmente orden y puntualidad, en un grado desconocido en casi todas las demás culturas. No habría bastado con que cada individuo tuviese que decidir conscientemente todos los días que quería trabajar, ser puntual, etc., ya que tal deliberación consciente conduciría a muchas más excepciones de las que podría soportar el buen funcionamiento de la sociedad.

La necesidad de trabajar, de puntualidad y de orden, tuvo que transformarse en un impulso interior hacia esos fines. Esto quiere decir que la sociedad tuvo que producir un carácter social al que fuesen inherentes esos impulsos.

## CONCLUSIONES.

La gran mayoría de las estadísticas coinciden en situar a las enfermedades cardiovasculares en primer lugar en cuanto frecuencia, a la vez que en lo que toca a mortalidad. Hablar del Patrón de Conducta Tipo A sin nombrar su relación con la afección cardiocoronaria, sería desligarlo de la razón por la cual su estudio ha cobrado especial interés, particularmente, al interior del área médico-conductual.

Por sus características y funciones, el corazón es un órgano especialmente sensible a la afección por un estrés constante. Las características del Patrón de Conducta Tipo A; como una competitividad excesiva, agresión, impaciencia y sensación de urgencia por tiempo, son componentes de una "personalidad propensa a infarto".

Existen sin duda muchos otros factores envueltos en esta relación de personalidad tipo A y la afección cardiocoronaria, y muchos otros que, sin una relación directa con la personalidad (como factores hereditarios y enfermedades concomitantes), son causantes de la afección cardiocoronaria. No obstante, se ha considerado que muchos de los factores de riesgo de dicha afección pueden ser inclusivos de la personalidad tipo A, como: alto nivel de colesterol plasmático, mayor tasa de grasa en el suero

sanguíneo, rasgos de diabetes, tabaquismo, inactividad física, ingestión de alimentos ricos en colesterol y grasas animales, alta presión sanguínea, etc.

En busca de aquellos factores etiológicos de la "enfermedad de la prisa" (que por su descripción coincide con la del Patrón de Conducta Tipo A), la perspectiva psicosomática alude al "progresivo trastorno de la capacidad de adaptación al medio ambiente", proveedor de acelerados cambios especialmente estresantes para el individuo, cuyo organismo no es capaz de asimilar, trayendo como consecuencia el desequilibrio del proceso psicosomático a través de la manifestación de alteraciones psicosomáticas físicas.

Si bien la perspectiva psicosomática contiene importante información sobre los efectos múltiples de un medio ambiente estresante sobre el organismo, su enfoque, predominantemente lineal, nos deja al margen de importantes factores inclusivos de la "enfermedad de la prisa", como de aquellos que tienen origen en el devenir del individuo mismo y su conducta.

El enfoque médico conductual retorna este último aspecto y da un sentido al Patrón de Conducta Tipo A que va dirigido a su evaluación y

tratamiento. De hecho, es dentro de esta perspectiva en donde se ubica su descubrimiento y descripción inicial.

*La mediación de procesos cognitivos entre el medio ambiente demandante y la reacción del individuo (no sólo orgánica) es base fundamental del desarrollo psicológico de la conducta tipo A. Según el enfoque médico-conductual, el individuo con esta conducta adquiere una serie de perspectivas sobre las demandas del medio ambiente y sobre su posible conducta ante ellas. Partiendo de grandes perspectivas de "éxito", el individuo con conducta tipo A responde, ante la mayoría de las situaciones de su vida, con actitudes de sobrecontrol positivo (particularmente autoestresante).*

*Características de la conducta tipo A, como un alto nivel de competitividad, impaciencia, sensación de urgencia por tiempo, agresividad y hasta franca hostilidad, derivan de perspectivas por controlar las diversas demandas de su entorno que, dependiendo del carácter de dichas demandas y de la historia particular del individuo, se acentuarán en menor o mayor medida. De aquí que se propusiera, para su tratamiento, la división de la constelación de conductas tipo A en bloques conductuales según su acentuación en cada individuo.*

Existen aún muchos problemas, sobre todo al tratar de "aislar" el bloque conductual responsable, en mayor medida, de la afección cardiocoronaria. Muchos estudios de evaluación y tratamiento se llevaron a cabo al interior del área médico conductual, resaltando la Entrevista Estructurada como medida de evaluación del Patrón de Conducta Tipo A, pero la falta de medidas adecuadas para evaluar la efectividad de los tratamientos aún es muy polémica. Tal vez estas sean las principales razones por las que este tipo de estudios han venido decreciendo con el tiempo.

No obstante, la problemática anterior nos plantea la necesidad de llevar al cabo estudios con respecto a este patrón conductual desde enfoques más abarcativos, como el de la Teoría Sistémica, por ejemplo, en que se incluyen diferentes factores a un nivel más amplio que el análisis lineal de causa-efecto. Este tipo de estudios podría señalar nos muchas más variables que intervienen en la producción, desarrollo y mantenimiento del Patrón de Conducta Tipo A y la Afección Cardiocoronaria, variables que tienen que ver, en mucho, con aspectos sociales, económicos, culturales y hasta filosóficos.

El enfoque neopsicodinámico del Culturalismo, ha pretendido incluir al análisis de la "neurosis de nuestro tiempo", el papel predominante

que los aspectos socio-culturales juegan en su producción. Análisis al que nos acercamos por su coincidencia con la conducta tipo A.

Si bien, la perspectiva Culturalista no toma como base padecimiento orgánico alguno para describir al "neurótico de nuestro tiempo". Su análisis de aspectos como el afán de poderío, posesión y competitividad, amplía la comprensión de estas características del Patrón de Conducta Tipo A y su relación con variables como la familia que, frecuentemente proveedora de "angustia básica" para el niño (por causas como la falta de verdadero afecto y cariño por parte de los padres y frecuentes inhibiciones para expresar sus verdaderos sentimientos), constituye el terreno fértil en el cual la neurosis puede germinar fácilmente.

Cuanto más intolerable sea la angustia, en la vida adulta serán más complejas sus defensas contra la misma. Nuestra cultura provee de diversos recursos a este fin. Así, muchas personas para las que competir es la actitud vital dominante, dedican su vida entera a competir y a intentar lograr algo sin llegar a conseguirlo nunca.

La competición crónica o compulsiva implica un ajeteo constante y un vivir continuamente orientado hacia el futuro. Y muy bien puede mantener a la persona oscilando siempre de una tarea a otra, incapaz de gozar el presente por que está considerando siempre el próximo objetivo,

sin activar plenamente un gran parte de su vida.

Diversas actitudes por controlar la mayoría de las situaciones a las que se enfrentan emergen, en realidad, de sentimientos de inseguridad. Se ejerce el verdadero control por la confianza en sí mismo, no por demostrar a los demás que existe una supuesta confianza y que ellos deben tenerse la también. En realidad, la única forma de alcanzar el verdadero "éxito" es persiguiendo lo que "realmente" es importante para uno mismo.

El "neurótico competitivo" se ha convencido de que el verdadero fin de la vida es superar a otros y perseguir interminablemente objetivos que siempre se le escapan. Aunque, si bien, no es raro ver por todas partes individuos que se debaten y luchan y se preocupan y convierten su vida en un juego que consiste en adquirir posesiones o estatus social en vez de satisfacciones internas. El objetivo de la vida en nuestra sociedad contemporánea parece ser el logro de metas orientadas hacia el futuro, determinadas desde el exterior del individuo. Se busca afanosamente objetivos externos de uno u otro género, hasta el punto en que no queda tiempo para disfrutar de la vida.

Es común en nuestra cultura el perseguir interminablemente

Los símbolos, distintivos o enseñas que utiliza la gente "normal" para valorar el "éxito" en la vida (cuyo símbolo primario es el dinero), pon poniendo indefinidamente el goce de la vida tal como es en el presente y esperando "vivir de verdad" en el futuro. El presente se desperdicia siempre en la planificación del futuro, que nunca llega del todo.

El individuo, al marcar como objetivo de su vida el prestigio, el dinero, los premios, la fama o cualquier otra de esa multitud de com pensaciones externas que la sociedad intenta vendernos continuamente, está atrapado en una carrera sin fin en pos del "éxito" lo cual, desde el punto de vista práctico, es la verdadera raíz de las "enfermedades neuróticas" modernas, así como de unas relaciones familiares insatis factorias, un estilo de vida "defensivo", una falta de amor en su vida, etc.

Existe aún mucho que hacer en este campo, la investigación del Patrón de Conducta Tipo A, desde cualquier enfoque, tiene aún mucho que decirnos, sobre todo si se trata de su prevalencia en la mujer, en las "clases bajas", en el latinoamericano, etc.

En el caso de México, por ejemplo, sería importante considerar que, si bien no ha perdido ni se ha deshecho de un número altamente

significativo de sus raíces antiguas, el criterio general identifica a norteamérica no sólo con el catálogo de adelantos tecnológicos y conquistas culturales sino el sistema de valores del capitalismo avanzado. Como agrega Monsivais (1979), la "norteamericanización de México radica en que, desde el principio, es norteamericano el modelo sobre el cual operan los medios masivos de comunicación", (principales proveedores de la "nueva cultura"). La prevalencia del Patrón de Conducta Tipo A y su relación con la afección cardiocoronaria en México, es un campo abierto a la investigación.

Si consideramos el modelo médico para el tratamiento de la enfermedad en la cultura occidental, descubriremos que la mayoría de los que practican la medicina operan entre la "enfermedad" y la "salud normal". La "enfermedad" que exige tratamiento médico; que lleva a la recuperación de la "salud normal" o a la enfermedad crónica o a la muerte del individuo. Y la "salud normal" que representa una ausencia de síntomas de la enfermedad. Hay, desde luego, muchos otros profesionales que ahogan y/o practican la medicina preventiva, y una minoría, pequeña pero que crece esponanzialmente, que desea ampliar el campo e incluir todos los aspectos de nuestra existencia que contribuyen a la "mala salud", desde los factores físicos a los psicológicos y de los sociales a los culturales. El practicar la medicina a

este nivel, supone de médicos interesados en enseñar a los pacientes a desear gozar de "buena salud", a controlar sus cuerpos en vez de fortalecer sus enfermedades utilizando medios externos, como las drogas y los fármacos, como único método de tratamiento. Una labor multidisciplinaria es fundamental a este punto.

En la mayoría de las perspectivas psicológicas, como en el conjunto de la sociedad, todo se centra en estar "bien adaptado" a las cosas tal como son, a ser "normal" o un "individuo medio". La adaptación a un modelo ha significado siempre ajustarse al statu quo, conformarse a la imagen de lo que uno debe ser que nos ofrece la sociedad "normal" o "media". No es de oponerse aquí a que los individuos se adapten, aunque no hay duda de que es mejor adaptarse que no hacerlo, la mera adaptación está muy lejos del dominio o del control auténtico de uno mismo y de sus situaciones vitales.

Bajo otras circunstancias, no sería raro que un individuo con conducta tipo A se presente en la consulta médica o psicológica y padezca inadvertida dicha conducta por considerarla dentro de la "norma" de nuestra sociedad.

## B I B L I O G R A F I A .

Blumenthal J.A. Type A Behavior and Angiographically Documented Coronary Disease. USA. *Circulation*. 1982.

Blumenthal J.A. & Keefe F.J. Assessment Strategies in Behavioral Medicine. USA. Grune & Stratton. 1981.

Bonami M. & Rimé B. "Approche Exploratoire de la Personnalité Pre-Coronarienne per Analyse Standardisée de Dmnés Projectives Thematiques" en: Journal Psychosom. 1972. Vol. 16. pp. 103-113.

Bradley L.A. & Prokop CH. K. "The Relationship Between Medical Psychology and Behavior Medicine." en: Prokop CH.K. & Bradley L.A. Medical Psychology. Contributions to Behavior Medicine. New York. Academic Press. 1981. pp. 1-4.

Brooks H.L. & Gorlin M.D. "Pathophysiological Basis for Anormal Perfusion and Contraction in Coronary Artery Disease." Cap. VI. en: Jagmeet S.S. & Brooks H. Nuclear Car-

dology for Clinicians. New York. Futura Publishing  
Company Mount Kisco. 1980. pp. 77-83.

Chesney M., Eagleston J. & Rosenman R. "Type A Behavior Assessment and Intervention." en: Prokop Ch. & Laurence A. Medical Psychology Contributions to Behavior Medicine. New York. Academic Press. 1981. pp. 19-36.

De la Fuente R. Psicología Médica. México. Fondo de Cultura Económica. 1959.

Diez B.M. Proceso Psicossomático Terapéutico; Dinámica de Relajación Concentrativa. Tomo II. México. Trillas. 1975.

Friedman M. & Rosenman R. Conducta Tipo A y su Corazón. México. Grijalbo. 1974.

Friedman M. & Rosenman R. "Modifying Type A Behavior Pattern." en: Journal of Psychosomatic Research. 1977. Vol. 21. pp. 323-333.

Fromm E. Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea. México. Fondo de Cultura Económica (1955). Décima primera reim-

presión. 1976. pp. 84, 93.

Follick M.J., Gottlieb B.S. & Fowler J.L. "Behavior Therapy in Coronary Heart Disease, Life Style Modification." Cap. X. en: Sobel H.J. Behavior Therapy in Terminal Care. A Humanistic Approach. Cambridge, Massachusetts. Ballinger Publishing Company. 1981. pp. 253-298.

Fuentes S.R. Anatomía. Elementos y Complementos. México. Trillas. 1985. pp. 60, 61.

Goodstein L.D. & Lanyon R.I. Adjustment, Behavior and Personality. Arizona State University, USA. Addison-Wesley Publishing Company. 1975.

Horney K. Cultura y Neurosis. en: Millon T. Psicopatología y Personalidad. México. Interamericana. 1974. pp. 136-140.

Horney K. La Personalidad Neurótica de Nuestro Tiempo. México. Paidós. 5a reimpresión, 1988.

Jenkins C.P. "Recent Evidence Supportig Psychologic and Social Risk Factors for Coronary Disease." New England. en: Journal of Medicine. 1976. Vol. 294. No. 18, 19. pp. 287-294, 103-108.

- Kenneth A.H. *Stress, Coping and the Treatment of Stress-Related Illness.* en: Mc Namara J.R. Behavioral Approaches to Medicine Application and Analysis. New York & London. Plenum Press. 1979. pp. 191-218.
- Melamed B.G. & Siegel L.J. Behavioral Medicine. Practical Applications in Health Care. USA. Springer Publishing Company. 1980.
- Monsivais C. Cultura Urbana y Creación Intelectual. México. Era. (1979)
- Mueller F.L. La Psicología Contemporánea. México. Fondo de Cultura Económica. 1965.
- Mc Dill S.M. *Behavior Epidemiology.* en: Pomerleau Ph.D. & Brady M.A.J. Behavior Medicine: Therapy and Practice. Baltimore, USA. The William & Wilkins Company. 1979. pp. 3-6.
- Millon T. Psicopatología y Personalidad. México. Interamericana. 1974.

- Nick Gallo. *Dr. Jenkill and Mr. Hyper.* en: Journal Men's Health USA. 1988. pp. 55-57, 82.
- Novaco R.W. *The Cognitive Regulation of Anger and Stress.* en: Kendall P. & Hollon S.R. Cognitive-Behavioral Interventions. Theory, Research and Procedures. New York. Academic Press. 1979.
- Riesman D. La Muchedumbre Solitaria. España. Paidós. 1981.
- Rosenfeld I. La Moderna Medicina Preventiva. México. Planeta. 1988.
- Selye H. The Physiology and Pathology of Exposure to Stress. Montreal. Acta. 1950.
- Sendrail M. Historia Cultural de la Enfermedad. Madrid. Espasa-Cape. 1983.
- Tavris C. Anger: The Misunderstood Emotion (Touchtone). USA. S & S. 1984.

Virindervit L. "Relationship of Myocardial Perfusion to Coronary Artery Anatomy." Cap. V. en: Jagmelt S.S. & Brooks H. Nuclear Cardiology for Clinicians. New York. Futura Publishing Company, Mount - Kisco. 1980.

Williams R.J. "El método Biológico del Estudio de la Personalidad." en: Millon T. Psicopatología y Personalidad. México. Interamericana. 1974. pp. 28-31.