



UNIVERSITAT  
JAUME·I

## Jornades de Foment de la Investigació

# FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO PARA LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Autors

Elena Crespo

Sonia Benages

2n curs Psicologia

Psicologia bàsica

## INTRODUCCIÓN

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares suponen uno de los principales índices de mortalidad en los países industrializados, incidiendo en un 45% del total de las muertes. Los factores clásicos de riesgo cardiovascular -como pueden ser la hipertensión arterial, la dislipemia o el tabaco- han resultado insuficientes para explicar por qué se produce este tipo de enfermedades. Consiguientemente, ha sido necesario investigar otros posibles factores que impliquen la probabilidad de poner en riesgo la salud de los sujetos. Estos nuevos factores se centran en ámbitos psicosociales y comportamentales, y entre ellos destacan la competitividad y el complejo emocional «Ira-Hostilidad», del cual se derivan las recientes investigaciones sobre el «Síndrome AHA». Para la comprensión de la relación existente entre los nuevos factores de riesgo y la salud general, se plantea un modelo consistente en la mayor reactividad psicofisiológica que muestra las personas que puntúan alto en las variables psicológicas de riesgo.

Hoy en día, las enfermedades coronarias (E.C) son una de las principales causas de mortalidad en los países industrializados. La sociedad actual, ha creado un ambiente en el que es probable que casi cualquier persona pueda llegar a desarrollar los síntomas que suele mostrar este tipo de enfermedad, siendo la causante del 45% del total de muertes en los países desarrollados.

Actualmente en España, y según datos muy recientes, las enfermedades cardiovasculares suponen el 40'7% de muertes en ambos sexos, siendo la enfermedad isquémica coronaria la que más incide en varones (31'7%), y la enfermedad vascular cerebral en mujeres (34'9%) (Diago, Guallar y Andrés, 1996). La aterosclerosis es la base fundamental de las cardiopatías isquémicas y consiste en la formación de una placa de ateroma en los vasos sanguíneos, es decir, en una obstrucción en una arteria impidiendo, de este modo, el riego sanguíneo al órgano del que depende esa/s arteria/s. Por tanto, conocer el proceso que sigue desde su origen, facilitará el estudio de los aspectos que influyen en su formación y cuáles son los factores de riesgo que indican la posibilidad de llegar a padecer esta enfermedad a largo o corto plazo.

El conocimiento de las enfermedades cardiovasculares permite conocer y comprender de mejor modo, cuáles son los factores clásicos que influyen en su desarrollo; de esta forma queda facilitada la prevención y/o evitación de los mismos en el mejor de los casos. Dichos factores pueden tener diversas fuentes de origen; una de ellas hace referencia a factores endógenos del sujeto, más concretamente a los genes, y como consecuencia, no son susceptibles de ser modificados. Sin embargo, hay otros tipos de factores que al estar en función de variables externas, sí que pueden verse alterados por medio de programas de prevención; de tal forma, la prevención primaria tratará aquellos sujetos que todavía no poseen una enfermedad cardiovascular. Por otra parte, la prevención secundaria tiene como objetivo evitar que los pacientes que ya han presentado síntomas de la enfermedad lleguen a padecer posteriores recaídas.

Los factores clásicos de riesgo también pueden clasificarse como primarios y secundarios. Los primeros hacen referencia a aquellos factores que pueden producir la enfermedad por sí mismos, sin necesidad de que otros incidan sobre ellos. Por otro lado, los factores de riesgo secundarios, son aquellos que actúan cuando algún otro factor ya está presente en el sujeto.

## FACTORES DE RIESGO FIJOS

Los factores de riesgo no modificables incluyen características fijas del sujeto, como pueden ser la edad, el sexo, la raza y la historia familiar. A medida que un sujeto se va haciendo mayor, incrementa la probabilidad de sufrir una cardiopatía isquémica. En esta progresión, la *edad* en la que se produce mayor incidencia de enfermedades es entre los 50 y 65 años.

En cuanto al *sexo* del sujeto, parece ser que los estrógenos tienen un papel protector para las mujeres, retardando la aparición de la enfermedad cuando ningún otro factor hace acto de presencia.

Respecto a la *raza*, se puede añadir que a pesar de que siempre se ha considerado que las personas de color tenían menor incidencia en padecer una enfermedad cardiovascular, actualmente los índices de mortalidad indican un aumento de la misma; aunque probablemente, es mayor la influencia del ambiente que rodea al sujeto que su propia raza, dado que diversos estudios han observado como incidían los factores externos del ambiente en diversos sujetos de diferentes razas al vivir en ambientes y culturas totalmente distintas a las suyas propias.

Parece lógico que la *historia familiar* del sujeto también influya en la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular, puesto que estamos hablando de factores endógenos del sujeto que son imposibles de modificar. Por tanto, es posible que un sujeto tenga mayor riesgo de sufrir una enfermedad coronaria si algún progenitor posee un historial de enfermedad cardiovascular a una edad temprana. De todos modos, aunque se pueden controlar los factores de riesgo que puede padecer este sujeto por herencia de sus antecesores, resulta muy complejo discriminar donde comienza la influencia de los factores externos del ambiente y donde los factores genéticos, puesto que ambos interactúan determinando la mayor o menor probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular.

## FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES PRIMARIOS

Dentro de la clasificación de factores de riesgo primarios y susceptibles de ser modificados, podemos incluir la *dislipemia*, la cual consiste o bien en una alteración del metabolismo de los lípidos (dislipemia endógena), o bien está en función de la dieta (dislipemia exógena). En todo caso, esta enfermedad engloba todas y cada una de las alteraciones de los lípidos. Entre estas alteraciones cabe destacar la hipercolesterolemia (aumento del colesterol total,  $x > 200$  mg/dl), la hipertrigliceridemia (aumento de triglicéridos), el incremento del colesterol-LDL (lipoproteínas de baja densidad,  $x > 130$  mg/dl) y el descenso del colesterol-HDL (lipoproteínas de alta densidad,  $x < 35$  mg). Todas estas alteraciones (excepto la hipertrigliceridemia) pueden ser consideradas como factores de riesgo primarios, dado que pueden incrementar la probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular por sí mismos.

El *tabaco* parece ser otro factor de riesgo a tener en cuenta, puesto que se ha observado en diferentes estudios sobre enfermedades coronarias, una mayor incidencia de muertes en personas fumadoras que no fumadoras. El tabaco es considerado como un factor primario, pero en realidad interactúa con otros factores como pueden ser la hipertensión y la dislipemia causando, de este modo, un incremento del colesterol-LDL, del colesterol-VLDL y los triglicéridos y un decremento de los niveles de colesterol-HDL. El efecto del tabaco es en cierto modo transitorio, en el sentido de que si un sujeto abandona el hábito, sus efectos pueden ser reversibles y es posible que llegue a alcanzar los mismos niveles de riesgo de enfermedad coronaria que los no fumadores.

La *hipertensión arterial* es considerada como otro factor de riesgo primario modificable, ya que se asocia con un mayor número de muertes debidas a enfermedades coronarias, cerebrovasculares, arteriopatía periférica e insuficiencia cardíaca. Las cifras arbitrarias máximas de la tensión arterial son 140/90, partiendo de éstas se habla de hipertensión arterial, aumentando el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular a medida que aumentan estas cifras, ya que se asocian con un decremento de los niveles de colesterol-HDL. El mecanismo proaterogénico resulta bastante desconocido aunque se relaciona con los efectos que produce el estrés en la pared del vaso.

La **diabetes** es la enfermedad metabólica que se produce con más frecuencia en los seres humanos, provocando una mayor incidencia de aterosclerosis. Esta enfermedad se asocia con niveles altos de colesterol y triglicéridos, un decremento del colesterol-HDL, con la obesidad y la hipertensión.

## FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES SECUNDARIOS

Dentro de este bloque podemos encontrar la obesidad, el sedentarismo, el patrón de conducta tipo A (PCTA) y los anticonceptivos orales.

Respecto a la **obesidad**, es necesario señalar que a pesar de que actualmente se discute su consideración como factor primario o secundario, suele verse asociada a otros factores que sí lo son, como pueden ser la diabetes, la hipertensión o la hipercolesterolemia (Manson, 1.990).

En cuanto al **sedentarismo**, se puede observar una relación con niveles bajos de colesterol-HDL, niveles altos de tensión arterial, obesidad, dislipemia y tabaquismo; por tanto, no resulta fácil poder considerar la posibilidad de que este factor sea independiente de riesgo. Para reducir los efectos que produce sobre otros factores de riesgo que sí son independientes, resulta necesario realizar unos 15-20 minutos diarios de ejercicio físico.

El papel del **patrón de conducta tipo A** (PCTA) como factor de riesgo, ha sido recientemente muy discutido y criticado, pero se ha de señalar que se ha observado un decremento en el número de muertes en sujetos que, habiendo sufrido ataques de miocardio, modificaron su conducta habitual por una mucho más saludable y que no repercutía en un grado tan alto como la anterior en otros factores de riesgo que incrementaban la posibilidad de padecer un trastorno cardiovascular. De todos modos, este tema será tratado de forma más amplia posteriormente.

El consumo habitual de **anticonceptivos orales** por parte de las mujeres, también puede suponer un factor de riesgo a tener en cuenta, especialmente cuando el sujeto se expone al hábito del tabaco de modo regular. Esto se debe a la asociación existente con la hipertensión y la dislipemia.

## FACTORES DE RIESGO DUDOSO EN ESTUDIO

Actualmente, está siendo discutido el papel que desempeñan algunas variables como factores de riesgo de trastornos cardiovasculares. Entre estas variables cabe prestar especial atención a los efectos que producen la **hiperuricemia**, el **fibrinógeno**, el **alcohol** y el **café** sobre la mayor o menor incidencia en las enfermedades cardiovasculares. Por tanto, no se puede confirmar que se trate de factores de riesgo, pero según este mismo razonamiento, tampoco se puede descartar la posibilidad de que lo sean.

## NUEVOS FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo clásicos aportados por el modelo bio-médico son muy relevantes en el sentido de que, por medio de ellos, se pueden realizar asociaciones estadísticas entre los factores de riesgo y las enfermedades isquémicas coronarias (EIC). Sin embargo estas asociaciones dejan de lado otras muchas circunstancias que podrían reflejar información de suma relevancia para el estudio de las enfermedades cardiovasculares.

Los huecos que están dejando vacíos los factores clásicos hacen referencia al estrés psicosocial y a las diferencias individuales en la percepción de los estímulos ambientales estresantes para cada persona. Estos factores psicosociales tienen un papel modulador sobre los factores clásicos de riesgo, los cuales son generalmente biológicos. Entre la multitud de factores psicológicos que se pueden relacionar con las EIC, podemos encontrar el PCTA.

El PCTA consiste en «un complejo acción-emoción que puede ser observado en cualquier persona que se encuentra agresivamente implicada en un crónico e incesante conflicto para conseguir más y más en el menor tiempo posible, y, si fuera necesario, en contra de los esfuerzos opositores de otras cosas o personas» (Rosenman y Friedman, 1961). Este tipo de conducta implica un gran número de conductas y respuestas emocionales relacionadas con la ira y la hostilidad, así como con una serie de disposiciones de conductas, como pueden ser la competitividad e impaciencia. Además, los sujetos que presentan el PCTA se caracterizan por realizar unas conductas muy específicas tales como estar constantemente en estado de vigilancia, tensión muscular, hablar de forma rápida y enfática y llevar a cabo actividades de forma rápida (Rosenman, 1986).

El PCTA ha sido muy investigado desde su aparición, pero a pesar de que muchos estudios apoyan la posibilidad de considerarlo como un factor de riesgo, existen también otros muchos estudios que lo critican. Dado que el PCTA es un complejo acción-emoción, también se puede considerar como un constructo multidimensional, en el que hay que tener en cuenta diversas características del sujeto como pueden ser, la competitividad, la urgencia de tiempo, la agresividad, la impulsividad, el afán de éxito, la ansiedad, la ira-hostilidad, etc.

Las críticas realizadas al PCTA se basan en que no todos sus componentes reflejan una clara relación con las EIC, por tanto -y según algunos autores- se debería revisar el concepto del PCTA; sin embargo, otros investigadores se niegan, ya que lo conciben desde una perspectiva más gestaltista, considerando que es el conjunto de los componentes de este complejo acción-emoción el que determina una mayor probabilidad de padecer un trastorno cardiovascular.

Otras de las principales críticas al PCTA consisten en la dudosa validez y fiabilidad de los instrumentos utilizados en la evaluación de sujetos diagnosticados con este tipo de patrón de conducta. Las técnicas más utilizadas son la entrevista estructurada (EE), la escala de actividad de Jenkins, la de NOVACO para la reactividad cardiovascular, la escala Bortner y la escala tipo A de Framingham.

Actualmente, se considera la hostilidad como el componente más importante del PCTA (Kaplay y col. 1994; Siegman, 1994a). Para medir este componente se utiliza normalmente el inventario de Buss y Durkee y la subescala S de actividad de Jenkins (Palmero y Codina, 1995). Según algunos estudios, la subescala S correlaciona positivamente con la medida de la hostilidad mediante otros instrumentos (Swamm, Carmeli y Rosenman, 1989). De este modo, se puede confirmar que algunos de los factores que componen el PCTA sí que parecen correlacionar con las EIC; sin embargo, otros componentes parecen incluso proteger al sujeto del riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (Vickers, Hervig, Rahe y Rosenman, 1981). Tomando como base esta información, se debe discriminar entre los componentes tóxicos de los que no lo son. Actualmente se considera la hostilidad como el componente más nocivo e importante (Kaplay y cols. 1994; Siegman, 1994a), puesto que recibe bastante apoyo como indicador del infarto de miocardio (I.M) en el Western Collaborative Group Study (WCGS) (Jenkins, Rosenman y Friedman, 1966) y porque coincide con la incidencia de trastornos cardiovasculares (Hecker, Chesney, Black y Frantschi, 1988; Matthews, Glass, Rosenman y Bortner, 1977). Teniendo en cuenta esta información, vamos a prestar una mayor atención a la Hostilidad, resaltando al mismo tiempo la importancia que cobra el aspecto emocional de la Ira en relación con esta línea de investigación.

## IRA Y HOSTILIDAD

A raíz de las críticas hechas al PCTA y una vez éste fue descartado como indicador de una mayor probabilidad de padecer un trastorno cardiovascular, se empezó a investigar en un nuevo patrón de predisposición conductual que lo indicara más eficazmente. Este novedoso objeto de estudio hace referencia al complejo “Ira-Hostilidad”, del cual la hostilidad es el componente esencial y recibe mayor interés por parte de los investigadores.

La **Hostilidad** es el resultado de las influencias que puede haber recibido un sujeto por parte de su medio ambiente a lo largo de su vida, ya que el factor genético si actúa, lo hace de modo muy reducido (Cates, Houston, Vavak, Crawford y Uttley, 1993). Los sujetos que muestran hostilidad se caracterizan por esperar lo peor de los demás (Suls, 1990) y a causa de esto, suelen estar siempre a la defensiva, creando ambientes en los que predomina la competitividad y la tensión (Smith y Frohm, 1985).

Estos sujetos perciben el ambiente como una lucha incesante y competitiva para lograr el objetivo que pretenden; para ello, permanecen constantemente alerta en caso de que su “enemigo” lleve a cabo conductas malintencionadas con el fin de impedirles que consigan su propósito. Esta tensa situación deriva, lógicamente, en sentimientos de ira en numerosas ocasiones (Smith y Frohm, 1985). Por otra parte, el hecho de que estas personas se encuentren en un estado de hipervigilancia constante contribuye a que tengan mayor predisposición a padecer una E.C, ya que la activación de sus mecanismos de defensa para afrontar la situación -o estímulo estresor- perdura en el tiempo, cuando lo óptimo sería que se activase en un momento determinado y concreto en el que se sufra estrés y vuelva a sus niveles basales inmediatamente después de que el estímulo estresor halla desaparecido.

Por otro lado, la **Ira** hace referencia a una emoción displacentera conformada por sentimientos que varían en intensidad y que, fisiológicamente, se caracterizan por un aumento en la activación del Sistema Nervioso Simpático, del Sistema Endocrino y tensión en la musculatura esquelética. El signo expresivo más significativo de la ira son los gestos faciales y desde el punto de vista cognitivo, representa una serie de pensamientos contradictorios y contrapuestos. También se puede observar que los sujetos airados tienen tendencia a comportarse de manera agresiva (Palmero, Espinosa y Breva, 1995).

En este mismo marco de referencia, resulta imprescindible el conocimiento de las diferencias existentes entre la *experiencia* y la *expresión* de la ira. Respecto a la experiencia, sólo cabe decir que la ira variará en intensidad, frecuencia y duración en función de la situación y los factores internos que condicionen al sujeto en ese preciso momento. Por otra parte, la expresión de este aspecto afectivo-emocional, es una respuesta elicitada en un contexto normalmente social, de forma transitoria como reacción a las amenazas que el sujeto percibe a través del medio ambiente. Esta respuesta servirá al sujeto para recuperar la homeostasis y reducir el malestar emocional que le han producido dichas amenazas del medio (Harburg, Blakelock y Roeper, 1974). En esta misma línea, Johnson (1990) propuso tres estilos de afrontamiento ante un estímulo estresor con el fin de disminuir dicha sensación displacentera:

- **Supresión de la Ira** (anger-in): este estilo se caracteriza por el hecho de que el sujeto afronta la situación inhibiendo la manifestación abierta de la ira; prefiere reprimirla a pesar de sentir una intensa sensación de enfado, antes que expresarla verbal o físicamente.
- **Expresión de la Ira** (anger-out): el sujeto tiende a expresar abiertamente su ira manifestando conductas airadas hacia sujetos u objetos, tanto verbal como físicamente, pero sin intención de realizar ningún daño o perjuicio hacia la otra persona. Sin embargo, no podemos dejar de señalar que en numerosas ocasiones, estos episodios abiertos de ira dejan paso a conductas de agresión por parte del sujeto que sí demuestran claras intenciones de dañar a la otra persona, sin llegar de todos modos a una resolución

positiva del problema, ya que la agresión no conduce, en ningún modo, a un compromiso eficaz que resuelva el conflicto originario de la situación en cuestión.

- **Control de la Ira** (anger-control): el sujeto, en esta ocasión, intenta canalizar toda la energía provocada por sus sentimientos de enfado e ira y proyectarla a otros fines más constructivos que la conducta agresiva hacia el objeto estresor, intentando llegar a una resolución positiva del problema que ha provocado dicha sensación displacentera. Esta sería la alternativa más adecuada para aplacar la posibilidad de aumentar el riesgo a padecer un infarto de miocardio a causa de la expresión de la ira y/o un cáncer de úlcera por suprimir la ira y reprimirla en el interior sin expresarla correctamente.

Siguiendo en este mismo marco de referencia, cabe añadir el reciente interés que han mostrado algunos autores acerca del denominado “Síndrome AHI” a raíz de las investigaciones realizadas sobre el complejo “Ira-Hostilidad”. El Síndrome AHI (agresión, hostilidad e ira) hace referencia a un término acuñado por la relación hallada entre la elevada incidencia de E.C y el número de sujetos clasificados como hostiles con tendencia a airarse fácilmente y a reducir su activación emocional mediante conductas agresivas (Spielberg, Johnson, Russel, Crane, Jacobs y Worden, 1985; Johnson, 1990; Smith, 1994).

El “Síndrome AHI” está compuesto por un aspecto cognitivo (hostilidad), un aspecto emocional (ira) y otro conductual (agresión). La Agresión hace referencia a conductas abiertas, intencionadas y destructivas de ataque hacia los demás o hacia objetos, de forma directa o indirecta, activa o pasivamente y física o verbalmente (Smith, 1994). Otros autores han distinguido entre “Agresión Respondiente” y “Agresión Instrumental u Operante”. La primera se refiere a aquella que se desencadena inmediatamente a causa de una agresión directa (física o verbal) por parte de otro agente, y también suele denominarse como “respuesta de defensa” o “contraataque”. Por otro lado, la segunda hace referencia a aquella agresión iniciada por el sujeto que tiene la intención de agredir, con la particularidad de que las consecuencias que acarrea dicha agresión son reforzadas para sí mismo, bien por la obtención de alguna recompensa, bien por la estimulación que recibe por parte de la propia víctima. En este orden de cosas, la agresión ha de ser entendida como tal, siempre que suceda bajo estas condiciones e independientemente de lo que pueda interpretar el sujeto objeto de la agresión.

Es posible que en ciertas ocasiones la agresión y la expresión de ira resulten un tanto confusas en cuanto a su conceptualización y no se vea claramente cuál es la diferencia entre ambas. No obstante, si analizamos detalladamente el significado de ambas expresiones, observaremos que la expresión de la ira se diferencia por una parte de la agresión instrumental en que ésta última no implica necesariamente un componente emocional, como es en este caso la ira. Esto es debido a que el sujeto utiliza y lleva a cabo la agresión como un medio para conseguir un fin determinado. Ahora bien, de modo más general se puede observar que la diferencia más significativa entre ambas expresiones es la intencionalidad del sujeto. Por un lado, la conducta de agresión implica una clara intención de daño por parte del sujeto con el fin de eliminar el objeto estresor; sin embargo, la expresión de la ira no implica dicha intencionalidad, si la implicara, pasaría de ser una simple expresión para convertirse en una agresión.

Del “Síndrome AHI”, la ira era la considerada, en un principio, como el componente esencial, ya que en muchas ocasiones lleva a la hostilidad y posteriormente a la agresión (Johnson, 1990); por tanto no resulta casual que las investigaciones de muchos autores se centrasen en la búsqueda de la posible relación entre los trastornos cardiovasculares y la ira, y más concretamente con la supresión y/o expresión de la misma (Palmero, Espinosa y Breva, 1995). A partir de los estudios de algunos autores como Siegman (1994) y Dembroski y cols. (1989), resulta necesario considerar el complejo “Ira-Hostilidad” para poder entender la relación entre las enfermedades cardiovasculares y los procesos emocionales (Palmero y cols., 1995). No obstante se ha de tener en cuenta que tanto la ira en cuanto complejo afectivo-emocional, como la agresión en cuanto

componente conductual, son variables transitorias e inestables en el tiempo. Consiguientemente, resulta comprensible y necesario considerar el componente cognitivo del “Síndrome AHI” (la hostilidad), como aspecto realmente importante para comprender la relación entre las E.C y los procesos emocionales, ya que es el único componente que se presenta como factor estable y duradero en el tiempo (Houston, 1994). Cabe añadir que, como ya ha sido mencionado anteriormente, los sujetos hostiles tienen mayor probabilidad de padecer episodios de ira, los cuales si no son racionalizados y canalizados adecuadamente, pueden ser reprimidos por el sujeto o pueden desembocar en conductas agresivas, aumentando así el riesgo de llegar a sufrir un trastorno cardiovascular.

Como resumen de todo lo expuesto, podemos decir que las enfermedades cardiovasculares reciben influencias, por una parte de los factores clásicos de riesgo, los cuales resultan insuficientes para explicar la elevada incidencia observada en este tipo de enfermedades. A consecuencia de esto, resulta necesario investigar sobre nuevos factores de riesgo que puedan complementar la información que nos dan los factores del modelo biomédico; entre estos nuevos factores, inicialmente cobró importancia el PCTA, pero posteriormente se consideró que no todas sus características y componentes correlacionaban positivamente con la posibilidad de padecer un trastorno cardiovascular, con lo que se intentó averiguar cuáles eran los elementos tóxicos del mismo que sí se asociaban con dicha probabilidad. A raíz de los estudios realizados en esta línea de investigación, se comenzó a dar mayor relevancia a la hostilidad como factor clave dentro del PCTA y se llevaron a cabo numerosas investigaciones acerca del “complejo Ira-Hostilidad” y el “Síndrome AHI” como posibles indicadores de la mayor o menor probabilidad de padecer una E.C. Por último, cabe resaltar la atención que está recibiendo actualmente la “defensividad” (evaluada con el CRP de Marlowe y Crowne) combinada con la hostilidad para predecir el mayor riesgo de padecer una de estas enfermedades y la influencia que ejerce el apoyo social en la relación existente entre los factores de riesgo y las enfermedades coronarias, ya sea debido al papel modulador que palia los efectos negativos del estrés, o ya sea debido al efecto directo que provoca sobre la percepción del objeto estresor en el sujeto.