

# **PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A, LA INTERACCIÓN PSICOFISIOLÓGICA QUE SUPONE UN RETO SOCIAL**

**A. IZQUIERDO**

**M. GIL-LACRUZ**

*Área de Psicología Social de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
de Teruel. Universidad de Zaragoza*

**SUMARIO:** I. La interacción psicofisiológica, explicación del comportamiento. I. Activación, ansiedad y personalidad. I. Evaluación psicofisiológica, patrón tipo A y salud. I. Causas y consecuencias de la enfermedad coronaria. 2. Estrés laboral. 3. Relación entre determinados comportamientos propios del patrón tipo A y la enfermedad cardiovascular. Bibliografía.

## **I. LA INTERACCIÓN PSICOFISIOLÓGICA, EXPLICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO**

Según Carpintero (1987) la psicología científica actual tiene entre sus principales raíces la filosofía y la fisiología. La aplicación al estudio del comportamiento humano de los métodos experimentales de los fisiólogos determinó la constitución de la ciencia psicológica. Por tanto, el análisis de los procesos fisiológicos y su relación con la conducta han sido objeto de estudio de la psicología desde sus orígenes como

disciplina. Con el tiempo, el estudio de esta interrelación entre la conducta y sus manifestaciones internas, daría lugar a una subdisciplina específica denominada psicofisiología.

El desarrollo de estas interacciones biopsicosociales se refleja especialmente en la diversidad disponible de teorías explicativas sobre la personalidad. Encontramos como elemento común una polémica subyacente sobre dos extremos: el comportamiento personal depende de las circunstancias y de la situación (Mischel, 1968) o en última instancia la constancia de nuestra manera de ser se explica en términos biológicos (Eysenck, 1967). Desde esta segunda perspectiva, los neurofisiólogos investigan cómo las diferencias de carácter suponen diferencias individuales en el funcionamiento del sistema de activación reticular. Esta estructura es la responsable a la hora de generar una activación inespecífica en la corteza cerebral como respuesta a la estimulación externa. De ahí que temperamento, sentimiento y conducta, sean el resultado de distintos niveles de activación biológica.

Personalidad, emociones, comportamientos y cuestiones fisiológicas se entrelazan constantemente. Por ejemplo, Bull (1951) retoma la antigua corriente psicológica encabezada por James sobre la definición de la emoción, como resultado de una tendencia de personalidad caracterizada por la disposición a determinados reflejos comportamentales (llorar, reír, ruborizarse) y cuya base es biológica. Dicho análisis ha recorrido un largo camino donde ha ido sufriendo diferentes aproximaciones experimentales y científicas hacia una dimensión energética de la conducta que se identificó con diversos nombres:

*Principio, drive o impulso* (Hull y Spence): como “motores” del organismo a la realización de una serie de conductas, resultan términos equívocos, ambiguos y de difícil sistematización experimental.

*Incentivo* (Lindsley 1951, Head y el propio Hull): los impulsos sensoriales, tanto viscerales como somáticos llegan a la formación reticular donde una vez integrados se transmiten. La emoción tendría que ver con el estado de alerta y se extendería en un continuo desde la somnolencia como ausencia de activación, hasta la rabia que como emoción supondría el punto álgido de alerta.

*Arousal o activación*. En la actualidad, sería especialmente importante la distinción que establece Eysenck (1975, 76, 80) entre estos dos términos en función de su origen fisiológico: –la palabra *arousal*– hace referencia a la activación comportamental que se origina en la corteza cerebral y que va hacia las estructuras diencefálicas y –activación– se refiere al proceso inverso, aquel comportamiento que se origina en las estructuras diencefálicas y se transmite a la corteza.

Por tanto, la activación se puede entender como todas aquellas reacciones en el interior de la persona estrechamente relacionadas con variables como:

- Tasa cardíaca, actividad eléctrica en la piel, presión sanguínea, ritmo respiratorio, la secreción de jugos del estómago y la dilatación pupilar, en el caso de variables del sistema nervioso autónomo.
- El grado de activación interior a partir de los valores de la actividad electromiográfica o tensión muscular en el caso de variables de tipo somático.
- El incremento de la frecuencia de los ritmos electroencefálicos en lo que concierne a variables corticales.

## 1. Activación, ansiedad y personalidad

La relación entre activación fisiológica y otros estados –situaciones como el estrés y la ansiedad– es obvia y se encuentra bien documentada a nivel de literatura científica. Como plantean Baguena y Belloch (1987) una definición clásica y aplicada de la ansiedad implica su consideración como el resultado de un daño percibido a una respuesta clásicamente condicionada (Mowrer, 1939, Pavlov, 1927) o como un estado impulsivo (*drive*) (Dollard y Miller, 1950; Spence y Taylor, 1953).

La ansiedad es la reacción emocional o respuesta que es evocada por una persona que percibe una situación concreta como personalmente peligrosa o amenazante, independientemente de la presencia o ausencia de un peligro real y objetivo (Spielberger Jacobs, Russell y Crane, 1983). La ansiedad es el complejo resultado de una serie de factores, entre los que destacaríamos: el estado transitorio, las características de personalidad y el aprendizaje psicosocial.

a) Spielberg, define *ansiedad-estado*: como la condición transitoria del organismo que varía en intensidad y fluctúa con el tiempo, caracterizado por:

- Aspectos subjetivos (percepción consciente de sentimientos de aprehensión y tensión).
- Activación del sistema nervioso autónomo.

b) *Ansiedad como rasgo*, implica diferencias relativamente estables en la tendencia a experimentar ansiedad, es decir:

- En la disposición a percibir un amplio rango de estímulos o situaciones como peligrosas o amenazantes.
- En la tendencia a responder a tales amenazas con reacciones de estados de ansiedad.

Las personas que puntúan alto en este rasgo tienden a percibir un gran número de situaciones como peligrosas o amenazantes. Como posible instrumento de medida disponemos de cuestionarios como el STAI (Inventario de ansiedad estado-rasgo) compuesto de 20 expresiones en el que las personas describen cómo se sienten generalmente, eligiendo una de entre 4 alternativas de respuesta con correlaciones altas

con escalas como MAS (Escala de Ansiedad Manifiesta, Taylor, 1953) e IPAT (Cattell y Scheier, 1960).

c) La ansiedad desde una *perspectiva psicosocial* (Nietzel y Bernstein, 1981):

- Se relaciona con un marco de estímulos en los que es necesario observar las condiciones ambientales.
- Se adquiere en un proceso de aprendizaje: sus mecanismos principales son el condicionamiento clásico y el aprendizaje observacional vicario y modelado.

Por tanto y considerando las diferentes perspectivas, la ansiedad es un comportamiento de activación que se manifiesta a través del denominado *triple sistema de respuesta* (Lang, 1971):

- Primer canal de respuesta: *cognitivo*: a partir de autoinformes.
- Segundo *fisiológico*: respuestas comprometidas con la parte simpática del sistema nervioso autónomo, respuestas galvánica de la piel, presión sanguínea, tasa cardíaca, tensión muscular, tasa respiratoria, temperatura.
- Tercer canal, *manifiesta*: Paul y Bernstein (1973) subdividen el canal en medidas directas e indirectas (evitación o escape).
- Estas respuestas no tienen porque relacionarse entre sí (Hayner, 1978).

Al mismo tiempo, otras líneas de investigación se han dirigido a profundizar en la relación existente entre activación, ansiedad y personalidad. Por ejemplo, se ha estudiado como la extroversión o la introversión (Eysenck, 1956, 77) se diferencian en que en la primera se dan niveles de procesos de desactivación, mientras que la introversión es indicativo de mayor excitación, o como los sujetos que puntúan alto en pruebas de neuroticismo tienen un mayor grado de ansiedad en situaciones estresantes o que supongan una amenaza. Scarpetti (1974) relaciona dicha ansiedad con niveles altos de agresividad, ya sea mediante la manifestación expresa de comportamientos de ataque o de escape, evitación y hostilidad encubierta.

Desde una perspectiva laboral, el nivel de ansiedad se relaciona con un buen número de variables, por ejemplo el rendimiento de los sujetos. Así, en las tareas de aprendizaje sencillas, los sujetos altos en ansiedad rinden mejor que en las tareas complejas (Spence y Spence, 1966). Su importancia en el desempeño y en el clima laboral son razones que avalan la profusión de investigaciones sobre este campo, desde la psicología del trabajo y de las organizaciones.

Otros factores de personalidad que igualmente se han tenido en cuenta, han sido los de la fuerza de yo, personalidad tipo A, dependencia de campo y búsqueda de sensación. En este artículo nos vamos a centrar en el análisis del patrón tipo A por su importancia en el medio laboral. En dicho patrón se refleja claramente la interdependencia existente entre evaluación psicofisiológica, la exposición prolongada a

situaciones de estrés y la salud. Al respecto, autores como Byrne (1964) han documentado ampliamente la causalidad entre ansiedad y el aumento de la tendencia a padecer enfermedades.

## II. EVALUACIÓN PSICOFISIOLÓGICA, PATRÓN TIPO A Y SALUD

### 1. Causas y consecuencias de la enfermedad coronaria

La literatura científica sobre la interacción de procesos psicofisiológicos en la enfermedad coronaria dispone de numerosos ejemplos interesantes y ampliamente documentados. Analizaremos primero su base biológica para exponer posteriormente su componente psicológico. Dichos componentes van a constituirse en antecedentes y en muchos casos elementos constituyentes del patrón de conducta tipo A (Buendía, 1995).

La lesión básica que se produce en la enfermedad coronaria es la formación de la placa de arterosclerosis, que es una acumulación de tejido formado en el interior de la pared de los conductos sanguíneos, consistente en un núcleo de lípidos. Los mecanismos que pueden generar la creación de la placa y sus posteriores complicaciones son de dos tipos:

*Factores mecánicos:* bifurcaciones y curvas de las arterias coronarias, en las cuales el flujo sanguíneo causa turbulencias y facilitan el daño endotelial y consiguientemente, la fijación de las placas de arterosclerosis. Así, las elevaciones en la afluencia de flujo sanguíneo, como por ejemplo, en la hipertensión arterial, son facilitadores de la enfermedad coronaria.

*Factores químicos:* que actúan a través de las lipoproteínas. Las placas que se crean sobre las paredes, están formadas por cristales de colesterol que proceden de las lipoproteínas.

Ambos factores pueden ser potenciados por correlatos comportamentales del sistema nervioso simpático y de la actividad adrenal cortical. En estos procesos tienen gran importancia, las catecolaminas (epinefrina y norepinefrina) que son liberadas en procesos emocionales, especialmente en respuesta al estrés. Por una parte, elevan el flujo sanguíneo (frecuencia cardíaca y presión arterial), provocando turbulencias, y por otra, movilizan los lípidos en mayor cantidad de lo que es metabólicamente necesario, facilitando la agresión de las paredes arteriales y dañando directamente el tejido del corazón.

La cardiopatía resultante puede manifestarse clínicamente bajo diversas formas, cuya sistematización fue establecida por la O.M.S. (1971) de la siguiente manera:

- Angina estable o crónica.
- Angina inestable.

- Infarto de miocardio.
- Arritmias y bloqueos.
- Muerte súbita.

Comprobamos como la naturaleza de los trastornos coronarios es compleja, es decir, no es responsabilidad de un único factor sino que nos encontramos ante trastornos multifactoriales. En este sentido podemos hablar de diferentes factores de riesgo:

*Factores inherentes.* que son los que resultan de condiciones genéticas, que no pueden ser modificados aunque cambien las condiciones de vida, ni por tanto son susceptibles de prevención.

*Factores tradicionales:* que comprende aquellos factores que tienen un mayor componente físico-biológico (relacionados también con lo emocional) tales como el colesterol y la hipertensión y otros elementos con mayor componente comportamental, tales como el consumo de tabaco y de cafeína.

*Factores emocionales:* factores con un componente conductual y social importante y que tanto en su manifestación como en su origen están relacionados con el estilo de vida, y cuya magnitud de riesgo asociado es similar a cualquiera de los factores tradicionales mencionados anteriormente.

Dichos factores incluyen: el patrón de conducta tipo A, el constructo de ira y hostilidad y el apoyo social, etc., que a su vez no se presentan aisladamente, sino que se influyen mutuamente, no pudiendo delimitar, finalmente, dónde comienza uno y dónde lo hace el otro y a su vez, interactúan con los factores de riesgo tradicionales, potenciando y/o mitigando sus efectos perniciosos.

## **2. Estrés laboral**

En relación a los estilos de vida y los factores emocionales, una de las situaciones típicas que caracterizan nuestras manifestaciones de ansiedad se encuentra en el estrés laboral. Entre los nuevos retos de la vida moderna y de un mercado laboral complejo y cambiante, encontramos la primacía de la competitividad y recompensa (logro) del vencedor. Esta situación fuerza a las personas a una carrera contra reloj en la que se prima la productividad (Dossey, 1986). De hecho, la incorporación de nuevas tecnologías al entorno laboral, podría considerarse una consecuencia lógica de este valor imperante de eficacia, velocidad y desempeño.

No obstante y por continuar con este ejemplo se ha tendido a exagerar la carga de estrés que comporta la tecnología. La causa de estrés, no la constituye la máquina en sí misma sino la utilización e integración inadecuada de innovaciones en los entornos profesionales. Cambios que tienen que ver con las características del puesto de trabajo (control sobre el trabajo, demandas cognitivas, autonomía y responsabilidad, interacción social, etc.) y que generan ansiedad por la falta de preparación previa que conllevan (Peiró, 1993). En el fondo, el origen del estrés laboral se encuentra en

el desnivel existente entre las demandas y los recursos que podrían mitigar esta situación (Peiro y Prieto, 1996).

De este modo, el estrés laboral presenta múltiples aproximaciones (Peiró y Salvador, 1996), constituyendo los desajustes que las personas experimentan en su trabajo la clave del enfoque interaccionista, transaccional o de ajuste persona ambiente (Edwards y Cooper, 1990) y presentando como elementos comunes a estas interpretaciones:

- El estrés laboral se produce a raíz del desajuste persona-ambiente laboral.
- El tipo de discrepancia a que da lugar el estrés es de naturaleza percibida o subjetiva, presentando menor relevancia el plano objetivo.
- La importancia para la persona de estar ajustado o hacer frente al desajuste.
- El desajuste tiene consecuencias en la salud y el bienestar del sujeto.

Ahora bien, diferentes escuelas enfatizan en diversos aspectos relativos al entorno laboral:

1. *La escuela de Michigan* (French, Rodgers, Cobb, 1974, French, Caplan y Harrinson, 1982, Caplan, 1987) destacaría la importancia del ambiente objetivo (el que existe independientemente de la percepción que la persona tenga de él), el ambiente subjetivo (el que la persona percibe o expresa), la persona objetiva (como es realmente), la persona subjetiva (el autoconcepto).

2. *El modelo cibernético del estrés y del afrontamiento*. Edwards (1988, 1992), señala como punto importante la discrepancia negativa entre el estado percibido y el estado deseado por el individuo y cuando la presencia de la discrepancia es considerada importante para él. Estrategias que utiliza el sujeto para minimizar esta distancia son:

- Cambiar el ambiente físico y social.
- Alterar algún aspecto de sí mismo.
- Modificar la información social base de las percepciones.
- Efectuar una reestructuración cognitiva de la realidad.
- Ajustar los deseos a las percepciones.
- Disminuir la importancia de la discrepancia.

### **3. Relación entre determinados comportamientos propios del patrón tipo A y la enfermedad cardiovascular**

Podemos concluir que determinados entornos laborales son estresantes en sí mismos, por diferentes causas: ej. innovaciones impuestas, decisiones unilaterales y arbitrarias, condiciones de competitividad, criterios injustos de evaluación, clima la-

boral enrarecido, etc. No obstante, en esta situación objetiva es importante la consideración y valoración que el propio trabajador haga de su propia realidad, ya que nos va a facilitar pistas sobre la diversidad comportamental y de ajuste.

Desde una perspectiva individual, determinadas características de personalidad confluyen en una mayor vulnerabilidad en la percepción de situaciones estresantes. De nuevo, (tal como vimos en las causas y consecuencias de la enfermedad coronaria), en el estudio de los factores psicológicos de riesgo, encontramos la investigación de las pautas de conducta y los estilos de vida. Dentro de los estilos de vida que presentan un mayor riesgo en el padecimiento de trastornos cardiovasculares, se encuentra el patrón de conducta tipo A. Obsérvese que en la constelación de características que incorpora este perfil, volvemos a encontrar la interrelación fisiológica-cognitiva y emocional.

El patrón de conducta tipo A definiría a todas aquellas personas que tienen una forma de vida que se puede considerar como competitiva, con mucha implicación en el trabajo o con una gran sensación de urgencia en las actividades que realizan y que presentan una mayor probabilidad de desarrollo de enfermedades coronarias en general e infarto de miocardio en particular (McDougall, Dembroski y Krantz, 1981).

Se estudió por primera vez a finales de 1950 a partir de la observación clínica de dos cardiólogos (Rosenman y Friedman) con aquellos pacientes que habían sufrido infarto de miocardio. El equipo médico detectó que determinados comportamientos eran comunes a los diferentes enfermos y de ahí se definió el patrón de conducta tipo A: individuo que lucha de forma crónica por conseguir el mayor número de cosas en el menor tiempo posible, destacando una competitividad muy exagerada en el trabajo, asociada a una sobrecarga laboral muy elevada. Es decir, son individuos con una agenda tremendamente activa y a la vez con una hostilidad y una agresividad no conveniente, excesiva y que quizás por esta urgencia temporal presentan una cierta ansiedad e hiperactividad que se manifiesta en su comportamiento externo, incluso en su expresión verbal, muy impositivo, irritable cuando se les frustra, lenguaje gestual en forma de oposición y enfado y con una elevada tensión muscular en sus aspectos psicomotores.

Además la mayoría de los pacientes de Rosenman y Friedman, eran personas que tenían una responsabilidad laboral importante, estaban en un entorno laboral de ejecutivos, directores de empresa, asociados a una actividad determinada en puestos de responsabilidad y mando. En sus investigaciones iniciales mostraron que tenían niveles elevados en los riesgos clásicos cardiovasculares, como su mayor nivel de colesterol en sangre, pero sobre todo lo que se demostró es que tenían un mayor número de infartos, es decir la incidencia de enfermedad cardiovascular era superior.

Durante los años 60 y 70 se acumuló evidencia empírica sobre estos postulados. Destacamos como estudios especialmente relevantes (Sandin, Chorot, Santed y Jiménez (1995):



*Western collaborative group study.* En un estudio longitudinal iniciado en 1960 por Rosenman y Friedman, después de 8,5 años de seguimiento de una población masculina de 3.524 encontraron que, controlando otros factores de riesgo, los individuos tipo A presentaban frente a los B, un riesgo mayor de desarrollar trastornos coronarios (concretamente de 1,7 a 2,5 veces más) y de muerte (el 88% de los fallecidos correspondieron a los tipos A).

*Framingham heart study,* se inició para estudiar longitudinalmente el desarrollo de enfermedades coronarias, partiendo de una muestra amplia de varones y mujeres. Se presentaron datos significativos sobre como el tipo A, puede predecir ligeramente la angina de pecho y la enfermedad coronaria. Resultados procedentes de diferentes investigaciones han apoyado esta hipótesis general.

Sin embargo, otros estudios prospectivos como el “Multiple risk factor intervention trial (Shekelle et al., 1985)” o el trabajo del “Multicenter post infarction research group (Case, Heller, Case y Moss, 1985)”, aportaron datos discrepantes, no pudiendo concluir sobre la existencia de asociación entre la conducta tipo A y los trastornos coronarios.

A partir de finales de los 80 empiezan a acumularse resultados contradictorios desde los estudios epidemiológicos, que si bien no han modificado sustancialmente los componentes del patrón si han aportado una mejor precisión conceptual. Es decir, se han analizado cuáles son los aspectos del patrón comportamental más favorables y cuales son los menos favorables con respecto a la salud y otras variables en relación al trabajo (ej. el rendimiento), llegando a la conclusión que es el factor hostilidad el que tiene un mayor poder predictivo de enfermedad cardiovascular. Desde una metodología basada en el metaanálisis destacaríamos dos grupos de investigaciones:

El primero de ellos: el de *Booth-Kewley y Friedman (1987)*. Como resultados importantes plantean que: variables como la depresión, la ansiedad y el complejo ansiedad-hostilidad-agresión también exhibían correlaciones significativas con las enfermedades coronarias, incluso superiores a las correspondientes al tipo A. El tipo A era siempre mejor predictor cuando había sido evaluado por medio de la entrevista estructurada que mediante el JAS (Yenkis Activity Survey el cuestionario de autoinforme más empleado para evaluar el tipo A). En definitiva, parecía deducirse que la ligera asociación, entre el tipo A y la enfermedad dependía básicamente del componente de hostilidad.

El segundo estudio fue llevado a cabo por *Matthews (1988)* encontrando que el tipo A no aparece como un fiable predictor de enfermedad cardíaca en estudios con muestras de alto riesgo o cuando aquella variable era medida por el JAS. Sin embargo dichas asociaciones eran significativas cuando el tipo A se medía con entrevista estructurada. Para explicar estas diferencias, la autora sugiere entre otras razones que: el tipo A pudiera estar más relacionado con eventos no fatales que con eventos fatales, así como con eventos iniciales de enfermedad cardíaca más que con eventos fi-

nales (es decir, la relación aparece en estudios de población base y no en los estudios de alto riesgo o cuando la enfermedad coronaria está presente o el riesgo es alto). La presencia del patrón de conducta A global no incrementa el riesgo de tener posteriores sucesos mórbidos, excepto quizá la muerte cardíaca súbita (Goldstein y Niaura, 1992). Por otro lado, la diferencia que se da en función del tipo de medida utilizada: entrevista estructurada, versus JAS, es debida al grado en que ambos miden el componente de hostilidad (este metaanálisis muestra que la hostilidad es un predictor fiable de la enfermedad coronaria).

Desde esta visión multidimensional, en el patrón de conducta tipo A deberíamos destacar tres características (Friedman y Rosenman, 1974):

*Orientación de logro competitivo* las personas con este patrón de conducta tienden a ser muy autocríticos y a esforzarse mucho por conseguir sus metas, sin acompañar sus esfuerzos con sentimientos de alegría. Perciben el entorno como opuesto a sus objetivos, con un nivel de reto elevado, interpretan el contexto de forma amenazante para su autoestima y necesitan autoafirmarse y recuperar la sensación de control a través de sus logros personales.

*Urgencia temporal* estas personas parecen estar luchando permanentemente contra el reloj, son muy intolerantes con los retrasos, con las pausas improductivas e intentan hacer más de una cosa a la vez.

*Y sentimientos de ira y hostilidad* que no necesariamente se manifiestan explícitamente pero que acabamos de definir como el factor más pernicioso. De acuerdo con los estudios al respecto (Rodríguez, 1995), las personas con este patrón de conducta responden más rápidamente y con más fuerza a los estresores, interpretándolos frecuentemente como amenazas a su control personal. Además el propio patrón comportamental puede incrementar la probabilidad de transacciones estresantes (Byrne y Rosenman, 1986).

Dichos estudios cuentan con una larga historia de sistematización teórica y de observaciones clínicas. A los dos grandes metaanálisis de revisión sobre las conductas y los factores de personalidad asociados a los trastornos coronarios (que como ya hemos visto anteriormente, apuntan en sus resultados que ira y hostilidad son predictores significativos de trastornos coronarios, con la matización de que entre ellos la hostilidad presenta la más alta asociación) precedieron otros estudios, como el de Spielberger, Jacobs, Russell y Crane (1983) que establecen una continuidad en la definición de ira, hostilidad y agresión (considerados en definiciones anteriores como constructos aislados).

Para Spielberger, Jacobs, Russell y Crane (1983), la ira es un concepto más simple que el de hostilidad y agresión. La ira se refiere a un estado emocional, que consta de sensaciones que varían en intensidad, desde la ligera irritación o enojo a furia o rabia. A pesar de que la hostilidad implica usualmente sensaciones airadas, este con-

cepto tiene la connotación de un grupo complejo de actitudes que motivan conductas agresivas dirigidas a destrozar objetos o injuriar a la gente.

Spielberger, Krasner, y Solomon (1988), amplían el concepto de ira introduciendo la distinción entre estado y rasgo y definiendo la ira en función de estos dos elementos. Estado de ira es aquel estado emocional o condición que consta de sensaciones subjetivas de tensión, enojo, irritación, furia o rabia, con activación concomitante o arousal del sistema nervioso autónomo. La ira como rasgo se define en términos de las diferencias individuales en cuanto a la frecuencia con que aparece el estado de ira a lo largo del tiempo. Un importante esfuerzo posterior en este sentido, fue la formulación realizada por Spielberger, Krasner y Solomon (1988) del denominado síndrome AHA (*Anger-Hostility-Agression*), como complejo que denota riesgo para la enfermedad coronaria e implica la manifestación experimentada tanto del estado (hostilidad) como rasgo de la ira, la expresión de la misma (*Ira-in* e *ira-out*) y el control de la ira.

Las líneas de investigación actuales se centran principalmente en la medida de la hostilidad con dos instrumentos:

- La escala de hostilidad (HO) de Cook y Medley (1954): relacionada con aspectos de hostilidad experimentada y con las siguientes dimensiones como predictoras de enfermedad coronaria: actitudes cínicas, afecto hostil y conducta agresiva.
- Potencial de hostilidad (PH) derivada de la entrevista estructurada del tipo A (Dembroski y Costa, 1987), relacionado con aspectos de expresión de hostilidad, donde se han aislado las variables: contenido de hostilidad (descripciones que hacen los sujetos de su ira), intensidad (manifestaciones de respuestas enfáticas) y estilo (conductas desagradables y falta de cooperativismo mostrado en la entrevista).
- El inventario de Buss-Durkee (1975) que contiene una escala de suspicacia-resentimiento, que mide hostilidad experimentada y otra de ataque-agresión verbal que mide hostilidad expresiva.

La no existencia de datos concluyentes respecto a la validez de este constructo imposibilitan por el momento, obtener conclusiones claras sobre la capacidad predictiva de estas variables sobre el desarrollo de infarto, angina de pecho, mortalidad, etc. Sin embargo y siguiendo a Schmitz (1992) aunque los datos no son enteramente consistentes, éstos sí sugieren que la hostilidad es un factor que contribuye a los trastornos cardiovasculares por su asociación con una elevada actividad fisiológica (cardiovascular y neuroendocrina) (Vila, Fernandez y Robles, 1988) que no siempre es respuesta a agentes estresantes sino que suele deberse a un particular estilo cognitivo y de interacción que propician más frecuentes e intensas condiciones de estrés (Yuen y Kuiper, 1991). En los conflictos psicosociales estas personas tienden a reducir el apoyo social en su relación con el entorno, sumándose a todo ello el que las

personas con características hostiles, podrían ver aumentado su riesgo de enfermedad por el desempeño de hábitos inadecuados de salud, como la falta de ejercicio físico y tiempo de ocio, dieta inadecuada, consumo de alcohol y tabaco, etc.

Cuando se miden las respuestas fisiológicas de los tipos A se encuentran pocas diferencias con otros individuos, si están en reposo (Glass y Contrada, 1984 y Krantz y Durel, 1983). Pero, en tareas desafiantes y que provocan tensión (especialmente las competitivas, dependientes de tiempo e incontrolables) los individuos tipo A muestran mayor reactividad en presión arterial, tasa cardíaca y catecolaminas del plasma (epinefrina y norepinefrina) que las personas tipo B (Glas y Contrada, 1984, Holmes y cols, 1984 y Ward y cols, 1985). Aun cuando se toman en cuenta otros factores de riesgo como el fumar y la obesidad, los tipos A muestran porcentajes más altos de riesgo coronario (Herd, 1983 y Jenkins, 1976) posiblemente debido a que la secreción de hormonas durante el estrés parece contribuir al riesgo de enfermedades coronarias (Henry, 1983; Schneiderman, 1983 y Williams, 1983).

Además de las dimensiones fisiológicas (como planteábamos en la introducción sobre el estrés laboral), en la ansiedad tipo, conviven una serie de correlatos sociales que favorecen la existencia de estilos de vida estresantes. Así, parece ser que son los trabajadores de cuello blanco, los yuppis, los ejecutivos, quienes por su posición ocupacional estarían más expuestos a asumir efectivamente un patrón de conducta tipo A, guardando una relación paralela con lo que nuestra sociedad asume con la figura de un triunfador en cuanto prestigio, poder o riqueza.

El patrón A de conducta se adquiere a través de aprendizajes sociales. Se detecta ya en la adolescencia (Matthews y Angulo, 1980) y es dependiente de la cultura, concentrándose sobre todo en las sociedades industrializadas del hemisferio occidental (Cohen, Syme et al., 1974). Esta distribución topográfica subraya la importancia de su estudio ecológico ya que el patrón A de conducta requiere un caldo de cultivo ambiental para su adquisición y mantenimiento, promueve conductas dirigidas a modificar el estatus jerárquico de los sujetos y hace que sus interacciones con el medio sean acusadamente combativas y hostiles. Y como este estilo de vida está refrendado por valores sociales tradicionalmente considerados como deseables, es difícil de modificar por los aprendizajes de que depende y por las exigencias ambientales que lo alimentan.

En definitiva, el patrón de conducta tipo A también tiene una dimensión situacional e interactiva en un determinado medio, se gesta en un entorno específico, elicitado por una situación determinada y es allí donde se puede originar este tipo de trastornos de dimensiones fisiológicas. Resulta un patrón complejo no reducible a un rasgo estable de personalidad, sino que la interacción con el entorno y el conocimiento del mismo es fundamental para comprender este tipo de constructo. Su modificación y prevención es posible mediante el aprendizaje y entrenamiento adecuado, junto con la correspondiente y necesaria denuncia y sensibilización de las condiciones psicosociales que lo propician.

## BIBLIOGRAFÍA

- BÁGUENA, M.J. y BELLOCH, A. (1987): *Extroversión, psicoticismo y dimensiones emocionales de la personalidad*. Valencia. Promolibro.
- BOOTH-KEWLEY, S. y FRIEDMAN, H. (1987): "Psychological predictors of heart disease: a quantitative review". *Psychological Bulletin*, 101, pp. 343-362.
- BUENDIA, J. (1995): *Psicología y salud. Control de estrés y factores asociados*. En J. Buendía (1995, de.). *Estrés y psicopatología*. Dykinson.
- BULL, N. (1951): "The attitude theory of emotion. Nerv. and Ment.". *Disease monographs*, 81.
- BUSS, A.H. y DURKEE, A. (1975): "An inventory for assessing different kinds of hostility". *Journal of Consulting Psychology*, 21, pp. 343-349.
- BYRNE, D. (1964): "Childrearing antecedents of repression sensitization". *Child. Development*, 35, pp. 1033-1039.
- BYRNE, D.G. y ROSENMAN, R.H. (1986): "The type A behavior pattern as a precursor to stressful life events: a confluence of coronary risks". *British Journal of Medical Psychology*, 59, pp. 75-82.
- CAPLAN, R.D. (1987): "Person environment fit theory and organizations. Commensurate dimensions, time perspectives and mechanisms". *Journal of Vocational Behavior*, 31, pp. 248-267.
- CARPINTERO, H. (1987): *Historia de la Psicología*, vol. I. Valencia. Nau Llibres.
- CASE, R.B., HELLER, S.S., CASE, N.B. y MOSS, A.J. (1985): "The multicenter post infarction research group". *New England Journal of Medicine*, 312, p. 737.
- CATTELL, R.B. y SCHEIER, I.H. (1961): *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. Ronald Press.
- COOK, W.W. y MEDLEY, D.M. (1954): "Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI". *Journal of Applied Psychology*, 38, pp. 414-418.
- DEMBROSKI, T.M. y COSTA, P.T. (1987): "Coronary prone behavior: Components of the type A pattern and hostility". *Journal of Personality*, 55, pp. 211-235.
- DOLLARD, J. y MILLER, N. (1950): *Personality and psychotherapy*. Mc Graw Hill.
- DOSSEY, L. (1986): *Tiempo, espacio y medicina*. Barcelona. Kairos.
- EDWARDS, J.R. (1988): *The determinants and consequences of coping with stress*. En J.M. Peiro y F. Prieto (1996): *Tratado de psicología del trabajo*, vol. 1. La actividad laboral en su contexto. Madrid. Síntesis.
- EDWARDS, J.R. (1992): "A cybernetic theory of stress, coping and well-being in organizations". *Academy of Management review*, 17, pp. 238-274.
- EDWARDS, J.R. y COOPER, C.L. (1990): "The person-environment fit approach to stress, recurring problems and some suggested solutions". *Journal of Organizational Behavior*, 11, pp. 293-307.
- EYSENCK, H.J. (1956): "The questionnaire measurement of neuroticism and extraversion". *Rivista di Psicologia*, 50, pp. 113-140.
- EYSENCK, H.J. (1967): *The biological basis of personality*. Fontanella.
- EYSENCK, H.J. (1975): *Anxiety and the natural history of neurosis*. En C. Spielber e Y. Sarason (eds.). Stress and anxiety. Hemisphere Publications Company.
- EYSENCK, H.J. (1976): "The learning theory model of neurosis –a new approach– Behavior". *Research and Therapy*, 14, pp. 251-267.
- EYSENCK, H.J. (1977): *You and neurosis*. Temple Smith.

EYSENCK, H.J. (1980): "Condicionamiento pavloviano y extinción como componentes básicos para una teoría unitaria de la neurosis". *Análisis y modificación de conducta*, 6, pp. 479-508.

FRENCH, J.R., CAPLAN, R.D. y HARRISON, R.V. (1982): *The mechanisms of job stress and strain*. Nueva York. John Wiley y Sons.

FRENCH, J.R. RODGERS, W.L. y COBB, S. (1974): *Adjustment as person environment fit*. En J.M. Peiro y F. Prieto (1996): *Tratado de psicología del trabajo*, vol. 1. La actividad laboral en su contexto. Madrid. Síntesis.

FRIEDMAN, M. y ROSENMAN, R.H. (1974): *Type A behavior and your heart*. New York. Knopf.

GLASS, D.C. y CONTRADA, R.J. (1984): *Type A behavior and catecholamines*. En L. Davidoff (1989). *Introducción a la Psicología*. Madrid. McGrawHill.

GOLDSETEIN, M.G. y NIAURA, R. (1992): "Psychological factors affecting physical condition. Cardiovascular disease literature review". *Psychosomatics*, 33, pp. 134-145.

HAYNER, S.N. (1978): *Principles of behavioral assessment*. Gardner Press.

HENRY, J.P. (1983): "Coronary heart disease and arousal of the adrenal cortical axis". En L. Davidoff (1989). *Introducción a la Psicología*. Madrid. McGrawHill.

HERD, J.A. (1983): "Summary biobehavioral perspectives in coronary arteriosclerosis". En L. Davidoff (1989). *Introducción a la Psicología*. Madrid. McGrawHill.

HOLMES, D.L., REICH, J.N. y PASTERNAK, J.F. (1984): *The development of infants born at risk*. Hillsdale. N.J. Erlbaum.

JENKINS, C.D. (1976): "Recent evidence supporting psychological and social risk factors for coronary disease". *New England Journal Medical*, 294, pp. 987-994.

KRANTZ, D.S. y DUREL, L.A. (1983): "Psychobiological substrates of the type A behavior pattern". *Health Psychology*, 2, pp. 393-411.

LANG, P.J. (1971): *The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification*. Wiley.

LINDSLEY, D.B. (1951): "Emotion". En M.J. Bágüena y A. Belloch (1987). *Extroversión, psicoticismo y dimensiones emocionales de la personalidad*. Valencia. Promolibro.

MATTHEW, K.A. (1988): "Coronary heart disease and type A behaviors: update on and alternative to Booth-Kewlye and Friedman (1978) quantitative review". *Psychological Bulletin*, 104, pp. 373-380.

McDOUGALL, J.M., DEMBROSKI, T.M. y KRANTZ, D.S. (1981): "Effects of types of challenge on pressor and heart rate responses in type A and B women". *Psychophysiology*, 18, pp. 1-9.

MISCHEL, J. (1968): *Personalidad y evaluación*. Madrid. Trillas.

MOWRER, O.H. (1939): "A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent". *Psychology Review*, 46, pp. 553-556.

NIETZEL, M.T. y BERSTEIN, D.M. (1981): "Assesment of anxiety and fear". En M.J. Bágüena y A. Belloch (1987). *Extroversión, psicoticismo y dimensiones emocionales de la personalidad*. Valencia. Promolibro.

O.M.S (1971): *Les prodromes de l'infactus du myocarde et de la morte subite*. Rapport d'un group de travail. Copenhague. OMS.

PAUL, G.L. y BERNSTEIN, D.A. (1976): "Anxiety and clinical problems". En M.J. Bágüena y A. Belloch (1987). *Extroversión, psicoticismo y dimensiones emocionales de la personalidad*. Valencia. Promolibro.

- PAVLOV, T.P. (1927): *Conditioned reflexes*. Oxford University Press.
- PEIRÓ, J.M. (1993): *Desencadenantes del estrés laboral*. Eudema. Madrid.
- PEIRÓ, J.M. y PRIETO, F. (1996): *Tratado de psicología del trabajo*, vol. 1. La actividad laboral en su contexto. Madrid. Síntesis.
- PEIRÓ, J.M. y Salvador, A. (1993): *Control del estrés laboral*. Eudema. Madrid.
- RODRÍGUEZ, J. (1995): *Psicología social de la salud*. Madrid. Síntesis
- ROSENMAN, R.H., FRIEDMAN, M., STRAUSS, R., WURM, M., KOSITCHER, R., HAHN, W. y WERTHESEN, N.T. (1964): "A predictive study of coronary heart disease". *The Journal of the American Medical Association*, 189, pp. 323-331.
- SANDIN, B., CHOROT, P., SANTED, M.A. y JIMÉNEZ, M.P. (1995): "Trastornos psicósomáticos". En A. Belloch, Sandin, B. y F. Ramos (1995): *Manual de psicopatología*. Madrid. McGraw-Hill.
- SCARPETTI, W.L. (1974): "Autonomic concomitant of aggressive behavior in repressors and sensitizers: a social learning approach". *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, pp. 772-781.
- SCHNEIDERMAN, N. (1983): "Behavior, autonomic function and animal models of cardiovascular pathology". En L. Davidoff (1989). *Introducción a la Psicología*. Madrid. McGrawHill.
- SHEKELLE, R.B., GALE, M. y NORUSIS, M. (1985): "Type A score and risk of recurrent coronary heart disease in the aspirin myocardial infarction study". *The American Journal of Cardiology*, 56, pp. 221-225.
- SCHMITZ, P.G. (1992): "Personality, stress-reactions and disease". *Personality and individual differences*, 13, pp. 683-691.
- SPENCE, J.T. y SPENCE, K.W. (1966): "The motivational components of manifest anxiety: drive and drive stimuli". En M.J. Búsqueda y A. Belloch (1987). *Extroversión, psicoticismo y dimensiones emocionales de la personalidad*. Valencia. Promolibro.
- SPENCE, K.W. y TAYLOR, J.A. (1953): "The relation of conditioned response strength to anxiety in normal neurotic, and psychotic subjects". *Journal of Experimental Psychology*, 45, pp. 265-272.
- SPIELBERGER, C.D., JACOBS, G., RUSSELL, S. y CRANE, R.S. (1983): "Assessment of anger". En M.J. Búsqueda y A. Belloch (1987). *Extroversión, psicoticismo y dimensiones emocionales de la personalidad*. Valencia. Promolibro.
- SPIELBERGER, C.D., KRASNER, S.S. y SOLOMON, E.P. (1988): "The experience and expression of anger". En M.P. Janisse (de). *Health Psychology: Individual Differences*. New York. Springer.
- TAYLOR, J. (1953): "A personality scale of manifest anxiety". *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, pp. 285-290.
- VILA, J., FERNÁNDEZ SANTIAGO, M.C. y ROBLES, H. (1988): "Promoción conductual de la salud: el ejemplo de las enfermedades de corazón". En A. Fierro (de). *Psicología clínica: cuestiones actuales*. Madrid. Pirámide.
- WARD, M.M., CHESNEY, M.A., SWAN, G.E., BLACK, G.W., PARKER, S.D. y ROSENMAN, R.H. (1985): "Cardiovascular responses in type A and type B to a series of stressors". En L. Davidoff (1989). *Introducción a la Psicología*. Madrid. McGrawHill.
- WILLIAMS, R.B. (1983): "Overview: biobehavioral mechanisms in the etiology and pathogenesis of coronary heart disease". En L. Davidoff (1989). *Introducción a la Psicología*. Madrid. McGrawHill.
- YUEN, S.A. y KUIPER, N.A. (1991): "Cognitive and affective components of the type A hostility dimension". *Personality and individual differences*, 12, pp. 173-182.