

114
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

CAMPUS IZTACALA

**UNA ALTERNATIVA DE DETECCION DEL PATRON
CONDUCTUAL TIPO A EN NIÑOS PREESCOLARES**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:
OLIVIA LETICIA DE LA TORRE MORENO



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1993



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 está 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.

1 INTRODUCCION 1

 1.1 1

2 ANTECEDENTES 15

 2.1 Descubrimiento y descripción del Patrón Conductual T 15

3 METODOS DE EVALUACION DEL PATRON CONDUCTUAL TIPO A 31

 3.1 Introducción 31

 3.2 Entrevista estructurada de Friedman y Rosenman 34

 3.3 Jenkins Activity Survey 39

 3.4 Bortner Performance Battery 45

 3.5 Cuestionario sobre Conducta Tipo A 48

 3.6 AB Rating Scale de Hunter y Wolf 51

 3.7 Matthews Youth Test for Health 57

 3.8 Cuestionario propuesto (Alternativa) 61

 3.9 Validez y confiabilidad 64

4 DESCRIPCION DE LA INVESTIGACION Y METODOLOGIA 67

 4.1 Objetivos 67

 4.2 Sujetos 69

 4.3 Materiales 69

 4.4 Escenario 70

 4.5 Procedimiento 71

5 DESCRIPCION DE RESULTADOS 75

 5.1 75

6 DISCUSION Y CONCLUSIONES 86

 6.1 86

7 BIBLIOGRAFIA 95

 7.1 95

8 TABLAS Y ANEXOS 104

1 INTRODUCCION

El intento por comprender el concepto salud-enfermedad ha dado pie a diferentes explicaciones que denotan el momento histórico y el grado de desarrollo alcanzado en la época, desde una interpretación mágica (primeros curanderos y brujos) hasta el momento actual en que existen numerosas interpretaciones pero sin satisfacer todas las exigencias.

La salud, desde el punto de vista fisiológico, existe cuando hay una armonía y equilibrio funcional, y cuando éste se rompe sobreviene la enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 1978) salud es: " el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". El sector salud agrega que: " gozar del nivel más alto de salud posible constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, creencia política y condición económica ó social" (1982). Al conceptualizar la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un proceso dinámico de adaptación a los cambios del ambiente, tanto biológicos como psicológicos y sociales, se le da la característica de multicausal, suponiendo la unión indisoluble entre salud y enfermedad, considerando que el hombre es capaz de evaluar y actuar para afrontar las demandas que percibe, ya sean internas o externas.

Remontándose en la historia se observa que la filosofía griega, al tratar de conocer la relación existente entre cuerpo y espíritu, adoptó posiciones dualistas (Platón) y monistas (Hipócrates y Aristóteles). Las sociedades primitivas atribuyeron la enfermedad física a fuerzas espirituales; en la Edad Media el misticismo y la religión dominaron la medicina y se afirmó que el pecado era la causa de las enfermedades mentales y somáticas. En el Renacimiento se reconoció el desarrollo de las ciencias naturales; con Descartes se reformuló la concepción dualista, donde la materia y el espíritu se interrelacionan, es decir que el espíritu influye al cuerpo y viceversa.

La Psicología se convirtió en ciencia independiente a finales del siglo pasado; surgió cuando la fisiología experimental, que se desarrollaba rápidamente, se encontró con fenómenos que, aún siendo producidos por órganos del cuerpo, pertenecían ya a la clase de "anímicos". De tal manera que el estudio de los órganos no podía limitarse al análisis de su construcción anatómica ni al de los procesos de excitación en los filamentos, e indujo a examinar también los productos psíquicos de dichos órganos: Las sensaciones y las percepciones.

Los fisiólogos actuaban con sus métodos habituales sobre los órganos de los sentidos (receptores) mediante diversos estímulos mecánicos y eléctricos, estas manipulaciones provocaban cambios en el sistema nervioso, en la esfera de las sensaciones visuales, cutáneas y auditivas, o sea en la esfera psíquica. La

tarea experimental consistía en reproducir, en condiciones artificiales, un proceso donde se hallaban sucesivamente unidos, según ellos, tres eslabones por una rigurosa cadena causal: La acción físico-química (estímulo), el cambio en el nervio (excitación) y el hecho de conciencia (sensación). Este último no era posible examinarlo objetivamente y para analizarlo no se tenía otro instrumento que la propia conciencia, la actitud de mirar al interior del alma, o sea a la denominada introspección.

Es así como lo psíquico llegó a oponerse a lo físico, a lo material, ya que se le atribuían determinadas propiedades como la de ser algo dado con carácter inmediato a la conciencia, algo vivenciado por el sujeto, algo inespecial, incorpóreo, inaccesible a la observación exterior (Varoshesvky, 1983).

Es así como Alexander Bain (s.XIX), consideró necesario aplicar los procedimientos de las Ciencias Naturales a la Psicología, y se apoyó en el método de las "variaciones concomitantes" preconizado por Stuart Mill; sus observaciones estuvieron ligadas a experiencias sobre las interacciones del cerebro y de las funciones biológicas, así como de las relaciones entre el desarrollo cerebral y la inteligencia.

Fué Wundt (s.XIX) quien desempeñó un papel decisivo en la constitución de la psicología experimental, anexándole la fisiología y la anatomía, es decir que todo lo que ocurre en la

conciencia tiene su fundamento sensorial en procesos físicos determinados, demostrando que la sensación y la imagen son el producto del paso del influjo nervioso a las neuronas cerebrales. Atribuye a la investigación experimental un campo limitado y reconoce dos tipos de leyes del conocimiento: La asociativa y la aperceptiva. Consideró a la Psicología como la ciencia que trata de lo que el sujeto nota directamente, o sea de los fenómenos que descubre el sujeto mediante la autoobservación (introspección).

En este mismo campo experimental de lo psíquico, el fisiólogo Weber intentó determinar cual debe ser la diferencia mínima entre la magnitud de dos estímulos (ópticos, acústicos, mecánicos, etc.) para que el hombre pueda percibirla; de esta manera da a conocer el llamado umbral de la diferenciación: Diferencia entre dos estímulos que da origen a una diferencia apenas perceptible en la sensación. La ley que se estableció a partir de esto, hablaba de una correspondencia rigurosa entre lo subjetivo y lo objetivo, entre lo psíquico y lo físico.

Generalizando las conclusiones de Weber, Fechner dedujo la fórmula según la cual la intensidad de la sensación es igual al logaritmo de la fuerza del estímulo. Al tratar de demostrar empíricamente que las sensaciones son reales y se pueden medir en unidades físicas, Fechner preparó el camino naturalista para razonar acerca de ellas. El suponía que medía las sensaciones como tales, como unidades independientes de la conciencia, sin embargo lo que en realidad investigaba era la capacidad de los

órganos de los sentidos para diferenciar los estímulos, puesto que de dicha capacidad depende la eficacia de la conducta del organismo en el medio circundante. Su estudio sigue siendo una importante tarea tanto de la Psicología general como de la aplicada (Yaroshesvky, op.cit.).

En base a la experimentación con animales, los psicofisiólogos, afirmaron que algunas modificaciones o alteraciones de la conducta, humor o pensamiento son producidas por el efecto de algunos trastornos orgánicos y a la inversa ó por efecto de ciertos medicamentos.

La idea de una relación entre las emociones y las enfermedades físicas comenzó a extenderse cada vez más a finales del s.XIX, cuando Charcot utilizó la hipnosis para tratar problemas físicos; y fué al inicio del s.XX, cuando Freud intentó comprobar la importancia de las emociones en el desarrollo de problemas mentales y somáticos, particularmente en los casos de histeria.

Es en las décadas de los años 30 y 40 cuando muchos defensores del psicoanálisis intentaron ampliar estos resultados y aplicarlos a la comprensión de enfermedades físicas de diverso origen fisiológico, como por ejemplo: una úlcera péptica era considerada como el resultado de un conflicto "intrapsíquico" entre un impulso inaceptable y las defensas que se suscitan. En la década comprendida entre 1940 y 1950, el

término "psicosomático" alcanzó gran popularidad y se aplicó a un conjunto de problemas que incluían a todo aquel trastorno en el cual fuese posible entrever una relación entre respuestas corporales individuales y comportamientos interpersonales.

Posteriormente en el "Manual de Diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría" (1968) se sustituyó el término de "enfermedad psicosomática" por el de "enfermedad psicofisiológica visceral y autonómica" y fué definido como : "el conjunto de trastornos caracterizados por síntomas físicos, causados por factores emocionales y que implica un sistema orgánico único, habitualmente inervado por el sistema nervioso autónomo". Esta definición refleja una concepción unitaria del organismo psicofisiológico, según la cual, las explicaciones psicológicas y fisiológicas de una enfermedad, constituyen dos descripciones diferentes de los mismos hechos. También se intentó combatir el dualismo que se desprendía del término "psicosomática", que implicaba que las emociones y el cuerpo son dos cosas separadas e independientes, aunque sometidas, en ocasiones, a influencias recíprocas. Fué al inicio de los años cincuenta cuando comenzó un mayor interés por la aproximación conductual a los problemas clínicos. La transición entre la investigación experimental y las aplicaciones clínicas del condicionamiento se remonta a los trabajos sobre neurosis experimentales, cuyo precursor fue Pavlov en sus investigaciones con animales y posteriormente Watson con

sus trabajos de inducción de ésta en humanos; de aquí se desprende la idea de que el condicionamiento podía explicar la etiología de las neurosis y como consecuencia podía ser utilizado en el tratamiento de los problemas neuróticos humanos. En base a la investigación sobre la eliminación de las neurosis experimentales, se desarrollaron técnicas terapéuticas importantes como por ejemplo la desensibilización sistemática, la inundación e implosión, etc..

La teoría del aprendizaje fué ganando terreno en la explicación de la conducta normal y anormal, a partir de la investigación con humanos. El desarrollo de esta teoría en los E.U. dió paso a modelos conceptuales de la psicopatología, la personalidad y la psicoterapia, en combinación con las conceptualizaciones tradicionales. Desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje social, en el transcurso del desarrollo social el sujeto adquiere formas de enfrentarse a las presiones y demandas ambientales; las distintas estrategias de respuesta forman una jerarquía ordenada según su probabilidad de producir resultados favorables en determinadas situaciones.

El tratar de categorizar un patrón de conducta como sintomático de un trastorno subyacente conlleva en realidad un complejo conjunto de criterios, la mayoría de los cuales son bastante arbitrarios y subjetivos. El que unas determinadas ocasiones se consideren normales o como expresiones sintomáticas, va a depender de que ciertos jueces sociales, o la persona misma,

aprueben o no la conducta en cuestión. La calificación de una conducta como patológica conlleva pues juicios a nivel social, que están influenciados, entre otras cosas, por los criterios normativos de las personas que emiten esos juicios, por el contexto social en el que aparece la conducta, por determinados atributos de la conducta y por numerosas características del individuo que la realiza., Es así como el carácter psicopatológico de una conducta, se infiere generalmente, del grado de desviación de las normas sociales que definen la forma en que se espera que la persona se comporte en diferentes momentos y lugares; consecuentemente, la adecuación de la respuesta simbólica, afectivas o sociales a una determinada situación, constituye un criterio importante al calificar de sintomática una conducta (Bandura, 1983).

Por lo general se aceptan las desviaciones de los criterios normativos que no presentan problemas ni interfieren con el bienestar de los demás, se promocionan y se recompensan las desviaciones que producen consecuencias benéficas para los miembros de una sociedad; por el contrario la desviación que genera consecuencias aversivas para los demás, provoca una fuerte censura por parte de la sociedad e inmediatamente se la califica de anormal y generalmente tiene que enfrentarse a presiones de tipo coactivo que intentan eliminarla.

A finales de la década de los 50s y principios de la de los 60s ya se contaba con un buen número de datos que demostraban la eficacia de las técnicas operantes en el tratamiento de conductas desadaptativas de diversas poblaciones clínicas. Uno de los programas de investigación que ejerció una particular influencia en la evolución del análisis aplicado de la conducta fué el Ayllon, quien realizó las primeras aplicaciones sistemáticas de las técnicas operantes en el ámbito hospitalario psiquiátrico con el fin de modificar diversas conductas; este trabajo lo puso en contacto con Azrin con quien desarrolló el método de la economía de fichas (Kazdin, 1981).

Paralelamente se desarrolla la terapia de la conducta que se puede definir como el conjunto de técnicas específicas que emplean principios psicológicos (especialmente del aprendizaje) para tratar la conducta humana de desadaptación. El término conducta se interpreta de manera general, incluyendo tanto las respuestas manifiestas como las cubiertas (por ejemplo, las emociones y verbalizaciones implícitas).

Por otra parte, la Psicología cognoscitiva se interesó específicamente en los procesos del pensamiento, por lo que los métodos cognoscitivos tienden a modificar los sentimientos y las acciones a través de influencia sobre los patrones del pensamiento. Beck (en Rimm y Master, 1984) menciona que la características de la terapia cognoscitiva (entrevista más estructurada, enfoque a síntomas abiertos, poca atención a las

experiencias infantiles y a los constructos tradicionales, y la no suposición de que la introspección en los orígenes de un problema sea necesaria para su tratamiento) son compartidas por la terapia de la conducta, ya que algunas de las técnicas utilizadas por esta última (desensibilización sistemática, inundación e implosión), también le dan importancia al pensamiento.

Todo esto contribuyó al surgimiento y desarrollo de la Medicina Conductual: Término que emplea por primera vez Birk (1973) en el contexto del biofeedback, como una terapia del aprendizaje basada en el tratamiento de los desórdenes médicos.

Fueron Pomerleau y Brady (1979) quienes ampliaron esta definición, de la siguiente manera: "a) es el uso clínico de las técnicas del análisis experimental de la conducta -terapia conductual y modificación de conducta- para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de las enfermedades físicas o disfunciones psicológicas y b) la investigación de la conducta contribuye al análisis funcional, comprendiendo también a la conducta asociada con desórdenes médicos y problemas de una frágil salud."

Una pequeña diferencia en la definición de la Medicina Conductual la ofreció Asken en 1979, quien la definió como "el estudio de las reacciones psicofisiológicas que ocurren secundariamente o como resultado de la enfermedad física y su tratamiento".

Esta definición difiere en dos puntos importantes de la ofrecida por Pomerleau y Brady, primero: la definición implica que el punto central de la medicina conductual es el estudio de las secuelas psicológicas de la enfermedad física. Por lo tanto la prevención de enfermedad física queda anulada, y el tratamiento está limitado al intento de influir indirectamente en el curso de los desórdenes físicos, a través de la modificación de los factores psicológicos. Siguiendo esta definición, el rol de los médicos dentro de la medicina conductual es muy similar al enlace de los psiquiatras y los enlaces médicos. La segunda diferencia es que la definición de Asken no tiene límite de tratamiento en las intervenciones asociadas con la medicina conductual, derivadas del análisis experimental de la conducta.

La definición más aceptada es la que desarrolló originalmente la "Yale Conference on Behavioral Medicine" y más tarde articulada y corregida por Schwartz y Weiss (1977, 1978). Esta definición es la siguiente: "El campo interdisciplinario concerniente al desarrollo e integración conductual, el conocimiento de las ciencias biomédicas y

de las técnicas relevantes para la salud y enfermedad, así como la aplicación de estos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación". De esta manera Schwartz y Weiss enfatizan la naturaleza interdisciplinaria de la medicina conductual, así como la importancia de la prevención en los desórdenes físicos.

Tradicionalmente, el personal médico (médicos, enfermeras, odontólogos, etc.) se ha hecho cargo de los problemas de salud, partiendo de la base errónea de que al curar la enfermedad se devolverá la salud (Reynoso, 1991). Sin embargo en la actualidad se acepta que en el campo de la salud deben actuar otros profesionales, ya que la salud significa mucho más que la ausencia de enfermedad. El trabajo multidisciplinario en el área de la salud (médicos, psicólogos, biólogos, trabajadores sociales, sociólogos, etc.) consiste en definir y clarificar líneas generales de participación en los diferentes niveles preventivos para coordinar las acciones y recursos, optimizando los resultados sin duplicidad de esfuerzos y atacando el problema desde las diferentes áreas afectadas.

Como ya se mencionó, existen pruebas de que algunas enfermedades físicas son ocasionadas por la interacción de factores psicológicos, sociales y biológicos, tal es el caso de la enfermedad coronaria (angina de pecho e infarto miocárdico) en

donde se ha demostrado una correlación entre un patrón de conducta (la llamada conducta tipo A) y la alta incidencia de enfermedad coronaria.

Existen numerosas investigaciones dentro del campo de la medicina conductual sobre el denominado patrón conductual tipo A, la incidencia de enfermedad coronaria, enfermedad vascular, la posibilidad de aparición de otro tipo de enfermedades, la determinación de este patrón mediante entrevistas o cuestionarios, así como el desarrollo de este patrón conductual desde la infancia. Los resultados de estas investigaciones permiten aceptar en la actualidad, que quien presenta este patrón conductual es un sujeto de riesgo de padecer enfermedad coronaria, es decir que el patrón conductual tipo A es tan importante como cualquier otro factor de riesgo de enfermedad coronaria, como por ejemplo: tabaquismo, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, obesidad, etc. A pesar de la relevancia de este patrón conductual, en México se han realizado pocos estudios al respecto (Reynoso et. al. 1989; Avila et. al. 1989; Reynoso et. al. 1990; Reynoso 1991) y todos ellos son con adultos.

Hay evidencias de que el patrón conductual tipo A puede comenzar a desarrollarse desde la infancia, pero en nuestro país no hay reportes de estudios realizados con población infantil, por ello el propósito del presente trabajo es proponer y confiabilizar un instrumento para evaluar conductas características del Patrón Conductual Tipo A en niños

preescolares; así como observar si existe relación entre el patrón conductual de los padres y maestros con el de los niños, igualmente se evaluará la conducta de instigación de los padres hacia los niños con respecto a conductas característica de dicho patrón conductual.

En el capítulo 1 del presente estudio se abordan algunos aspectos sobre el Descubrimiento del Patrón Conductual Tipo A. En el capítulo 2 se presenta una revisión bibliográfica acerca de los Métodos de Evaluación del Patrón Conductual Tipo A, así como un comentario referente a Validez y Confiabilidad. El capítulo 3 expone el objetivo y la metodología utilizada para la realización de este estudio. El capítulo 4 describe los resultados obtenidos a lo largo de la investigación realizada, los cuales son discutidos en el capítulo 5.

2 ANTECEDENTES

2.1 Descubrimiento y descripción del Patrón Conductual Tipo A

El interés por la estrecha interacción que existe entre los factores psicológicos, sociales, comunitarios y biológicos se ha incrementado, dando lugar a numerosas investigaciones que permiten observar y demostrar la influencia de dichos factores en sus diversas manifestaciones como pueden ser la pobreza, el rápido cambio social, volumen de trabajo, horario laboral, el desempeño en el empleo, la edad, etc., en la aparición y curso de algunas enfermedades.

Se ha demostrado que la tensión emocional influye en el sistema nervioso autónomo y en las glándulas endócrinas, un ejemplo de ello son los resultados obtenidos por Selye en su trabajo con animales de laboratorio, a los que se sometió a diversas clases de estrés, encontrando invariablemente que las glándulas endócrinas, específicamente las suprarrenales, se ponen en acción cuando hay amenazas de daño al organismo, ya sean corporales o ambientales, aumentando de tamaño, produciendo mayor cantidad de adrenalina y cambiando de color al descargar su reserva de esteroides. Al liberar a los animales de la carga de estrés a la que estaban sometidos, las glándulas endócrinas recuperaban su tamaño y reanudaban su funcionamiento normal. (Selye, 1976; 1980; 1981)

Es importante mencionar que los factores psicológicos que generalmente influyen en la enfermedad física de una persona, aunados a los mencionados anteriormente, son los referentes a la inadecuada utilización de habilidades de afrontamiento, caracterizados por lo siguiente:

-La incapacidad para adaptarse a los cambios que requiere el medioambiente.

-La incapacidad para manejar los sentimientos y emociones, así como las conductas que permiten expresarlos.

-La incapacidad para interpretar correctamente las exigencias, restricciones y oportunidades.

-La incapacidad para formar lazos interpersonales durables y gratificantes (Evans, 1987; Vickers, 1981.).

Se ha observado que el corazón, los pulmones, el sistema digestivo, endócrino y nervioso, entre otros, trabajan extra cuando experimentan estrés, y se afirma que la probabilidad de un trastorno físico aumenta al permanecer la persona en dicho estado por períodos largos o continuos.

La enfermedad cardio-coronaria (angina de pecho, infarto al miocardio) es el resultado de una gran variedad de factores que actúan conjuntamente. Dichos factores ya han sido

identificados pero no se puede asegurar que cada uno de ellos por sí solo explique el 100% de los casos de enfermedad cardio-coronaria, ya que las estadísticas muestran que por lo menos la mitad de las personas que padecen ataques cardiacos no tienen ninguna relación con los factores ya conocidos y denominados factores de riesgo de enfermedad cardio-coronaria, como son la obesidad, los hábitos alimenticios, la ingestión de sodio, el tabaquismo, el exceso de ejercicio físico o inactividad física, hipercolesterolemia y cierto componente genético (Friedman y Rosenman, 1976; Hurst, 1979; Reynoso, 1989).

A continuación se describe la influencia que puede tener cada uno de estos factores en la enfermedad cardiocoronaria: Hábitos Alimenticios y Obesidad: Existe aún mucha confusión y contradicción acerca del papel de la obesidad en relación con la enfermedad cardio-coronaria, pues diversos estudios comprueban que existen personas que no padecen ninguna enfermedad coronaria pero que sí muestran un sobrepeso similar al de aquéllas que sí lo padecen. La dieta puede ser un factor importante en la enfermedad arterio-coronaria, pues se ha observado que más de la mitad de las personas que presentan los síntomas de dicha enfermedad muestran una elevación en la tasa de colesterol de su suero sanguíneo, y las personas que no padecen aún la enfermedad pero que su tasa de colesterol es

elevada, están mucho más predispuestas a desarrollar enfermedad cardio-coronaria que las personas cuyo nivel de colesterol es normal.

La mayoría de los estudios epidemiológicos sugieren que los obesos son más propensos a la enfermedad arterio-coronaria, posiblemente esto se deba a la gran tendencia que tienen los obesos a desarrollar diabetes; por lo que es necesario aclarar que lo importante es qué se come y con qué frecuencia, más no la cantidad de lo que se come.

No es posible atribuirle a la dieta el 100% de responsabilidad en todos los casos, pues existen otros factores que también elevan el nivel de colesterol (el estrés, el patrón conductual tipo A, los genes en algunos sujetos, entre otros).

Tabaquismo: Hay quien señala que el fumar es la causa de los cánceres de pulmón, laringe y lengua, así como de un gran porcentaje de casos de enfisema. Las personas que fuman más de 10 cigarros al día están por lo menos tres veces más predispuestas a la temprana aparición de la enfermedad cardio-coronaria, según estadísticas de Norteamérica y Gran Bretaña.

A pesar de que los fumadores de cigarros son más vulnerables a esta enfermedad que los fumadores de pipa o puro, no es posible señalar el hábito de fumar como única causa de su aparición y desarrollo, pues una gran parte de pacientes con enfermedad cardio-coronaria no habían fumado nunca. Sin embargo no se puede negar que la nicotina es un estimulante del sistema nervioso, incluyendo el cerebro y los nervios periféricos, tal estimulación puede llevar a la sobreproducción de adrenalina y noradrenalina. Cuando estas sustancias circulan en exceso y por largos períodos, en la corriente sanguínea, el delicado revestimiento de la pared arterial se puede dañar e incluso la arteria puede ser destruida con bastante rapidez. Se ha comprobado que la sangre de los fumadores generalmente contiene un nivel de nicotina suficientemente alto como para permitir que se produzcan lesiones arteriales. Aunado a lo anterior, el hábito de fumar favorece la acumulación tanto de bióxido de carbono como de monóxido de carbono en el músculo cardíaco, lo que permite explicar la hipoxia miocárdica crónica que padecen los fumadores (Reynoso, 1990).

Un aspecto importante del problema es que aunque se deje de fumar, es muy probable que las arterias ya hayan sufrido daños irreparables debido a su exposición prolongada y continua con la nicotina y el alquitrán que circulaba por la corriente sanguínea. Existen datos de que los sujetos con conducta tipo A fuman más cigarrillos que los que no muestran

este tipo de conducta, pero también es cierto que los sujetos con Patrón Conductual Tipo A, fumen o no, son más susceptibles a la enfermedad cardio coronaria.

Ejercicio Físico: Aún existen dudas sobre si la inactividad física conduce a la enfermedad arterio-coronaria, o que de lo contrario, la actividad física proteja contra ella. Independientemente de lo benéfico que pueda ser el ejercicio para el músculo cardíaco, si no preserva a las arterias coronarias del estrechamiento, no podrá evitar la aparición de enfermedad cardio-coronaria a temprana edad. Es decir, el ejercicio vigoriza el músculo cardíaco, pero éste no tiene nada que ver con el tamaño ni la cantidad de residuos de colesterol y grasas que poseían inicialmente.

Respecto a las personas con Patrón Conductual Tipo A se ha observado que prefieren los deportes de tipo competitivo, que impliquen un reto contra el reloj, aunque en ocasiones compita contra él mismo, contra sus capacidades y contra sus propios records.

Factores Hereditarios: Numerosos estudios señalan que la influencia hereditaria es indudablemente cierta en algunos mecanismos de control del metabolismo del colesterol, la hipertensión y la diabetes mellitus; pero aún así no es posible afirmar que esto sea un indicador de que la enfermedad cardio-coronaria sea también hereditaria,

puesto que incluso en ausencia de hipercolesterolemia, hipertensión o diabetes hereditaria, algunos sujetos cuyos padres (o uno de ellos) padecieron cardiopatía, presentan una significativa incidencia de tal enfermedad, que aquéllos cuyos padres no la sufrieron. Las estadísticas muestran que estos sujetos tienen aproximadamente el doble de probabilidades de padecer enfermedad arterio-coronaria.

El estudio de las enfermedades coronarias es el que más pruebas ha aportado acerca de la influencia que tiene la interacción de factores psicosociales y biológicos en la enfermedad física.

La enfermedad cardio-coronaria comprende varios trastornos que se producen por lesiones en las arterias coronarias. Las arterias coronarias se vuelven rígidas y estrechas por estar parcial o totalmente obstruidas por depósitos de colesterol, llamados placas ateromatosas que engrosan las paredes de las arterias. Cuando esto ocurre, el abastecimiento de sangre a las diversas áreas del músculo cardiaco se interrumpe parcial o totalmente y temporal o permanentemente. Para que una placa necrótica sea identificada en el electrocardiograma, es necesario que el flujo de sangre haya disminuido; es decir, cuando esto sucede, los síntomas de la enfermedad cardio - coronaria ya

son evidentes y un electrocardiograma no servirá de nada en las primeras fases de desarrollo de la enfermedad arterio - coronaria, es decir, cuando ésta se halla compensada.

La exploración de las variables psicológicas y sociales que pueden estar relacionadas con el riesgo de desarrollar enfermedad cardio - coronaria es un gran progreso en la posible prevención de dicha enfermedad.

Existen varios estudios donde se ha observado relación entre ciertas características conductuales y enfermedad coronaria. Entre ellos se encuentran los trabajos realizados por Van Dusch en 1868, donde señaló que las personas que hablaban muy fuerte y que se involucraban excesivamente en el trabajo, estaban predispuestas a la enfermedad coronaria; en 1892, Osler relacionó la conducta agresiva y el estrés en la enfermedad coronaria; Menninger y Menninger en 1936 observaron pacientes coronarios cuya característica era la conducta típicamente agresiva; Dumber en 1943, los describió sólo como agresivos y Kemple en 1945, percibió a estos pacientes como ambiciosos y compulsivos, tratando siempre de lograr metas que les otorguen poder y prestigio. Igualmente Arlow en 1945 y Gildea en 1949 observaron conductas similares y en 1950 Stewart correlacionó condiciones de estrés con elevación de tasas de enfermedad coronaria (Cits. en Rosenman, 1981). Fué a partir de 1954

cuando Friedman y Rosenman realizaron diversos estudios para demostrar la relación existente entre conducta y enfermedad cardio coronaria.

Friedman y Rosenman (op. cit.) señalan que la causa principal de la enfermedad cardio-coronaria es " un complejo activo emotivo" al que denominan Patrón Conductual Tipo A. Se ha demostrado que existe una gran correlación entre el Patrón Conductual Tipo A -que de aquí en adelante lo denominaremos PCTA- y la gran incidencia de angina de pecho o infarto al miocardio en gente joven. Cuando este patrón conductual está presente es mayormente probable que la enfermedad cardio coronaria se presente antes de los 40 años; a diferencia de una persona que no posea las características del PCTA, la cual no tiene grandes probabilidades de padecer dicha enfermedad antes de los 70 años, independientemente de la alimentación ingerida, el número de cigarros fumados o del exceso o falta de ejercicio, entre otros.

Si tomamos en cuenta que la enfermedad cardio-coronaria se presenta frecuentemente en sujetos con PCTA; la extrema vulnerabilidad de los sujetos con conducta tipo A frente a tal enfermedad; la identificación de un grupo de alteraciones bioquímicas coronarias en los sujetos con dicha línea de conducta y los éxitos obtenidos en la provocación experimental, con animales, de una similar línea de conducta tipo A, seguida de la aparición de la mayoría de los

cambios bioquímicos coronarios, podemos afirmar que el PCTA es la principal causa de esta enfermedad. (Friedman y Rosenman, op. cit.).

Ward et. al. (1986) señalan que la teoría más aceptable que correlaciona el PCTA con enfermedad cardio-coronaria, sugiere que las conductas exhibidas por los sujetos se acompañan de una excesiva excitación simpática que promueve la progresión del proceso arteroesclerótico (Williams et. al. 1977).

Como se mencionó anteriormente, Friedman y Rosenman comienzan a estudiar el PCTA en 1954 y lo definieron como "un amplio complejo activo-emotivo que se observa en toda persona agresivamente implicada en una crónica e incesante lucha por conseguir cada vez más y en menos tiempo, en contra de otras personas si ello fuera necesario, mostrando estos sujetos una gran irritabilidad u hostilidad."¹

Por otra parte, Siegel y Leitch (1981) lo definen como patrón conductual, más que de personalidad, argumentando que el complejo de conductas que abarca el PCTA ocurren en respuesta a ciertos eventos de disparo que suceden en el medioambiente.

¹Esta definición la publican Friedman y Rosenman hasta 1974, en su libro titulado: "Conducta tipo A", pero en este lapso surgen numerosos estudios y métodos de evaluación de este patrón conductual, mismos que serán abordados posteriormente.

Así mismo, Wolf et. al. (1982) conceptualizan la conducta tipo A como una interacción entre predisposiciones (las características del sujeto) y circunstancias ambientales o condiciones elicitanes (características de la situación). Es decir, que la combinación de factores genéticos e influencias de condicionamiento y el aprendizaje observacional (modelado) son importantes en la adquisición de conductas tales como la agresión y búsqueda de metas en la infancia.

Respecto al estudio que Hunter y Wolf (1980) realizaron con niños, los autores señalan lo siguiente: "Este es el único estudio con niños en el cual la conducta tipo A se ha relacionado con los factores de riesgo cardiovascular tradicionales. También ha permitido mostrar que los niños mayores tienen puntajes más elevados de conducta tipo A que los niños menores, y se teoriza que en gran parte está asociado con las prácticas de socialización diferencial propias de la sociedad occidental."

Dembroski et. al. (1985) señalan que el patrón conductual tipo A es un complejo o síndrome activo-emotivo, consistente en voz vigorosa y ciertas modalidades psicomotrices, agresividad, sensación de presión contra el tiempo en el trabajo, competitividad, impaciencia, enojo y hostilidad, ambientalmente inducido. En este sentido, se puede decir que es un constructo global que se aplica a los sujetos que poseen

muchas -aunque no necesariamente todas- las características definitorias. La definición conceptual del PCTA enfatiza conductas como la agresión, competitividad, impaciencia, urgencia de tiempo, entre otros; en cambio, la definición operacional en la entrevista estructurada enfatiza el modo de hablar (volumen de voz, explosividad, rapidez y velocidad de respuesta), para llegar a la designación del sujeto como tipo A. Para Magnusson (1986), la conducta tipo A constituye una amplia gama de elementos cognitivos, emocionales y estilos personales de funcionamiento de un individuo. Algunos investigadores la conceptualizan como una variable continua (Sparacino, 1979), mientras que otros como Matthews (1982), argumentan que no debe ser tratada como tal, sino como una tipología puesto que existen diferencias tanto cuantitativas como cualitativas entre la conducta tipo A y la conducta No A.

El estilo de vida que adoptan los sujetos con conducta tipo A es conceptualizado como un fenómeno multidimensional que presenta respuestas fisiológicas, conductuales y cognitivas de hiperreacción ante situaciones estresantes, así como actitudes características acerca de uno, de los demás y de la vida en general (Powell et. al, 1984).

Los rasgos más significativos de las personas con este tipo de patrón conductual son los siguientes:

- Hablar rápidamente y en ocasiones de modo explosivo.

- Moverse, caminar y comer rápidamente.
- Irritarse injustificadamente por los retrasos o por tener que hacer fila en algún lugar.
- Tratar de programar más y más actividades en menos y menos tiempo.
- Sentirse vagamente culpable mientras descansa.
- Tratar de hacer dos cosas a la vez.

Tal vez el rasgo más significativo de la persona con conducta tipo A es su habitual "sensación de urgencia" o la llamada enfermedad de la prisa, este tipo de personas se esfuerzan por realizar demasiadas cosas o por participar en demasiados sucesos en un tiempo determinado, nunca dejan de intentar "encajar" nuevos acontecimientos en sus constantemente agotadas reservas de tiempo.

Intentando ahorrar tiempo, el hombre con conducta tipo A crea sus propios plazos, considera que si fija una fecha límite para la realización de un hecho en particular, logrará vencer a su peor enemigo: el tiempo. Este continuo apresuramiento suele ser la característica principal de la conducta tipo A que puede provocar trastornos en sus capacidades creativas e

incluso de juicio, ya que sus respuestas se vuelven estereotipadas, lo que a su vez llega a perjudicar su capacidad de adaptación a las nuevas exigencias que conllevan los cambios constantes de la sociedad contemporánea.

Una condición central al concepto del PCTA es el elemento de reto que ofrece el ambiente de trabajo. La investigación indica que el ambiente actúa como catalizador o fusible para la presentación de esta conducta (Friedman y Rosenman op. cit.). Y aunque los sujetos tipo A pueden escoger trabajos que tengan relación con su manejo agresivo, ciertos ambientes laborales elicitán y refuerzan el PCTA (Chesney y Rosenman 1980; Chesney 1983; Davidson et. al. 1980; Howard et. al., 1986). Parece ser que el PCTA está asociado con la ambigüedad o conflicto de rol y la falta de participación en la toma de decisiones.

Existen estudios que señalan que los hombres exhiben con mayor probabilidad el PCTA que las mujeres (Haynes et. al., 1978; Waldron, 1977). Aunque esto podría reflejar diferencias de sexo en agresión, algunos investigadores han sugerido que las variaciones sexuales en la prevalencia del PCTA, son consecuencia de la socialización de los roles sexuales. Así mismo, este patrón conductual se relaciona en ambos sexos con largas horas de trabajo, movilidad ocupacional elevada e interacciones no soportables con compañeros de trabajo.

Existen numerosos estudios sobre la aparición y detección del PCTA en niños, uno de ellos es el realizado por Hunter y Wolf (1980), en el cual se hipotetizó que los niños Tipo A desempeñarían tareas a mayor velocidad y de una forma más intensa, independientemente de las instrucciones que se les den para cada tarea (comer, caminar, competir y encontrar números iguales), para realizar la evaluación del PCTA utilizaron el instrumento denominado A-B Rating Scale que es contestado por los niños y que es descrito en el siguiente capítulo. Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que los niños Tipo A hablan más fuerte y tienden a comer más aprisa que los No A y que los niños en general hablan más fuerte y son más rápidos que las niñas. Argumentando que es posible que los niños TipoA no hayan exhibido la conducta Tipo A máxima espontáneamente, pero con las instrucciones experimentales (cuando se les hizo énfasis en la velocidad) se promovió la aceleración e intensidad de dicha conducta. Los autores señalan lo siguiente: "Este es el único estudio con niños en el cual la conducta tipo A se ha relacionado con los factores de riesgo cardiovascular tradicionales. También ha permitido mostrar que los niños mayores tienen puntajes más elevados de conducta tipo A que los niños menores, y se teoriza que en gran parte está asociado con las prácticas de socialización diferencial propias de la sociedad occidental."

El PCTA puede ser observado desde la edad temprana (4-6 años) debido a que algunas de las conductas que comprende (como son la competitividad, impaciencia y agresión-hostilidad), la mayoría de las veces son modeladas e incluso reforzadas o instigadas por los padres y/o por el medio en que se desenvuelve cotidianamente el niño, facilitando con ello que los factores patológicos del PCTA hagan su aparición en la edad adulta, previniendo de esta manera el desarrollo de la enfermedad cardio-coronaria. Aunque se tienen evidencias de la aparición de dicho patrón en niños y adolescentes, aún no es posible determinar si los adolescentes tipo A se convertirán en adultos tipo A, o cuándo y cómo los niños tipo A se vuelven sujetos de riesgo de la enfermedad arterio-coronaria (Mattews y Angulo, op. cit.; Whalen y Henker, op. cit.; Visintainer y Mattews, op. cit.). Es importante señalar que se sabe poco acerca de la relación del PCTA en niños y cómo este patrón y el riesgo de enfermedad coronaria puede desarrollarse en la maduración de estos niños hasta llegar a la adultez. Hasta donde se tiene conocimiento, en nuestro país no existe ningún estudio del PCTA en niños.

En el siguiente capítulo se describirán los métodos que han sido diseñados para evaluar el PCTA en adultos, adolescentes y niños.

3 METODOS DE EVALUACION DEL PATRON CONDUCTUAL TIPO A

3.1 Introducción

Desde el descubrimiento y descripción del PCTA como factor de riesgo de enfermedad coronaria por Friedman y Rosenman en 1959, se han diseñado muchos instrumentos para su evaluación.

Actualmente existen dos métodos para evaluar rasgos del patrón conductual tipo A en los sujetos, uno de ellos es aquél donde se utiliza algún tipo de entrevista estructurada, y otra donde los esfuerzos se han enfocado en la elaboración de cuestionarios.

Las conductas abiertas tipo A pueden ser medidas en poblaciones infantiles, adolescentes y adultos, mediante diversos instrumentos. Estas mediciones se han relacionado con la supresión de fatiga, esfuerzos por controlar una situación, variabilidad biológica expresada por cambios en la presión arterial y frecuencia cardiaca como respuesta a tareas de reto, entre otros.

Los estudios de validez y confiabilidad realizados respecto a los métodos de evaluación del patrón conductual tipo A permiten señalar, según Caffrey 1968, que; existe una independencia relativa entre el patrón conductual tipo A y educación, ansiedad neurótica, nivel de responsabilidad y extraversión. Los elementos que más contribuyen para la determinación del patrón conductual tipo A y por lo tanto los seis aspectos más importantes para evaluarlo, son;

- 1.- grado de agresividad percibido
- 2.- grado de impaciencia expresado
- 3.- grado en que el sujeto se apresura a sí mismo
- 4.- sensación de urgencia de tiempo
- 5.- grado en el cual el sujeto apresura a otros
- 6.- grado de actitud de competitividad expresado.

En el presente capítulo se revisan algunos aspectos históricos de las dos aproximaciones de evaluación y se describirán algunas de ellas, como la Entrevista Estructurada de Friedman y Rosenman, el cuestionario de Jenkins, el cuestionario sobre Conducta Tipo A de Reynoso y el cuestionario Matthews entre otros.

3.2 Entrevista estructurada de Friedman y Rosenman

La entrevista estructurada se utilizó inicialmente en 1960 y fue creada y diseñada por Friedman y Rosenman para observar las características del patrón conductual tipo A, y se empleó para evaluar sujetos que tuviesen el patrón conductual tipo A dentro del estudio Western Collaborative Group Study (WCGS).

La evaluación de dicho patrón, mediante esta entrevista depende de dos factores:

1. La exhibición de este patrón en un sujeto.
2. La habilidad del entrevistador y/o del asesor para observar y juzgar las características de este síndrome conductual.

Rosenman (1978) señala que el PCTA es un síndrome evidente y por lo tanto se evalúa mejor al observar la presencia o ausencia de tales características en un sujeto. Es decir, que la observación es muy importante en este tipo de evaluación, pues se basa en la detección de algunas características conductuales manifiestas no verbales, además del estilo y forma en que responde el sujeto.

Por otra parte, Abbott et. al. (1988) mencionan que la entrevista estructurada se desarrolló para ser aplicada en poblaciones de clase media, sana y del sexo masculino.

La entrevista original, diseñada por Friedman y Rosenman consta de 22 áreas con varias preguntas dentro de cada una, a continuación se citan algunas:

- ¿Me puede decir su edad, por favor?
- ¿Cuál es su ocupación?, Desde hace cuánto tiempo?
- ¿Se siente usted satisfecho con el nivel de su trabajo?
(¿Por qué no?)
- Su trabajo implica gran responsabilidad?
- Usted se describe como ambicioso, agresivo, que hace las cosas lo más rápido posible o se considera como una persona relajada y tranquila? Está casado? Cómo lo describe su esposa?
- Tiene usted hijos? Si ellos se encuentran en edad escolar, siempre juega juegos competitivos con ellos? Les permite ganar a propósito? Porqué?
- ¿Hace muchas cosas a la vez?
- Cuando juega con gente de su edad, juega por gusto o para ganar.
- Eeah...A qué...hora...en su caso...particular...se levanta... por las mañanas?
- Si usted hace una cita con alguien, llega a tiempo? Si usted estuviese esperando, estaría resentido si llegan tarde?

La forma de aplicación de esta entrevista es la siguiente: Un sujeto previamente entrenado realiza cada una de las preguntas contenidas en la entrevista, poniendo especial interés tanto al tono de voz como a la cantidad de palabras utilizadas,

contracciones, cortar frases, lenguaje no verbal. Cuando este tipo de entrevista es utilizada como herramienta de investigación, intervienen en su aplicación el entrevistador, un observador, grabaciones y en ocasiones videograbaciones, lo cual permite confiabilizar si el sujeto entrevistado realmente posee las características del PCTA. Cabe resaltar que el tono de voz, la formulación de las preguntas debe ser lenta o rápida por parte del entrevistador, además debe ser realizada en un ambiente de reto para el entrevistado con el fin de elicitar las conductas de agresión y competitividad de éste.

El puntaje de la entrevista toma en cuenta el estilo de habla (la forma en que el sujeto dice algo), el contenido de las respuestas (lo que se dice) y conductas manifiestas no verbales, como los movimientos, gestos, posturas, etc., exhibidas durante la entrevista. Cuando todos estos factores son tomados en cuenta, el contenido de las respuestas y las conductas no verbales se soslayan, ya que el sujeto tipo A en ocasiones tiene una visión no muy clara de su propio comportamiento, por lo que el énfasis se otorga, como ya se dijo, al estilo de habla que se demuestra a lo largo de la entrevista (Rosenman y Chesney, 1982).

Sin embargo la entrevista estructurada no refleja los autorreportes de ambición, velocidad, impaciencia y competitividad, utilizados para describir el PCTA. La independencia de las características del habla sugiere que aún

dentro de la entrevista, fragmentos del PCTA ocurren independientemente. Una implicación de esto es que la categorización de los individuos como A o B puede ser más un reflejo del peso que da el entrevistador a las características del habla que a una verdadera intercorrelación de características intrasujeto como "tipo" o "patrón". Esta independencia de las características del habla sugiere por qué es difícil enseñar la evaluación de los sujetos con PCTA, ya que el entrevistador o auditor tiene que poner mucha atención para observar múltiples conductas que ocurren independientemente, pues el sujeto con características tipo A o No A se evalúa mediante la combinación de una serie de descripciones que están basadas en el marco conceptual entrevistador/auditor. Dentro de este marco, los entrevistadores probablemente pueden considerar un amplio margen de sus propios sentimientos y conductas al llevar a cabo una decisión sobre el patrón conductual (Scherwitz, et. al., 1987).

Como puede verse, la entrevista estructurada requiere de un período relativamente largo de entrenamiento para su aplicación y evaluación efectivas, así como un observador con ciertas habilidades, lo cual representa altos costos. A pesar de lo anterior, la entrevista estructurada es el método que habitualmente se elige para evaluar la presencia del PCTA debido a que da mayor peso al tipo de respuesta que al contenido de ella, además de que es mejor predictor de la hostilidad y de las reacciones hostiles que el cuestionario

denominado Jenkins Activity Survey (Rosenman, op. cit.; Matthews, op. cit.), y es un mejor predictor de enfermedad coronaria (Yarnold, et. al., 1986; Mc Dougall, et. al., 1979; Williams, et. al., 1980; Kobasa, et. al. 1983, entre otros).

Así mismo, es un instrumento empírico que no es verdaderamente objetivo y que no permite cuantificación; además se corre el riesgo de que el estilo de habla del entrevistador influya significativamente sobre las respuestas del sujeto (Mc Dougall, et. al., 1979). Actualmente, se dice que la entrevista estructurada se aplica aproximadamente en 10 minutos, tiempo que se considera insuficiente para la realización de una entrevista.

3.3 Jenkins Activity Survey

La segunda aproximación sobre la evaluación del patrón conductual tipo A, se basa en un autorreporte de conducta a través de cuestionarios de opción múltiple, que han sido diseñados para simplificar y cuantificar la identificación de dicho patrón y proveer de una alternativa que permita ganar en objetividad y estratificación numérica, en vez de la subjetividad que implica la entrevista. (Abbott, et. al., op. cit.; Mc Dougall, et. al., op. cit.).

Sin embargo, Rosenman (op. cit.) muestra sus dudas al respecto, argumentando que los cuestionarios se basan en el contenido de las respuestas y en este sentido también son subjetivos: "Como resultado de nuestras fallas -dice Rosenman- dudamos que un cuestionario de papel y lápiz sea efectivo para el propósito de evaluar el PCTA".

Es importante recalcar este comentario de Rosenman, pues él desarrolló junto con Bortner en 1967, una batería que consiste en una serie de tests diseñados para medir los componentes del PCTA en adolescentes, además de haber trabajado junto con Jenkins, Zyzanski y Cleveland en 1971 y 1974 utilizando y tratando de confiabilizar el cuestionario de Jenkins.

Hasta la fecha, uno de los cuestionarios más ampliamente conocido y utilizado ha sido el Jenkins Activity Survey (JAS), el cual permite evaluar tres dimensiones del patrón conductual tipo A, denominadas: S (velocidad e impaciencia), J (involucración en el trabajo) y H (agresión y competitividad). El JAS (1965) contiene 61 ítems cuyo puntaje se registra en cuatro escalas separadas:

1. La escala tipo A, que fué diseñada para permitir una visión general del sujeto que presenta el PCTA.
2. El componente de urgencia de tiempo y umbral de irritabilidad, denominado velocidad e impaciencia (S). Este factor se describe en términos de la urgencia de tiempo que se revela en el estilo de conducta del sujeto tipo A. Aquéllos con puntaje alto en este factor comen muy rápido, se vuelven impacientes con la conversación de otros, apresuran a la gente, etc.
3. El componente de involucración al trabajo (J). Este factor expresa el grado de demanda y dedicación a la actividad ocupacional; las personas que tienen alto puntaje en este factor tienen un trabajo de gran presión con retos para ellos, es decir, trabajan más tiempo y confrontan límites de tiempo para entrega de tareas. Generalmente prefieren una promoción de puesto a tener un aumento de sueldo, pero habitualmente han recibido ambas cosas en los últimos años.

4.- El componente que involucra autopercepción del sujeto como agresivo y competitivo (H). Aquí se involucran percepciones de agresividad, tener conciencia de su agresividad y hostilidad, competitividad y sentirse más esforzado que otros. Esta serie sugiere un individuo altamente socializado (Jenkins, et. al., 1971 y 1974).

Un ejemplo de los items que contiene el JAS es el siguiente:

- Si usted le dice a su esposa o a un amigo que se reunirán en algún lugar a determinada hora, ¿Qué tan frecuentemente llega tarde?

1. Frecuentemente
3. De vez en cuando
5. Nunca

- ¿Cómo lo califican su esposa o un amigo muy cercano?

9. Definitivamente agresivo y competitivo
6. Probablemente agresivo y competitivo
3. Probablemente relajado y tranquilo
1. Definitivamente relajado y tranquilo

- ¿Está usted contento de permanecer en el mismo trabajo y nivel los próximos cinco años?

1. Si
2. No, quiero avanzar

4. Definitivamente no: debo avanzar y me sentiría insatisfecho si no me promovieran en este periodo.

Los números que aparecen a la izquierda de cada una de las opciones de respuesta, corresponden al peso relativo que se le otorga a cada opción de acuerdo a la lógica interna del cuestionario y la validación estadística del mismo. Por supuesto el sujeto que responde no conoce tal numeración. Aunque muchas de las preguntas son similares a las de la entrevista estructurada y fueron diseñadas para evaluar personalidad y conducta, el JAS es un cuestionario que responden los sujetos con papel y lápiz, y en un sentido finalista depende de una autoevaluación válida para el sujeto que responde. La gran ventaja de este cuestionario en contraste con la entrevista estructurada es que puede autoadministrarse, computarse, y otorga un puntaje numérico tanto en términos de puntaje global como de componentes particulares. El problema aquí radicaría en saber qué tan adecuada es la autovaloración que hace el sujeto de sí mismo, pues es claro que el JAS no captura totalmente el estilo del sujeto ni la información que puede proporcionar la entrevista estructurada (Rosenman, op. cit.). Además de que fué diseñado específicamente para simular la entrevista, es un esfuerzo, como ya se mencionó, para disponer de un método más eficiente y de menor costo para evaluar el PCTA.

Cabe señalar que dicho cuestionario se basa en la formulación conceptual del PCTA tal y como la desarrollaron Friedman y Rosenman desde 1959. Al diseñar, desarrollar y estudiar las propiedades del cuestionario en diversas poblaciones, se utilizaron métodos psicológicos y epidemiológicos. El sistema para otorgar puntajes en él se derivó a priori sobre la base de la teoría del PCTA, así como de juicios clínicos sobre la presencia o ausencia de este patrón (Jenkins, op. cit.).

En el intento por detectar el PCTA en poblaciones no adultas, Jenkins diseñó una versión del JAS que fuera aplicable a estudiantes, la cual consiste en 44 preguntas de opción múltiple, donde la escala agresión-competitividad consta de 7 ítems; la escala velocidad-impaciencia contiene 4 ítems. Uno de los problemas que presenta esta versión del JAS se debe a que existen dimensiones no medidas. Yarnold, et. al. (1986), reportaron que la dimensión de hostilidad y agresión solo está representada por un solo ítem, mientras que en el JAS para adultos existen dos ítems. Lo anterior representa una limitante para este cuestionario, ya que existen reportes de investigaciones psicológicas, fisiológicas y médicas que sugieren que esta dimensión es un componente importante para la clasificación de los sujetos en tipo A o No A, además de ser el componente cardiopatógeno más validado del PCTA (Blumenthal, et. al., 1984; Yarnold, et. al., op. cit.), ya que la hostilidad se relaciona con el

grado de aterosclerosis y enfermedad coronaria (Williams, et. al., 1980; Kobasa, et. al., 1983; Kornfeld, et. al., 1985; Lovallo, et. al., 1986; Ward, et. al., 1986; Fontana, et. al., 1986; Hecker, et. al., 1988; Eagleston, et. al., 1986).

Como ya se mencionó el JAS es un predictor más débil de enfermedad coronaria que la entrevista estructurada (Rosenman y Chesney, 1980; Scherwitz, et. al. op. cit.), debido a que la entrevista permite la observación directa de los componentes estilísticos del PCTA, mientras que el JAS exclusivamente confía en el contenido de las respuestas por lo que resulta ser más susceptible de presentar desviaciones en términos de autorreporte y autoevaluación, además de que la voz y las conductas manifiestas no verbales son más difíciles de evaluar en el cuestionario (Mac Dougall, et. al. op. cit; Sorensen, et. al., 1987).

Por otra parte, Abbott, et. al. op. cit., señalan que el JAS es el cuestionario más confiable para evaluar el PCTA y mencionan que: "La incapacidad ocasional de los cuestionarios para predecir recurrencias en pacientes coronarios puede deberse a su falla en la medición de hostilidad", por lo que recomiendan que los futuros cuestionarios que se elaboren para evaluar el PCTA incorporen ítems que midan adecuadamente esta dimensión.

3.4 Bortner Performance Battery

Otro de los métodos de evaluación del PCTA es la escala elaborada por Bortner y Rosenman en 1967 y denominada Bortner Performance Battery, la cual fue utilizada para llevar a cabo estudios entre padres e hijos pero posteriormente fue abandonada. Bortner (1969), presenta una escala de evaluación objetiva, la cual consta de 14 ítems. Cada uno de ellos, está compuesto por dos adjetivos o frases separadas por una línea de 3.75 cm. Dichos ítems son los siguientes:

- Nunca llego tarde...casual respecto a citas.
- No competitivo...muy competitivo.
- anticipa lo que otros van a decir...buen escucha.
- Siempre a la carrera...nunca, aún bajo presión.
- Puede esperar pacientemente...impaciente cuando espera.
- Va a todas...casual.
- Hago una cosa a la vez...trato de hacer muchas cosas a la vez, pienso cuál va a ser la próxima.
- Soy enfático al hablar (puedo golpear el escritorio)...hablo despacio.
- quiere que su buen trabajo sea reconocido por otros...sólo se preocupa por estar él satisfecho, sin importar lo que otros piensen.
- Rápido (para correr, caminar, etc.)...lento haciendo cosas.
- Tranquilo...duro.
- Se come los sentimientos...expresa los sentimientos.

-Tengo muchos intereses...tengo pocos intereses fuera del trabajo.

-Satisfecho con el trabajo...ambicioso.

Como se puede observar cada par de frases representa los extremos de la conducta, por una parte, una de ellas refleja el PCTA y la otra el Patrón Conductual Tipo No A. Se le pide al sujeto que en la línea horizontal marque una línea vertical en el lugar hacia donde él piensa que su conducta tiende más.

Debido a que esta escala se basa únicamente en autodescripciones, es muy difícil que mida los aspectos verbales del PCTA los cuales son parte integral de la entrevista o de la batería de desempeño. Es decir, que la limitación de esta escala en comparación con la entrevista para clasificar a los sujetos en tipo A o No A, es que sólo mide algunas características del PCTA.

Es importante señalar el comentario de Rosenman (Rosenman, et. al. op. cit.) respecto a que la prisa, el pobre conocimiento de su propia conducta y la autovaloración inadecuada deben tomarse en cuenta como incapacidades que limitan a los cuestionarios para servir como medida del patrón conductual tipo A, a pesar de haber participado, como ya se mencionó, en la elaboración del Bortner Performance Battery.

-Tengo muchos intereses...tengo pocos intereses fuera del trabajo.

-Satisfecho con el trabajo...ambicioso.

Como se puede observar cada par de frases representa los extremos de la conducta, por una parte, una de ellas refleja el PCTA y la otra el Patrón Conductual Tipo No A. Se le pide al sujeto que en la línea horizontal marque una línea vertical en el lugar hacia donde él piensa que su conducta tiende más.

Debido a que esta escala se basa únicamente en autodescripciones, es muy difícil que mida los aspectos verbales del PCTA los cuales son parte integral de la entrevista o de la batería de desempeño. Es decir, que la limitación de esta escala en comparación con la entrevista para clasificar a los sujetos en tipo A o No A, es que sólo mide algunas características del PCTA.

Es importante señalar el comentario de Rosenman (Rosenman, et. al. op. cit.) respecto a que la prisa, el pobre conocimiento de su propia conducta y la autovaloración inadecuada deben tomarse en cuenta como incapacidades que limitan a los cuestionarios para servir como medida del patrón conductual tipo A, a pesar de haber participado, como ya se mencionó, en la elaboración del Bortner Performance Battery.

Otro de los métodos de evaluación es la escala Framingham, la cual se utilizó hace más de diez años con el fin de detectar sujetos con patrón conductual tipo A. En la actualidad esta escala no se usa, se sabe además que fue comparada contra la entrevista estructurada y el JAS.

3.5 Cuestionario sobre Conducta Tipo A

Reynoso, et. al., en 1987 elaboraron un cuestionario para medir el Patrón Conductual Tipo A. Este instrumento permite detectar con antelación, de forma sencilla y confiable a sujetos con características del patrón conductual tipo A o No A. Contiene 20 ítems que evalúan las escalas de competitividad, agresividad-hostilidad e impaciencia. Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta, excepto el segundo, que sólo tiene dos opciones.

Como ejemplo se muestran a continuación los siguientes ítems:

-¿ Ha sido - o es - molesto para usted encontrarse bajo presión?

- a) no
- b) algunas veces
- c) la mayoría de las veces
- d) siempre.

- ¿ Le gusta hacer las cosas (en el trabajo, en el hogar) lo más rápido posible?

- a) siempre hay tiempo; mañana podré hacerlo
- b) solamente a veces
- c) la mayoría de las veces
- d) siempre

- Si ve a alguien haciendo un trabajo muy despacio y ud. sabe que lo puede hacer mejor y más rápido, ¿Qué hace?

- a) no hacer caso
- b) observarlo
- c) estaría tentado a ofrecerle ayuda
- d) le haría el trabajo

- Cuando usted se enoja, ¿Lo nota la gente que está a su alrededor?

- a) generalmente no me enojo; no se nota
- b) ocasionalmente me enojo; es raro verme enojado
- c) frecuentemente me enojo; es condición común
- d) me enojo diariamente; es notorio mi carácter (ver anexo 3).

El puntaje asignado a cada opción de respuesta es el siguiente: a) 1 punto; b) 2 puntos; c) 3 puntos; d) 4 puntos. Donde a mayor puntaje corresponden más características del patrón conductual tipo A y a menor puntaje menos características de dicho patrón. El mayor puntaje a obtener en este cuestionario es de 78 y el menor de 20.

Este cuestionario puede ser aplicado individualmente o en grupos pequeños cuidando de que no exista comunicación entre las personas que están siendo entrevistadas y tratando de observar al máximo sus reacciones verbales y no verbales.

Al ser aplicado se le(s) indica a la(s) persona(s), que la información que proporcione(n) será manejada confidencialmente y utilizada con fines de investigación, por lo que deberá(n) contestarlo con veracidad. Así mismo se le(s) pide marcar sólo una opción de respuesta en cada ítem, procurando no dejar ítems sin contestar.

Este instrumento ya ha sido confiabilizado en diferentes poblaciones.

3.6 AB Rating Scale de Hunter y Wolf

Existen evidencias de que el PCTA ocurre en jóvenes pero han sido relativamente pocos los esfuerzos para evaluarlo, a pesar de que la agresividad muestra una considerable estabilidad de la adolescencia a la adultez. Tal vez esta falta de atención en la evaluación del PCTA en jóvenes se deba a la escasez de instrumentos de medición apropiados para ellos. Los métodos de evaluación que se han utilizado para este grupo de sujetos son los siguientes:

- La batería desarrollada por Bortner y Rosenman (op. cit.) que consiste en una serie de tests diseñados para medir los componentes del PCTA utilizando conducta abierta (directamente observable). Sin embargo este estudio es cuestionable ya que su aplicación consume más de una hora, además de que su validez y confiabilidad no se ha establecido.

- La versión del JAS para estudiantes que consiste en 44 preguntas de opción múltiple con la escala de agresión-competitividad, la escala velocidad-impaciencia, las cuales constan de 7 y 4 ítems respectivamente, y sólo un ítem para la escala de hostilidad. La escala diseñada por Wolf, Hunter y Webber en 1979 consiste en 17 ítems, donde la evaluación del PCTA se basa en el autorreporte.

Un método más de evaluación del PCTA en jóvenes es la entrevista de Butensky y Waldron en 1976, de la cual no se tiene mayor información.

Como puede verse, los intentos por desarrollar y validar los instrumentos de evaluación del PCTA en adolescentes, han sido relativamente pocos. Además de que a la fecha, los trabajos para validar la presencia de dicho patrón en este tipo de sujetos se han enfocado generalmente a describir las características demográficas (Siegel y Leitch, op. cit.).

Los métodos para medir el PCTA en niños dependen de la demostración de similitudes conductuales entre éstos y los adultos, la evaluación del PCTA en adultos se ha realizado mediante los instrumentos que hemos descrito anteriormente, y algunos otros, sin embargo estos métodos no son apropiados para la evaluación de dicho patrón conductual en niños debido a que la mayoría utiliza el autorreporte, lo que es muy difícil de obtener en niños pequeños, además de que evalúan conductas realizadas por los adultos como involucración en el trabajo, o preguntas sobre actividades comunes a los adultos (Mattews y Volkin, 1981; Wolf, et. al.op. cit.).

Se considera de gran relevancia la investigación encaminada a conocer los orígenes y desarrollo del PCTA en niños y adolescentes debido a la relación que tiene éste con la enfermedad cardio-coronaria, pues se sabe que es durante los

primeros años de vida de un sujeto que la aterosclerosis comienza (antes de los 10 años). Sin embargo es importante señalar que la validación de la medición del PCTA en niños posee problemas especiales en cuanto a la duración de estudios longitudinales que pudieran determinar la utilidad de dicha medición en la predicción de enfermedad cardio-coronaria. Los métodos de evaluación de los que a la fecha se tiene conocimiento son los siguientes:

1. El A-B Rating Scale (ABRS) que es llenado por los niños.
2. El Matthews Youth Test for Health (MYTH) que es un instrumento llenado por el maestro.

Hunter y Wolf en 1982 diseñaron el ABRS argumentando que la conducta que exhiben las personas está en función de sus características propias y las circunstancias medio ambientales. De acuerdo con esto se hipotetiza que los niños tipo A realizan tareas como comer, caminar, competir, etc. con mayor velocidad y de una forma más intensa, independientemente de las instrucciones que reciban para ello.

Esta escala consta de 24 ítems desarrollados de tal forma que la conducta se evalúa como un continuo a través de una escala de siete niveles y está basada en la escala de Bortner

(1969) y de algunas otras investigaciones respecto al PCTA (Bortner y Rosenman, 1967; Jenkins, Rosenman y Friedman, 1967; Rosenman, et. al., 1975).

A continuación se presentan los 24 ítems de esta escala:

- Yo soy tranquilo...yo soy agresivo.
- Siento que el tiempo pasa rápidamente...siento que el tiempo pasa lentamente.
- Camino rápido...camino lentamente.
- Tomo las cosas con calma y pongo poco esfuerzo en las cosas que hago...yo "voy a todas" y pongo mucho esfuerzo en las cosas que hago.
- Importa mucho si llego tarde...no importa si llego tarde.
- Siempre quiero ganar en todo...No me importa si gano o no.
- Frecuentemente interrumpo o termino la frase cuando alguien está hablando...Me siento y escucho siempre cuando alguien está hablando.
- No tengo intereses...tengo muchos intereses.
- Quiero hacer lo mejor en la escuela...estoy satisfecho por como me ha ido en la escuela.
- Encuentro que es muy difícil esperar...me es fácil esperar.
- Hablo despacio...hablo rápido.
- Hablo fuerte...hablo suavemente.
- Siempre me siento carrereado...nunca me siento carrereado.
- Como despacio...como rápido.

-Tengo pensamientos de muchas cosas al mismo tiempo...pienso respecto de una cosa a la vez.

-Me gusta discutir y argumentar...no me gusta discutir y argumentar.

-Frecuentemente me meto en peleas...nunca me meto en peleas.

-Me gusta decirles a otros que hacer...no me gusta decirles a otros que hacer.

-Es muy difícil que me enoje...es muy fácil que me enoje.

-Siempre soy líder en las actividades...Nunca soy líder.

-Mis amigos siempre me escogen como líder (o capitán) cuando jugamos...mis amigos nunca me escogen como capitán cuando jugamos.

-Bebo rápidamente...bebo lentamente.

-Tengo muchos entretenimientos (hobbies)...tengo pocos entretenimientos (hobbies).

-Pierdo la cabeza fácilmente...no pierdo la cabeza fácilmente.

En base a la utilización de este instrumento, sus autores concluyeron que:

a) Los niños tipo A hablan más fuerte que los no A, y que los niños hablan más fuerte que las niñas.

b) Los niños tipo A tienden a comer más aprisa que los no A, y que los niños son más rápidos que las niñas.

El estudio realizado por Amos, et. al. (1987) con 2128 niños de Bogalusa Louisiana, indica que esta escala (ABRS) resulta adecuada para evaluar el PCTA en adolescentes, pero en niños menores de 13 años, la baja magnitud de las medidas de confiabilidad, pueden ser un indicador de que este instrumento no es una herramienta precisa para identificar el PCTA en niños pequeños, o tal vez los motivos, valores, sistemas de creencias y conocimientos necesarios para elicitarse tales conductas no se desarrollan adecuadamente hasta la adolescencia.

3.7 Matthews Youth Test for Health

El cuestionario MYTH elaborado por Matthews y Angulo (op.cit.) fué el primer instrumento de evaluación elaborado con el fin de indagar si el PCTA se desarrolla en la infancia.

Dicho instrumento que utiliza la observación de conductas abiertas, está compuesto por dos subescalas: Una que evalúa competición y otra que mide el grado de impaciencia y agresividad en los niños. Consta de 19 ítems, cada uno con una escala del 1 (nada característico) al 5 (totalmente característico), el puntaje mínimo es de 17 y el máximo de 85 donde obviamente el mayor puntaje indica a los niños típicamente A y el menor puntaje a los tipo B.

A continuación se presenta dicho cuestionario:

- ¿Cuando el niño juega ¿Es competitivo?
- ¿Cuando trabaja lo hace rápidamente?
- ¿Cuando el niño espera a alguien, se pone impaciente?
- ¿Hace las cosas apresuradamente?
- ¿Se enoja frecuentemente con sus compañeros?
- ¿Interrumpe a otros?
- ¿Es un líder en varias actividades?

- ¿Se irrita fácilmente?
- ¿Se desenvuelve mejor cuando compite con otros?
- ¿Le gusta discutir?
- ¿El niño es paciente cuando trabaja con otros niños más lentos que él?
- ¿Cuando trabaja o juega, trata de hacer mejor las cosas que los otros niños?
- ¿Puede estar quieto por un buen rato?
- ¿Es más importante para el niño ganar que divertirse en los juegos o en el trabajo escolar?
- ¿Los otros niños lo ven como líder?
- ¿Es competitivo?
- ¿Le gusta pelearse?

Diversos estudios realizados (Mattews, 1979 y 1982; Mattews y Angulo, 1980; Lawler, et. al., op. cit.; Mattews y Volkin, 1981; Wolf, et. al., 1982; Mattews y Avis, 1983; Jennings y Mattews, 1984; Mattews y Jennings, 1984; Mattews y Haynes, 1986; Sweda, et. al., 1986; Eagleston, op. cit.; Whalen y Henker, 1986; Vega-Lahr y Field, 1986; Amos, et. al. 1987; Visintainer y Mattews, 1987) señalan la validez y confiabilidad de este instrumento, además de que su aplicación es muy sencilla. Lo que se desconoce es si el MYTH se relaciona con enfermedad coronaria; las mediciones realizadas han obtenido validez típica contra el criterio de presencia de aterosclerosis o la ocurrencia de eventos clínicos coronarios, pero la razón de que la validación de la medición del PCTA en niños se vea limitada

es que un estudio longitudinal llevaría 40 años o más antes de que pueda determinarse la utilidad de la medición del PCTA en niños para predecir y prevenir el desarrollo y la ocurrencia de enfermedad cardio-coronaria. (Sweda, et. al., op.cit.). A pesar de lo anterior, la estabilidad de la conducta tipo A en niños ya ha sido comprobada en algunos estudios.

Los resultados del estudio de Sweda (op.cit.) sobre agregación familiar y conducta tipo A permiten observar que las conductas de "manejo duro" y velocidad-impaciencia son componentes del PCTA de los adultos que resultaron significativamente correlacionados con los puntajes del MYTH, así mismo los puntajes de correlación entre el JAS y el MYTH fueron similares a los observados entre progenitores e hijos a los que se les aplicó el JAS en una investigación previa.

Como se mencionó anteriormente, las causas de la enfermedad cardio-coronaria, principalmente la aterosclerosis, son múltiples, incluyendo como una de las principales al PCTA. Estudios al respecto (Williams, et. al., op. cit.; Kobasa, et. al., op. cit.; Jennings, 1984; Cohen y Reed, 1985; Kornfeld, et. al., op. cit.; Ward, et. al., op. cit.; Lovallo, et. al., op. cit.; Fontana, et. al., op. cit.; Cohen y Matthews, 1987; Hecker, et. al., op. cit.) han demostrado válidamente la predictibilidad de dicho patrón conductual y lo han

extendido a niños, explicitando que algunas de las manifestaciones de disfunción cardiovascular son raras durante la infancia.

3.8 Cuestionario propuesto (Alternativa)

En el presente trabajo se propone como una alternativa de detección del PCTA en niños preescolares, un cuestionario similar al Matthews Youth Test for Health (1980). Dicho cuestionario consta de 20 ítems que evalúan los componentes de impaciencia, agresividad-hostilidad y competitividad, en el ambiente escolar. Cada ítem contiene cuatro opciones de respuesta que son: no, nunca, ocasionalmente, la mayoría de las veces, si, siempre.

Los ítems de este cuestionario son los siguientes

- 1.-Cuando el niño juega ¿Se muestra competitivo?
- 2.-Cuando realiza sus trabajos ¿Tiende a hacerlo con rapidez?
- 3.-Cuando tiene que esperar a que terminen sus compañeros de trabajar ¿Se pone impaciente?
- 4.-Cuando hace su trabajo escolar lo hace con mayor rapidez que otros?
- 5.-¿Agrede a sus compañeros (física o verbalmente) cuando éstos no hacen las cosas como él lo establece?
- 6.-Al tener que llevar o traer algunos materiales a sus compañeros ¿Se muestra enojado con ellos?
- 7.-¿Interrumpe a los demás mientras trabajan?
- 8.-¿Trata de mostrarse como líder en diversas actividades?
- 9.-¿Se llega a irritar fácilmente?

- 10.-Al realizar los trabajos escolares ¿Se muestra más perfeccionista de lo usual, cuando compite con otros?
- 11.-¿Trabaja lenta y cautelosamente?
- 12.-¿Al niño le gusta debatir o discutir?
- 13.-¿Es paciente cuando trabaja con niños más lentos que él?
- 14.-Cuando trabaja o juega ¿Trata de hacerlo mejor que otros?
- 15.-¿Puede permanecer 15 minutos sentado y quieto mientras escucha un cuento?
- 16.-¿Es muy importante para el niño resultar ganador o sobresalir en los juegos o trabajos escolares?
- 17.-¿Sus compañeros miran a este niño como líder?
- 18.-¿El niño trabaja mejor cuando lo hace rápida y enérgicamente?
- 19.-¿Participa en riñas y peleas?
- 20.-¿Tiende a establecer las reglas del juego o las condiciones de trabajo y exigir que se cumplan?

Este instrumento supone al igual que el de Matthews y Angulo, que la conducta que exhiben los niños y que es observada por alguien a través de una lista de cotejo con escala estimativa permite la clasificación de los niños en sujetos tipo A, intermedios y sujetos no A.

El puntaje asignado es de 1 para la opción "no, nunca" y de 4 para la de "sí, siempre" y así respectivamente, a excepción de las preguntas 11, 13 y 15 en donde el puntaje de las opciones se invierte. La educadora encargada del grupo es la

responsable de responder el cuestionario, basándose en las observaciones diarias del desempeño de los niños durante el tiempo que pasan en el ambiente escolar. En este cuestionario se elimina el autorreporte, debido a que los niños preescolares inscritos en el sistema educativo oficial aún no saben leer y escribir, además de que la confiabilidad en el instrumento se vería disminuída, por lo que al diseñar este cuestionario se optó por la observación de ciertas conductas verbales y no verbales exhibidas por los niños, que indicaran la presencia de algunos componentes del PCTA. La observación de la conducta tipo A permite una medición más satisfactoria de la tendencia a la enfermedad coronaria que el autorreporte.

Como puede observarse, el cuestionario propuesto ofrece las ventajas de la observación directa de la exhibición espontánea de las conductas tipo A en niños, su aplicación es sencilla, no consume más de 10 minutos, y arroja puntajes numéricos que pueden ser computados.

3.9 Validez y confiabilidad

En diversos textos sobre evaluación los conceptos más tratados son validez y confiabilidad. Al referirnos a evaluación estamos haciendo alusión a una medición que puede ser hecha a través de la asignación de un número o una cantidad que implicará el atributo de una cosa; al pensar en una comparación que implicara un juicio de valor para la posterior toma de decisiones, se podría decir entonces que la evaluación estaría plenamente justificada.

Dentro de la terapia conductual la evaluación ha tenido por lo menos tres enfoques diferentes: se ha centrado en los principios teóricos que fundamentan la técnica o técnicas empleadas; se utiliza para determinar la efectividad terapéutica y/o se usa para realizar críticas metodológicas. El problema de la evaluación no implica únicamente la aplicación de tal o cual prueba sino qué tanta validez y confiabilidad tienen los instrumentos, es decir: ¿el instrumento propuesto mide realmente lo que se desea medir?, ¿siempre mide lo mismo?, ¿no tiene posibilidad de errores?. Si el instrumento es aplicado en más de una ocasión a los mismos sujetos ofrece los mismos resultados?

Al construir un instrumento de evaluación es necesario establecer las especificaciones de los objetivos del mismo o sea el constructo conductual al que han de referirse los elementos del instrumento (Fernández Ballesteros y Carrobes, 1981). Lo que

realmente se hace es una elección entre diferentes formas de operativizar el dominio de conductas que nos interesan. A esto Kerlinger (1973) le llama definición operativa del constructo y Kazdin (1981) la denomina definición operacional, es decir, que los indicadores sobre los que se infiere las propiedades o conductas en estudio se definen operacionalmente, especificando las operaciones necesarias para medir las variables.

Una característica importante de un instrumento de medición es su confiabilidad, la cual se puede definir como la carencia relativa de errores de medición del instrumento, es decir su exactitud o precisión al medir, o sea la consistencia con que mide cierto constructo conductual. Esta característica del instrumento le dará al investigador una alta confianza en la utilización de dicho instrumento y en los resultados obtenidos por el mismo; es decir que la confiabilidad de un instrumento es la extensión temporal en la cual muestra puntajes consistentes (Kerlinger, 1975; Fernández Ballesteros y Carrobles, op. cit.; Yarnold, et. al., op. cit.).

Otra característica importante de los instrumentos de medición es aquella que implica el preguntarse: medimos realmente lo que pretendemos medir?. Para contestarnos esta pregunta se debe recurrir a la validez de un instrumento, la cual indica el grado en que una herramienta de evaluación es una medida adecuada del constructo y en qué medida las hipótesis emandas del

constructo pueden afirmarse mediante el uso del instrumento en cuestión. Es decir que la validez implica certeza de la información obtenida.

En base a lo anterior se puede señalar que en el presente estudio se pretende demostrar la confiabilidad del instrumento propuesto, al mismo tiempo que la validez del mismo estará sujeta a investigaciones futuras con estudios de seguimiento, así como de contrastación con otros instrumentos de medición. Yarnold, et. al. (op. cit.) señalan que las investigaciones del patrón conductual tipo A han mostrado que las respuestas que un individuo de este tipo presenta se mantienen constantes en periodos relativamente largos, lo que sugiere que la confiabilidad test-retest es significativa.

4 DESCRIPCION DE LA INVESTIGACION Y METODOLOGIA

4.1 Objetivos

El objetivo general del presente estudio es evaluar el instrumento propuesto como una alternativa de detección del Patrón Conductual Tipo A en niños preescolares y observar si existe relación entre el patrón conductual de padres y maestros con respecto al Patrón Conductual Tipo A en los niños. Por lo tanto, y de manera específica, se pretende:

-Ofrecer un instrumento de evaluación que permita detectar y diferenciar en forma confiable a niños con características del Patrón Conductual Tipo A.

-Realizar los estudios necesarios para confiabilizar el instrumento propuesto.

-Observar si existe relación entre el patrón conductual de los padres y el patrón conductual de los niños.

-Evaluar la conducta de instigación de los padres hacia los niños con respecto a conductas características del Patrón Conductual Tipo A.

-Observar si existe relación entre el patrón conductual de la maestra y el patrón conductual del grupo de niños que atiende.

Como meta a largo se plantea la posibilidad de realizar estudios longitudinales que permitan conocer la relación entre el Patrón Conductual Tipo A en niños y el desarrollo de dicho patrón conductual y enfermedad coronaria en la edad adulta. Así como el diseño y puesta en marcha de programas preventivos que permitan atenuar o si es posible, eliminar conductas características del Patrón Conductual Tipo A del repertorio del niño o del adolescente.

4.2 Sujetos

- La población total (315 niños) del Jardín de Niños "Antonio Vanegas Arroyo", cuya edad era entre cuatro y seis años.
- Los niños y los padres de ellos que conformaron los tres grupos experimentales que se formaron en base al puntaje obtenido en el cuestionario propuesto.
- Profesoras de los ocho grupos formados por las autoridades del Jardín de Niños, en base a la edad de los niños.

4.3 Materiales

- Cuestionario propuesto (ver anexo 1).
- Formatos de respuestas del cuestionario propuesto (ver anexo 1).
- Lista de cotejo (ver anexo 2).
- Cuestionario de Reynoso sobre Conducta Tipo A (ver anexo 3).
- Cuestionario de respuestas abiertas sobre instigación de conductas tipo A en niños (ver anexo 4).
- Lápices.

4.4 Escenario

La aplicación de los instrumentos de evaluación se llevó a cabo en las instalaciones del Jardín de Niños "Antonio Vanegas Arroyo" ubicado en la colonia Morelos del D.F.

4.5 Procedimiento

Se elaboró un cuestionario estructurado en base al propuesto por Matthews (1980), que permitió determinar el patrón conductual tipo A, manejando las subescalas de competitividad, impaciencia y agresión u hostilidad dentro del ámbito escolar, en niños cuya edad fluctuaba entre los cuatro y los siete años (ver anexo 1).

Dicho cuestionario se aplicó en el mes de Febrero, por la educadora a cargo del grupo, a la totalidad de los niños que asisten a su grupo y bajo previas instrucciones verbales del investigador.

Con el fin de observar la confiabilidad del instrumento propuesto, éste se reaplicó a los tres meses posteriores a su primera aplicación, es decir, en el mes de mayo.

Para observar si hay relación entre el PCTA de los padres y maestras con el de los niños, y si existe instigación de algunas conductas características de dicho patrón conductual, se decidió formar tres grupos experimentales, cada uno con 24 niños. El primer grupo lo constituyeron los niños que tendían a presentar características del patrón conductual tipo A (puntajes entre 60 y 74), el segundo grupo los niños que no mostraban ninguna característica del patrón conductual tipo A (puntajes entre 20 y 24), y el tercer grupo los niños elegidos azarosamente

(puntajes entre 25 y 59). Enseguida se pidió a las educadoras que contestaran una lista de cotejo (ver anexo 2) donde reportaron las conductas que presentan estos niños y ante qué situaciones; las conductas a reportar fueron las relativas a competición, impaciencia y agresión u hostilidad dentro del ámbito escolar. Se hizo un reporte por cada uno de los niños que conformaron los tres grupos experimentales.

Posteriormente se citó a los padres de los niños que estaban incluidos en los grupos experimentales y se les aplicó el Cuestionario sobre Conducta Tipo A elaborado por Reynoso (ver anexo 3), con la finalidad de observar la relación existente entre la conducta de los padres y sus hijos.

Se elaboró y aplicó un cuestionario de respuestas abiertas (ver anexo 4), en donde los padres reportaron específicamente si ellos instigan, refuerzan o castigan las conductas de agresividad, impaciencia y competencia en sus hijos.

Además se les aplicó a las maestras el cuestionario de Reynoso (ver anexo 3), para observar si existe relación entre el patrón conductual de la educadora y el patrón conductual de los niños que asisten a su grupo, con la finalidad de investigar si el patrón conductual que presentan éstos se debe a la instigación y/o modelamiento de ella.

-Diseño Experimental:

Con el fin de poder evaluar la confiabilidad del instrumento propuesto, se utilizó el diseño de Test-retest para un solo grupo, que fue la población total de donde se realizó la clasificación de los grupos mencionados anteriormente, con reaplicación a los tres meses (Febrero-Mayo), tratando así de evitar los efectos de acarreo.

-Manejo Estadístico de los datos:

Se incluyen las medidas descriptivas de los datos y las comparaciones estadísticas entre las muestras. Para evaluar las aplicaciones Test-retest, se aplicó el coeficiente r de Pearson y rho de Spearman; sin embargo es importante señalar que el coeficiente rho de Spearman es menos estricto en sus requerimientos. Los requisitos para la aplicación del coeficiente r de Pearson son: utilizar una escala de intervalo, muestreo aleatorio, linealidad de las variables, normalidad e independencia en las observaciones. Mientras que para la aplicación del coeficiente rho de Spearman es necesario: linealidad de las variables, escala ordinal, muestreo aleatorio, e independencia en las observaciones.

También se utilizó la prueba t y la T de Wilcoxon para determinar las posibles diferencias entre cada una de las aplicaciones. Esta prueba permitió comparar entre dos aplicaciones bajo los siguientes supuestos: muestreo aleatorio, existencia de dos grupos, normalidad, escala ordinal o de intervalo. Con el objeto de comprobar si en los puntajes de las diferentes aplicaciones no existen variaciones significativas, es decir, si la población emitía respuestas similares ante el instrumento propuesto, lo que nos permitiría argumentar que éste es confiable.

5 DESCRIPCION DE RESULTADOS

Cuestionario Propuesto.

El cuestionario propuesto para la detección del patrón conductual tipo A en niños, consta de 20 ítems; cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta, con puntajes que van de uno a cuatro, las opciones y los puntajes asignados son los siguientes:

OPCIONES	PUNTAJES
No, nunca	1
Ocasionalmente	2
La mayoría de las veces	3
Si, siempre	4

A excepción de las preguntas 11, 13 y 15, donde los puntajes de las opciones se invierten, es decir, que a la opción "no, nunca" le corresponde un puntaje de 4 y así sucesivamente. El puntaje mínimo a obtener en este cuestionario es de 20 y el máximo de 80. Los niños con puntajes menores a 24 son considerados como niños que no presentan características del patrón conductual tipo A (niños no A), y los que obtienen un puntaje mayor a 60 son considerados como niños que sí presentan características del patrón conductual tipo A (niños tipo A), los niños con puntajes entre 25 y 59 fueron clasificados como niños

del grupo intermedio, es decir, que su conducta puede tener características cercanas al Tipo A y al No A o características de ambos tipos.

Los datos obtenidos en el test-retest que se realizó con este cuestionario, fueron correlacionados con las pruebas r Pearson y rho Spearman.

El cuestionario fué aplicado a 315 sujetos; donde el puntaje máximo para la primera aplicación fué 74 y para la segunda aplicación fué 71, en ambas aplicaciones el puntaje mínimo fué de 20; los datos de las medias aritméticas y las desviaciones estándar de cada aplicación se muestran en la tabla 1.

Para observar la correlación existente entre estas dos aplicaciones, se utilizaron los coeficientes correlacionales r Pearson y rho Spearman. Con el primero se obtuvo una correlación de 0.72 y con el segundo una de 0.78 con una $p=0.0005$, es decir, que sí existe una correlación positiva entre los puntajes obtenidos en la primera y la segunda aplicación del cuestionario propuesto.

La prueba t de Student nos muestra un valor de 0.0504 implicando así que no existe diferencia entre los puntajes de las diferentes aplicaciones. La prueba de Wilcoxon arroja un puntaje $T=21825.50$ y $Z=1.89122$ con una significancia de 0.0553, apoyando

de esta manera el dato anterior respecto a que no existen diferencias entre los puntajes obtenidos en la primera y segunda aplicación del cuestionario.

Debido a que en el intervalo entre la primera y segunda aplicación del cuestionario se tuvieron muertes experimentales de 13 sujetos, se decidió realizar un segundo análisis estadístico de los datos, igualando el número de sujetos de las muestras, teniendo entonces un total de 302 sujetos. La estadística descriptiva de éstos datos se muestran en la tabla 2.

En este caso la r Pearson fué 0.82 y la ρ Spearman fué 0.81 con una $p=0.0004$. Como puede observarse, en este segundo análisis, también existe una correlación positiva entre los puntajes obtenidos en la primera y en la segunda aplicación.

En cuanto a la prueba t , el valor encontrado fué 3.0903 con un nivel de significancia de 0.0012. La prueba Wilcoxon arroja los siguientes resultados: $T=18114.50$ $Z=3.13540$ $Sig.=0.00213$ Con los resultados de éstas pruebas corroboramos que no existen diferencias en los puntajes obtenidos en el tes-retest.

Los niños a los que se les aplicó el cuestionario, son asignados por las maestras a diferentes grupos según su edad. Para observar la confiabilidad de los datos reportados por cada maestra, éstos fueron correlacionados a nivel grupal,

observándose que la mayoría de las correlaciones (r Pearson) son positivas y varían entre 0.65 y 0.91; la correlación más baja que se obtuvo fué de 0.55, la cual puede deberse a que este grupo tuvo cambio de maestra un mes antes de hacerse la segunda aplicación, es decir, que probablemente todavía no tenía un conocimiento total de las conductas características de todos los niños ante algunas situaciones. Los datos de las correlaciones obtenidas por cada grupo se muestran en la tabla 3.

En base al puntaje obtenido por los niños en el cuestionario, se formaron tres grupos denominados de la siguiente manera:

Grupo 'A': 24 sujetos cuyos puntajes fueron más altos (entre 60-74).

Grupo 'Intermedio': 24 sujetos elegidos al azar (con puntajes entre 25-59).

Grupo 'No A': 24 sujetos cuyos puntajes fueron más bajos (entre 20-24).

Lista de Cotejo.

A partir de aquí, se decidió trabajar con los tres grupos experimentales, aplicándoles una lista de cotejo que contestó también la educadora. La estadística descriptiva de los datos obtenidos por estos tres grupos ('A', 'I', 'No A') se muestran en la tabla 4.

Dado que el puntaje mínimo de la lista de cotejo es 16 y el puntaje máximo es 32 y el puntaje mínimo del cuestionario es 20 y el máximo 74, se decidió transformar los puntajes obtenidos por los niños en la lista de cotejo y en el cuestionario propuesto a porcentajes. Estos porcentajes se correlacionaron, obteniéndose valores de correlación positiva entre la lista de cotejo y la primera aplicación; teniendo que la r de Pearson fue de 0.76 y la r de Pearson para la segunda correlación fue de 0.92 entre la lista de cotejo y la segunda aplicación. La estadística descriptiva de estos datos se muestran en la tabla 5.

Cuestionario de Conducta Tipo A aplicado a padres.

A los padres de los niños que conformaron estos tres grupos, se les aplicó el Cuestionario sobre Conducta Tipo A elaborado por Reynoso et. al. (1987), ésto se hizo con la finalidad de observar

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

si existen características del Patrón conductual tipo A en aquéllos. Se eligió una muestra de 61 niños que contaba con ambos padres.

Se analizaron los puntajes obtenidos por los padres y las madres por separado. El rango de puntaje obtenido en los cuestionarios de los sujetos hombres osciló entre 23 y 64, con una media de 47.31, mientras que el de las mujeres se encontró entre 16 y 57, con una media de 43.09, lo cual implica en general una mayor cantidad de conducta tipo A para los hombres que para las mujeres (ver tabla 6).

El coeficiente de correlación r Pearson mostró una asociación de -0.0189 y una $p=0.8568$, lo cual implica que no existe relación entre los puntajes obtenidos por los padres y las madres.

Adicionalmente, se aplicó el coeficiente rho Spearman para compararlo con el de Pearson obteniéndose un valor de 0.101 con una significación de 0.442 , lo que también implica que no hay relación entre los puntajes de padres y madres.

Por otra parte, se realizó la comparación entre los grupos de hombres y mujeres mediante la prueba t , la cual tuvo un valor de 3.032 y una $p=0.0037$, con el que se concluye que sí existe diferencia entre los grupos de padres y madres con respecto a la aparición del patrón conductual tipo A.

Cuestionario sobre instigación.

Se elaboró un cuestionario que se aplicó a los padres de los niños que conformaban los grupos experimentales (ver anexo 4). Este cuestionario consta de 16 ítems de respuesta abierta, mediante los cuales se pretendió observar si los padres instigan en los niños las conductas de agresión, hostilidad, competitividad e impaciencia y de qué manera lo hacen. Para el análisis de estos cuestionarios se seleccionaron 3 de cada grupo, los cuestionarios elegidos fueron los que contenían mayor número de respuestas que denotaban características del PCTA.

En general, se observó que los padres no fueron totalmente sinceros al contestar y muchas de sus respuestas connotan cierta agresión, hostilidad e impaciencia hacia los niños, además de que muchos sí los instigan a competir y ganar en sus juegos.

Como ejemplo de ello se presentan a continuación los resultados obtenidos de los 3 cuestionarios elegidos del grupo experimental "No A":

Respecto a las preguntas 1, 5 y 13 que se refieren a competitividad, se puede observar que en la pregunta 1 todas las madres demuestran sí instigar a los niños a ganar, en la 5 y 13 sólo una de ellas demuestra exigir competitividad en su hijo. En lo que se refiere a la característica hostilidad-agresión (preguntas 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 14 y 16), se observa que en

las preguntas 2, 3, 7, 8 y 16 las madres dicen que no les permiten a sus hijos ser agresivos pero ellas denotan agresión al decirles "no pelees porque te pego", "no dejes que abusen de tí", ve programas agresivos "siempre y cuando sean adecuados para su edad", "lo regañaría", "lo regaño y lo castigo". Cabe aclarar que hubo una madre que mostró agresión en sus respuestas a las preguntas 2, 8 y 16 y sin embargo su puntaje en el cuestionario de conducta tipo A para adultos fué de 40, es decir un puntaje intermedio que no denota una relación directa entre las respuestas de un cuestionario y otro. Respecto a la pregunta 3, la señora que mostró agresión en este ítem, también lo hace en la pregunta 4; la madre que sí permite ver a su hijo programas agresivos "de acuerdo a su edad", denota también cierta agresión en su respuesta a la pregunta 4; en la pregunta 12 y 14 se observa contradicción por parte de las madres, ya que aunque les dicen a sus hijos que no deben decir groserías, ellas las utilizan en el trato cotidiano con los niños, se les ha oído decir las cuando van por ellos a la escuela, además de que sus respuestas muestran agresión ante los niños; sólo en la pregunta 11 no hubo respuestas de agresión por ninguna de las tres madres. Refiriéndonos a la conducta de impaciencia (pregunta 6, 9, 10 y 15), sólo una de las madres mostró esta conducta en todas las respuestas; la señora que mostró ser impaciente en la pregunta 6 lo hizo también en la pregunta 9 y la señora que más respuestas de agresión dió fué la que demostró ser impaciente sólo en su respuesta a la pregunta 9. De estos tres cuestionarios se observa que sólo dos madres muestran en el 50 % de sus respuestas

que sí están instigando algunas conductas características del PCTA.

Por otra parte, en los 3 cuestionarios que se seleccionaron del grupo indiferenciado, se observó que en la pregunta 1 hay dos madres que sí instigan a sus hijos a que ganen y en las preguntas 5 y 13 sólo hubo una respuesta de competitividad en cada una; en lo referente a hostilidad-agresión, de las 9 preguntas solo en 4 de ellas las madres denotaban cierta agresividad, como por ejemplo, en la pregunta 14 las tres madres muestran ser agresivas al regañar o pegarle al niño si dice groserías, en las preguntas 3 y 8 sólo hubo una respuesta con actitud agresiva y en la pregunta 16 una de las madres respondió que regaña a su hijo y la otra que nadie lo va querer si se enoja. En cuanto a impaciencia las tres madres demostraron ser impacientes en las preguntas 6 y 9; sin embargo en las preguntas 10 y 15 no hubo respuestas de impaciencia. En este grupo se encontraron pocas madres que demostraron instigar en los niños conductas del patrón conductual tipo A. Comparando el grupo "No A" y el "Indiferenciado", se encontró que en el grupo "No A" hay más respuestas con tendencia agresiva que en el segundo grupo, además de que las 3 madres elegidas en este último grupo obtuvieron menos del 50 % de respuestas instigadoras.

En cuanto a los cuestionarios del grupo "A", se puede observar que de las 3 preguntas que comprende la categoría de competitividad sólo en las preguntas 1 y 5 hay respuestas de

instigación a la competencia, dos madres mostraron esta actitud en la pregunta 5 y sólo una señora en la pregunta 1, es decir cada una de las madres tuvo una respuesta de instigación a la competencia. En lo referente a hostilidad-agresión, solamente en la pregunta 4 no hubo respuestas de este tipo, en las preguntas 7, 8 y 14, todas las madres mostraron agresión al decirles que los iban a castigar o golpear; en las preguntas 2, 3, 11 y 16 sólo hubo una respuesta que denota agresión u hostilidad y en la pregunta 12 dos de las madres demostraron ser agresivas u hostiles al decirle que "le van a mochar la lengua" o que acuse a quien lo agrede. En las preguntas de impaciencia se encontró que las tres madres respondieron a la pregunta 6 exigiendo mayor rapidez a los niños para vestirse y comer, sin embargo dos de ellas les permiten ser lentos en otras actividades. En la pregunta 10 hay una respuesta de impaciencia y en la 15 dos, ambas preguntas se refieren a que las madres prefieren irse a otro lugar que formarse a esperar su turno. En general, en los cuestionarios de este grupo es en donde se encontraron más respuestas de instigación a ciertas conductas del patrón conductual tipo A por parte de las madres, predominando dichas respuestas en las categorías de hostilidad, agresión e impaciencia. Dos de éstos cuestionarios muestran la instigación al patrón conductual tipo A en más del 50 % de sus respuestas.

Cuestionario de Conducta Tipo A aplicado a educadoras.

El cuestionario sobre conducta tipo A elaborado por Reynoso (ver anexo 3) también fué aplicado a las educadoras para observar si existía relación entre la conducta de la maestra y el patrón conductual de los niños de su grupo. Los resultados de esta aplicación demuestran que el patrón conductual de los niños es independiente del de la educadora, debido a que en los grupos donde la educadora obtuvo el puntaje más alto (55 y 58), en el cuestionario de Reynoso, no existen niños con características Tipo A, sin embargo en los grupos donde las educadoras obtuvieron puntajes más bajos que los anteriores (48, 49, 50, 52 y 54) si existen niños con características del PCTA (ver tabla 7).

6 DISCUSION Y CONCLUSIONES

A continuación se presenta la discusión acerca del Patrón Conductual Tipo A y sus métodos de evaluación; también se abordan los resultados obtenidos durante el presente estudio.

El PCTA es la conducta observable que emerge cuando una persona predispuesta es confrontada con una situación de disparo, y constituye una amplia gama de elementos cognitivos, emocionales y estilos personales de funcionamiento de un individuo (Magnusson, 1986).

Este patrón es un estilo de conductas manifiestas, utilizadas para afrontar situaciones de la vida, puede ser elicitado, ya sea por situaciones placenteras o problemáticas, pero es particularmente disparado por situaciones que son percibidas por el sujeto como de reto, relevantes para su desarrollo, al parecer, los sujetos tipo A no manifiestan déficits en términos de sus habilidades de afrontamiento.

En el capítulo sobre Descubrimiento y Descripción del Patrón Conductual Tipo A se puede observar que la manifestación del Patrón Conductual Tipo A, se presenta por valores característicos, pensamientos, relaciones interpersonales, gestos característicos, expresiones faciales, actividad motora y estilo de hablar de un sujeto (Friedman y Rosenman, 1974; Chesney y Rosenman, 1980; Chesney, 1983; Howard, 1986).

Existen diversos estudios donde se ha demostrado que los hombres exhiben con mayor probabilidad el PCTA que las mujeres (Haynes et al, 1978; Waldron, 1977), esto mismo se ha encontrado en niños (Hunter y Wolf, 1982). En cuanto a la evaluación del patrón conductual, se puede ver que los instrumentos que más se utilizan son la Entrevista Estructurada de Friedman y Rosenman y el cuestionario Jenkins Activity Survey, pero en nuestro país el único instrumento de evaluación que se conoce es el cuestionario de conducta tipo A de Reynoso; este cuestionario ya ha sido evaluado en estudios anteriores, encontrándose una alta confiabilidad en test-retest y en el caso de la presente investigación fué de valiosa ayuda para detectar el PCTA en padres y madres. Al correlacionar los puntajes obtenidos por los padres en dicho cuestionario con los puntajes de las madres en el mismo, los resultados nos permiten argumentar que no existe relación entre el patrón conductual del padre con el de la madre, es decir, que si ésta presenta características tipo A no implica que su pareja las presente también y viceversa; igualmente se comprobó que los varones presentan con mayor frecuencia el PCTA.

La bibliografía revisada concuerda en que en el desarrollo del Patrón Conductual Tipo A influye en mayor grado el ambiente en el que se desenvuelve el individuo que el factor genético. Así mismo, también hay evidencias de que este patrón conductual se origina en la infancia y que los factores culturales juegan un papel importante como antecedentes para su desarrollo.

Respecto a la evaluación del Patrón Conductual Tipo A en niños, sólo se conocen el AB Rating Scale y el Mattews Youth Test for Health, que han demostrado que dicho patrón puede ser detectado desde la infancia, aunque a pesar de los estudios longitudinales que se han realizado, no se ha podido comprobar si este patrón continúa desarrollándose en la edad adulta y si los sujetos tipo A detectados en la infancia desarrollan enfermedad cardiovascular (Mattews y Angulo, 1980, Mattews y Volkin, 1981, Hunter y Wolf, 1982, Cohen y Mattews, 1987).

En base a los resultados obtenidos en la aplicación de los cuestionarios de Conducta Tipo A a padres y maestras y el cuestionario de instigación a padres, se puede decir que el desarrollo de dicho patrón conductual en la infancia se ve mayormente influenciado por la instigación y aceptación de conductas de competitividad, agresión-hostilidad, e impaciencia por parte de los adultos, que a la imitación de ella. Respecto a esto Wolf, et. al. (1982) mencionan que el condicionamiento y el aprendizaje observacional (modelado), son factores importantes en la adquisición de dichas conductas en la infancia, es importante mencionar que en el presente estudio no se evauo el factor de modelado.

Otro de los factores que favorecen dicho desarrollo, son el tipo de información de los medios masivos de comunicación, principalmente la T.V., el medio ambiente, lleno de situaciones

de reto, en el que se desenvuelven los niños y el tipo de patrón conductual que el sistema socioeconómico requiere de su población. Es importante señalar que el presente estudio se realizó con la población de un Jardín de Niños del barrio de Tepito, ambiente que de alguna manera, favorece la adquisición de algunas conductas características del PCTA, ya que en dicho ambiente se presentan continuamente diversas situaciones de reto que los niños deben enfrentar, como por ejemplo, defender su espacio, sus propiedades, sobresalir en el grupo en el que convive y de ser posible ser el líder del mismo, competir frecuentemente, etc.

Los métodos para evaluar el PCTA en niños, dependen de las similitudes conductuales entre éstos y los adultos, es necesario diseñar métodos para niños, ya que los utilizados para adultos utilizan el autorreporte y la involucración en el trabajo, entre otras; respecto al Matthews Youth Test for Health se puede ver que evalúa el PCTA en niños basándose en la observación de conductas abiertas y y que los niños clasificados como Tipo A son los que obtienen mayor puntaje en el cuestionario, y los No A son los de menor puntaje. Motivo por el cual al diseñar el cuestionario propuesto se optó por la observación directa de ciertas conductas verbales y no verbales que indicaran la presencia de algunos componentes del PCTA y que fueran exhibidas espontáneamente por los niños en el ambiente escolar.

Al evaluar los cuestionarios aplicados a los 315 niños, se encontró que 24 de éstos obtuvieron puntajes mayores a 60 en ambas aplicaciones, es decir, que sí presentan características del Patrón Conductual Tipo A y 24 niños obtuvieron puntajes menores a 24 en ambas aplicaciones, o sea que no presentan conductas características de dicho patrón conductual. Al correlacionar los puntajes de los 315 niños en ambas aplicaciones, se observa que tanto con la r Pearson y la ρ Spearman, las correlaciones son positivas y con un nivel de significancia alto; al igualar el número de las muestras y desechar las muertes experimentales se observa que las correlaciones y el nivel de significancia aumentan, considero que es debido a que en el primer análisis se tomaron en cuenta todos los sujetos, aún así las muertes experimentales a las cuales se les otorgó un valor de cero respecto a la segunda aplicación. En estos dos análisis estadísticos que se hicieron a los datos, por un lado tomando en cuenta al total de la población (315) y por otro desechando a las muertes experimentales y homogeneizando las muestras (302), se puede ver que los valores de la prueba t , indican que los puntajes de ambas aplicaciones son similares y que por ende la población analizada bajo el instrumento propuesto mantiene su comportamiento y al no existir diferencias significativas entre los puntajes de ambas aplicaciones, se puede argumentar, que pesar del intervalo entre las aplicaciones, nos permite argumentar que el instrumento propuesto demuestra tener alta confiabilidad al evaluar el PCTA en forma por demás significativamente alta en niños de edad preescolar.

Respecto a las correlaciones obtenidas grupalmente, se puede ver que también son positivas y altas (0.65 a 0.91), la correlación más baja que se obtuvo fué de 0.55, la cual puede deberse a que este grupo tuvo cambio de maestra un mes antes de hacerse la segunda aplicación, es decir, que probablemente todavía no tenía un conocimiento total de las conductas características de todos los niños ante algunas situaciones.

Es importante señalar que el sujeto que obtuvo el mayor puntaje (74) en ambas aplicaciones, es una niña a la que abandonaron recién nacida con los abuelos maternos, los padres no volvieron a verla; en la familia adoptiva, según reporte de la abuela, era bien tratada por los abuelos sin embargo los tres tíos (el tío menor tenía una diferencia de 21 años con la niña) la rechazaban, la humillaban diciéndole que era una tonta, que no sabía hacer las cosas y todo lo hacía mal, que no debieron abandonarla con ellos por que sólo traía problemas etc., la castigaban frecuentemente e incluso llegaban a golpearla, la abuela se sentía incapaz de controlar la situación cuando la familia estaba reunida. Tal vez a esto se deba que la niña presentara tantas características de agresión-hostilidad, competitividad e impaciencia en el ambiente escolar. Tal vez a esto se deba que la niña presentara tantas características de agresión-hostilidad, competitividad e impaciencia en el ambiente escolar con el fin de subsanar las carencias de reconocimiento personal que tenía en el ambiente familiar.

La aplicación del cuestionario propuesto es muy sencilla y se basa en la observación de las conductas características de los niños por parte del maestro, lo que elimina el peligro de la poca objetividad al evaluar la propia conducta, problema que suele presentarse en los autorreportes; lo anterior se fundamenta aún más con las correlaciones positivas ($r=0.76$ y 0.92) que se obtuvieron entre el cuestionario y lista de cotejo, demostrando de esta manera que las observaciones realizadas por las maestras tienen una alta confiabilidad.

Con ésto se quiere remarcar, de alguna manera, que es a partir del hecho de la realización de investigaciones como esta que se pueden encontrar instrumentos de evaluación que permitan reconocer a aquellas personas que presenten características del PCTA y que posteriormente se les pueda realizar un seguimiento de caso con la finalidad de observar que tanta relación guarda dicho patrón con las enfermedades cardio-coronarias, si aquél se desarrolla desde la infancia, y así poder de alguna manera prevenir la alta incidencia de dichas enfermedades. El instrumento propuesto es uno de los primeros en su tipo y por los resultados que arrojó es confiable, ya que sienta las bases para evaluar dicho patrón en niños preescolares.

La relevancia de este tipo de estudios se encuentra en que actualmente se reconoce la existencia de un patrón conductual que no se asocia directamente con conductas consumatorias o síntomas clínicos, pero sin embargo ha sido el predictor de una enfermedad física grave (Jenkins, 1971)

En base a lo anteriormente expuesto se puede concluir que los objetivos del presente estudio sí se lograron ya que ésta investigación nos permitió ofrecer un instrumento altamente confiable para la detección del PCTA en niños preescolares; igualmente se pudo observar que no existe relación directa entre el patrón conductual de los adultos -específicamente el de los padres y maestras- con el de los niños y por último se comprobó que algunos factores importantes en la aparición de la conducta Tipo A en la infancia es la conducta de instigación y aceptación por parte de los padres de ciertas conductas características de dicho patrón, y el medio en el que se desenvuelven cotidianamente los niños.

Con esto se abren dos líneas de investigación, 1) probar en estudios posteriores la validez de este cuestionario en poblaciones escolares (niveles preescolar y primaria) y 2) realizar estudios de seguimiento a los niños detectados con características tipo A, con el fin de establecer bases para saber si dicho patrón de conducta continúa estable a través del tiempo, y si es así, si desarrolla o no enfermedad cardio-coronaria.

La relevancia de este estudio radicó en poder ofrecer un instrumento confiable para la detección del Patrón Conductual Tipo A en niños y así poder implementar en nuestro país programas de prevención, que incluyan métodos que ayuden a investigar la relación entre dicho patrón y las enfermedades cardio-coronarias; y si es que existe una relación estrecha entre estos fenómenos, crear situaciones que permitan la disminución de dicho patrón conductual y de las enfermedades antes mencionadas.

7 BIBLIOGRAFIA

- Abbott, A.V., Peters, R.K., & Vogel, M.E.(1988): Temporal stability and overlap of behavioral and questionnaire assessments of type A behavior in coronary patients. *Psychosomatic Medicine* 50-2:123-138.
- Amos, C.I., Hunter, S.M., Zinkgraf, S.A., Miner, M.H., & Berenson, G.S.(1987): Characterization of a comprehensive type A measure for children in a biracial community: the Bogalusa Heart study. *Journal of Behavioral Medicine* 10-5:425-439.
- Anderson, J. R. y Waldron, I. (1983): Behavioral and content components of the Structured Interview Assessment of the type A behavior pattern in women. *Journal of Behavior Medicine* 6:123-134.
- Bandura, A. (1983) | Principio de Modificación de Conducta. Ed. Sigüeme. España.
- Bergman, L.R., & Magnusson, D.(1986): Type A behavior: A longitudinal study from childhood to adulthood. *Psychosomatic Medicine* 48:134-142.
- Birk, L.(ed)(1973): Biofeedback: Behavioral medicine. Grune & Stratton, New York.
- Blumenthal, J.A., Williams, R.S., Williams, R.B., & Wallace, A.G.(1980): Effects of exercise on the type A (coronary prone) behavior pattern. *Psychosomatic Medicine* 42:289-296.
- Blumenthal, J.A., O'Toole, L., & Haney, T.(1984): Behavioral assesment of the type A behavior pattern; *Psychosomatic Medicine*, 46-5:415-423.
- Bortner, R.W., & Rosenman, R.H.(1967): The measurement of pattern A behavior. *Journal of Chronic Diseases* 20:525
- Bortner, R.W.(1969): A short rating scale as a potential measure of pattern A behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 22-2:87-91.
- Bortner, R.W., Rosenman, R.H., & Friedman, M.(1970): Familial similarity in pattern A behavior. *Journal of Chronic Diseases* 23:39-43.
- Butensky, A., Waldron, I., Foralli, V. y Hebner, D. (1976): Elements of the coronary-prone behavior patter in children and teenagers. *Journal of Psychosomatic Research*, 20: 439-444.
- Caffrey, B.(1968): Reliability and validity of personality and behavioral measures in a study of coronary heart disease. *Journal of Chronic Diseases* 21:191-204.

-Chesney, M.A., Eagleston, J.R., & Rosenman, R.H. (1980): The type A Structured Interview: a behavioral assesment in the rough; *Journal of Behavioral Assesment*, 2:255-272.

-Chesney, M.A., Black, G.W., Chadwick, J.H. & Rosenman, R.H. (1981): Psychological correlates of the type A behavior pattern. *Journal of Behavioral Medicine* 4:217-229.

-Cohen, S., and Matthews, K.A. (1987): Social support, type A behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine* 49:325-330.

-Cohen, J.B., & Reed, D. (1985): The type A behavior pattern and coronary heart disease among japanese men in Hawaii. *Journal of Behavioral Medicine* 8-4:343-352

-Davidson, P.O., & Davidson, S.M. (eds.) (1980): *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. Brunner/Mazel, New York.

-Dembroski, T.M., Mac Dougall, J.M., Williams, R.B., Haney, T.L., & Blumenthal, J.A. (1985): Components of type A, hostility and anger-in: Relationship to angiographic findings. *Psychosomatic Medicine* 47-3:219-233.

-Eagleston, J.R., Kirmil-Gray, K., Thoresen, C.E., Wiendefeld, S.A., Bracke, P., Heft, L., & Arnow, B. (1986): Physical health correlates of type A behavior in children and adolescents. *Journal of Behavioral Medicine* 9-4:341-362.

-Evans, P.D. & Moran (1987): The Framingham type A scale, vigilant coping and heart rate reactivity; *Journal of Behavioral Medicine* 10:3- , 1987.

-Fernández-Ballesteros, R., y Carrobles, J.A.I. (1981): *Evaluación conductual*. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid.

-Fischer, H. (1968): *Estadística aplicada a la Psicología*. Ed. Paidós, Buenos Aires.

-Fontana, A.F., Rosenberg, R.L., Kerns, R.D., & Marcus, J.L. (1986): Social insecurity, the type A behavior pattern, and sympathetic arousal. *Journal of Behavioral Medicine* 9-1:79-88.

-Friedman, M. & Rosenman, R. (1976): *Conducta tipo A y su corazón*; Ed. Grijalbo, México, 1976.

-Friedman, M., Thoresen, C.E., Gill, J.J., Ulmer, D., Thompson, L., Powell, L., Price, V.A., Rabin, D.D., Breall, W.S., Piaget, G., Dixon, T., Bourg, E., Levy, R.A., & Tasto, D.L. (1982): Feasibility of altering type A behavior pattern after myocardial

infarction: Recurrent coronary prevention project study: Methods, baseline results, and preliminary findings. *Circulation* 66:83-92

-Haynes, S.G., Levine, S., Scotch, N., Feinleib, M., & Kannel, W.B. (1978): The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study I. *American Journal of Epidemiology* 107:362-381.

-Hecker, M.H.L., Chesney, M.A., Black, G.W., & Frautschi, N. (1988): Coronary-prone behaviors in the Western collaborative group study. *Psychosomatic Medicine* 47-3:234-241.

-Howard, J.H., Cunningham, D.A., & Rechnitzer, P.A. (1986): Personality (hardiness) as a moderator of job stress and coronary risk in type A individuals: a longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine* 9-3:229-244

-Jenkins, C.D., Rosenman, R.H., & Friedman, M. (1967): Development of an objective psychological test for the determination of the coronary prone behavior pattern in employed men. *Journal of Chronic Diseases* 20:371-379.

-Jenkins, C.D. (1971): Psychologic and social precursors of coronary disease. *New England Journal of Medicine* 284:244-255.

-Jenkins, C.D. (1971): Psychologic and social precursors of coronary disease (II). *New England Journal of Medicine* 284:307-317.

-Jenkins, C.D., Zyzanski, S.J., and Rosenman, R.H. (1971): Progress toward validation of a computer-scored test for the type A coronary prone behavior. *Psychosomatic Medicine* 33:193-202.

-Jenkins, C.D., Zyzanski, S.J., Rosenman, R.H., & Cleveland, G.L. (1971): Association of coronary-prone behavior scores with recurrence of coronary heart disease. *Journal of Chronic Diseases* 24:601-611.

-Jenkins, C.D., Rosenman, R.H., & Zyzanski, S.J. (1974): Prediction of clinical coronary heart disease by a test for the coronary prone behavioral pattern. *New England Journal of Medicine* 290:1271-1275.

-Jenkins, C.D. (1976): Recent evidence supporting psychologic and social risk factors for coronary disease. *New England Journal of Medicine* 294:987-994.

-Jenkins, C.D. (1976): Recent evidence supporting psychologic and social risk factors for coronary disease. Part II. *New England Journal of Medicine* 294:1033-1038.

-Jenkins, C.D., Zyzanski, S.J., & Rosenman, R.H.(1978): Coronary prone behavior: One pattern or several? *Psychosomatic Medicine* 40:25-43.

-Jenkins, C.D. y Zyzanski, S.J. (1982): The type A behavior pattern is alive and well when no dissected: A reply. *British Journal of Medical Psychology* 55: 219-223.

-Jennings, J. R. y Choi, S. (1981): Type A components and psychophysiological responses to an attention-demanding performance task. *Psychosomatic Medicine*, 43-6:475-487.

-Jennings, J. R., (1984): Cardiovascular reactions and impatience in type A and B college students. *Psychosomatic Medicine*. 46-5:424-440.

-Jennings, J. R. y Matthews, K. A. (1984): The impatience of youth: Phasic cardiovascular response in type A and type B elementary school-aged boys. *Psychosomatic Medicine* 46-6: 498-511

-Kobasa, S.C., Maddi, S.R., & Zola, M.A.(1983): Type A and hardiness. *Journal of Behavioral Medicine* 6:41-51

-Kornfeld, D.S., Kahn, J.P., Frank, K.A., Heller, S., Freeman, P., & Keller-Epstein, W.(1985): Type A behavior and blood pressure during general surgery. *Psychosomatic Medicine* 50:153-164.

-Lawler, K. A., Allen, M. T., Critcher, S. and Standard, B. A. (1981): The relation ship of physiological responses to the coronary-prone behavior pattern in children. *Journal of Behavior Medicine* 4:203-216.

-Lovallo, W.R., Pincomb, G.A., Edwards, G.L., Brackett, D.J., & Wilson, M.F.(1986): Work pressure and the type A behavior pattern exam stress in male medical students. *Psychosomatic Medicine* 48:125-133.

-Mac Dougall, J.M., Dembroski, T.M., & Musante, L.(1979): The structured interview and questionnaire methods of assessing coronary prone behavior in male and female college students; *Journal of Behavioral Medicine*, 2:71-83.

-Matthews, K.A., & Krantz, D.S.(1976): Resemblances of twins and their parents in pattern A behavior. *Psychosomatic Medicine* 38:140-144.

-Matthews, K.A., Glass, D.C., Rosenman, R.H., & Bortner, R.(1977): Competitive drive, pattern A, and coronary heart disease: a further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. *Journal of Chronic Diseases* 30:489-498.

-Mattews, K.A., & Saal, F.E.(1978): Relationship of the type A coronary-prone behavior pattern to achievement, power, and affiliation motives. *Psychosomatic Medicine* 40:631-636.

-Mattews, K.A.(1979): Efforts to control by children and adults with the type A coronary prone behavior pattern. *Child Development* 50:842-847.

-Mattews, K.A., & Angulo, J.(1980): Measurement of the type A behavior pattern in children: Assesment of children's competitiveness, impatience-anger and agression; *Child Development*, 51:466-475.

-Mattews, K.A., & Volkin, J.I.(1981): Efforts to excel and the type A behavior pattern in children. *Child Development* 52:1283-1289.

-Mattews, K.A.(1982): Psychological perspectives on the type A behavior pattern; *Psychological Bulletin*, 91:293-323.

-Mattews, K.A., & Avis, N.E.(1983): Stability of overt type A behaviors in children: Results from a one-year longitudinal study. *Child Development* 54:1507-1512.

-Mattews, K.A., & Jennings, J.R.(1984): Cardiovascular responses of boys exhibiting the type A behavior pattern. *Psychosomatic Medicine* 46-6:484-497.

-Mattews, K.A., Rosenman, R.H., Dembroski, T.M., Harris, E.L., & Mac Dougall, J.M.(1984): Familial resemblance in componetes of the type A behavior pattern: A reanalysis of the California type A twin study. *Psychosomatic Medicine* 46-6:512-522.

-Mattews, K.A., & Haynes, S.G.(1986): Type A behavior pattern and coronary risk: Update and critical evaluation. *American Journal of Epidemiology* 123:923-960.

-Mattews, K.A., Manuck, S.B., & Saab, P.G. (1986): Cardiovascular responses of adolescents during a naturally occurring stressor and their behavioral and psychophysiological predictors; *Psychophysiology*, 23-2:198-209, 1986.

-Mueller, F. L. (1984) | *Historia de la Psicología*. Ed. Fondo de Cultura Económica. 2a. reimpression. México.

-Offutt, C. and Lacroix, J. M. (1988): Type a behavior pattern and symptom reports: A prospective investigation. *Journal of Behavior Medicine* 11:227-237.

-Pomerleau, O. & Brady, J.P. (eds)(1979): *Behavioral medicine: Theory and practice*. Williams & Wilkins, Baltimore.

-Powell, L.H.(1984): The type A behavior pattern an update on conceptual assesment and intervention research; Behavioral Medicine Update, 6:7-10.

-Powell, L.H., Friedman, M., Thoresen, C.E., Gill, J.J., & Ulmer, D.K.(1984): Can the type A behavior pattern be altered after myocardial infarction? A second year report from the recurrent coronary prevention project. Psychosomatic Medicine 46-4:293-313.

-Prokop, C.K., & Bradley, L.A.(eds)(1981): Medical Psychology. Contributions to Behavioral Medicine; Academic Press, N.Y.

-Reynoso-Eraza, L., Nava-Quiroz, C., y Avila-Costa, M.R.(1989): Un instrumento para determinar la conducta tipo A. Presentado en el Coloquio de Investigación de la ENEPI, febrero de 1989.

-Reynoso-Eraza, L., Nava-Quiroz, C., Avila-Costa, M.R. y De la Torre-Moreno, O.L.(1990): Un estudio sobre la ocurrencia de conducta tipo A en controladores del tráfico aéreo. Presentado en el X Coloquio de Investigación de la ENEPI, noviembre de 1990.

-Reynoso-Eraza, L., (1990): Cuide su corazón; Edit. Promexa, México, 1990

-Reynoso-Eraza, L., Nava-Quiroz, C., Avila-Costa, M.R. y De la Torre-Moreno, O.L.(1991): Estudios sobre la ocurrencia de conducta tipo A. Presentado en el XI Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta (SMAC), México, D.F., marzo de 1991.

-Reynoso-Eraza, L. (1991)| Patrón Conductual Tipo A| Un nuevo instrumento de evaluación. Tesis Maestría. Campus Iztacala.

-Rimm, C. D. y Masters, C. J.(1984): Terapia de la conducta. Ed. Trillas, México.

-Rosenman, R.H., Brand, R.J., Jenkins, C.D., Friedman, M., Straus, R., & Wurm, M.(1975): Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8-1/2 years. Journal of American Medical Association 233:872-877.

-Rosenman, R.H., & Friedman, M.(1977): Modifying type A behavior pattern; Journal of Psychosomatic Research, 21:323-331.

-Rosenman, R.H.(1978): The interview method of assesment of the coronary-prone behavior pattern. In: Dembroski, T.M., Weiss, S.M., Shields, J.L., Haynes, S.G. & Feinleib, M.(eds): Coronary-prone behavior. Springer-Verlag, New York.

- Rosenman, R.H., & Chesney, M.A.(1981): Stress, type A behavior, and coronary disease. In:
- Roskies, E. (1983): Stress management for type A individuals. In: Meichenbaum, D. and Jaremko, M. (eds.) (1983): Stress reduction and prevention. Plenum Press, New York.
- Scherwitz, L., Berton, K., & Leventhal, H.(1977): Type A assessment and interaction in the behavior pattern interview. *Psychosomatic Medicine* 39:229-240.
- Scherwitz, L., Graham, L.E. II, Grandits, G., & Billings, J.(1987): Speech characteristics and behavior-type assessment in the multiple risk factor intervention trial (MRFIT) structured interviews. *Journal of Behavioral Medicine* 10-2:173-195.
- Schwartz, G.E. & Weiss, S.M.(1977): What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine* 39:377-381
- Schwartz, G.E. & Weiss, S.M.(1978): Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine* 1:249-251.
- Selye, H. (1956): The stress of life. Mc Graw Hill, New York (2nd ed., 1976).
- Selye, H. (1980): Selye's guide to stress research. Ed. Van Nostrand Reinhold Company, New York vol. 1
- Siegel, S. (1970): Estadística no paramétrica. Ed. Trillas, (8a. edición), México (1983).
- Siegel, J.M., & Leitch, C.J.(1981): Assessment of the type A behavior pattern in adolescents; *Psychosomatic Medicine*, 43-1:45-56.
- Siegel, J.M., Matthews, K.A., & Leitch, C.J.(1981): Validation of the type A interview assessment of adolescents: A multidimensional approach. *Psychosomatic Medicine* 43-4:311-321.
- Sorensen, G., Jacobs, D.R. Jr., Pirie, P., Folsom, A., Luepker, R., & Gillum, R.(1987): Relationships among type A behavior, employment experiences, and gender: the Minnesota heart survey. *Journal of Behavioral Medicine* 10-4:323-326.
- Sparacino, J. , Hansell, S., Smith, K. (1979): Type A (coronary-prone) behavior and transient blood pressure change. *Nurs Res* 28:198-204.
- Suls, J. and Sanders, G. S. (1988): Type A behavior as a general risk factor for physical disorder. *Journal of Behavior Medicine* 11:201-225.

-Sweda, M.G., Sines, J.O., Lauer, R.M., & Clarke, W.R.(1986): Familial aggregation of type A behavior. *Journal of Behavioral Medicine* 9-1:23-32.

-Vega-Lahr, N., & Field, T.M.(1986): Type A behavior in preschool children. *Child Development* 57:1333-1348.

-Vickers, R.R., Hervick, L.K., Rahe, R.S., and Rosenman, R.H. (1981): Type A behavior pattern and coping and defense; *Psychosomatic Medicine*, 43-5:381-394.

-Visintainer, P.F., & Matthews, K.A.(1987): Stability of overt type A behaviors in children: Results from a two and five year longitudinal study. *Child Development* 58:1586-1591.

-Waldron, I., Zysanski, S., Shekelle, R.B., Jenkins, C.D. y Tannebaum, S. (1977): The coronary-prone behavior pattern in employed men and women. *Journal of Human Stress* 3:2-18.

-Ward, M.M., Chesney, M.A., Swan, G.E., Black, G.W., Parker, S.D., & Rosenman, R.H.(1986): Cardiovascular responses in type A and type B men to a series of stressors. *Journal of Behavioral Medicine* 9-1:43-49.

-Whalen, C.K., and Henker, B.(1986): Type A behavior in normal and hyperactive children: Multisource of overlapping constructs. *Child Development* 57:688-699.

-Williams, R.B. Jr., Haney, T.L., Lee, K.L., Kong, Y.H., Blumenthal, J.A., & Whalen, R.E.(1980): Type A behavior, hostility and coronary atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine* 42-6:539-550.

-Williams, R.B., Lane, J.D., Kuhn, C.M., Melosh, W., White, A.D., & Schanberg, S.M.(1982): Type A behavior and elevated physiological and neuroendocrine responses to cognitive tasks. *Science* 218:483-485.

-Wolf, T.M., Sklov, M.C., Wenzl, P.A., Hunter, S.M., & Berenson, G.S.(1982): Validation of a measure of type A behavior pattern in children. *Bogalusa Heart Study. Child Development* 53:126-135

-Yarnold, P.R., Mueser, K.T., Grau, B.W., & Grimm, L.G.(1986): The reliability of the student version of the Jenkins Activity Survey. *Journal of Behavioral Medicine* 9-4:401-414.

-Yates, J. A. (1973): *Terapia del comportamiento*. Ed. Trillas, (6a. edición) México (1982).

-Yaroshevsky, M. G. (1983) | *La Psicología en el siglo XX*. Ed. Grijalbo. México.

-Zyzanski, S.J., & Jenkins, C.D.(1970): Basic dimentions within the coronary prone behavior pattern. Journal of Chronic Diseases 22:781-795.

8 TABLAS Y ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO PROPUESTO.

El presente cuestionario tiene como objetivo indagar elementos del patrón conductual tipo A en niños. Favor de utilizar un formato de respuestas por cada niño.

- 1.-Cuando el niño juega ¿Se muestra competitivo?
- 2.-Cuando realiza sus trabajos ¿Tiende a hacerlo con rapidez?
- 3.-Cuando tiene que esperar a que terminen sus compañeros de trabajar ¿Se pone impaciente?
- 4.-Cuando hace su trabajo escolar lo hace con mayor rapidez que otros?
- 5.-¿Agrede a sus compañeros (física o verbalmente) cuando éstos no hacen las cosas como él lo establece?
- 6.-Al tener que llevar o traer algunos materiales a sus compañeros ¿Se muestra enojado con ellos?
- 7.-¿Interrumpe a los demás mientras trabajan?
- 8.-¿Trata de mostrarse como líder en diversas actividades?
- 9.-¿Se llega a irritar fácilmente?
- 10.-Al realizar los trabajos escolares ¿Se muestra más perfeccionista de lo usual, cuando compite con otros?
- 11.-¿Trabaja lenta y cautelosamente?
- 12.-¿Al niño le gusta debatir o discutir?
- 13.-¿Es paciente cuando trabaja con niños más lentos que él?
- 14.-Cuando trabaja o juega ¿Trata de hacerlo mejor que otros?
- 15.-¿Puede permanecer 15 minutos sentado y quieto mientras escucha un cuento?
- 16.-¿Es muy importante para el niño resultar ganador o sobresalir en los juegos o trabajos escolares?
- 17.-¿Sus compañeros miran a este niño como líder?
- 18.-¿El niño trabaja mejor cuando lo hace rápida y energicamente?
- 19.-¿Participa en riñas y peleas?
- 20.-¿Tiende a establecer las reglas del juego o las condiciones de trabajo y exigir que se cumplan?

FORMATO DE RESPUESTAS

NOMBRE DEL NIÑO:..... FECHA DE NACIMIENTO:.....
 EDAD:..... GRUPO:..... FECHA DE APLICACION:.....

INSTRUCCIONES: Escriba en el paréntesis la letra de la alternativa que responda correctamente a la pregunta correspondiente.

ALTERNATIVAS: (a) No, nunca. (b) Ocasionalmente.
 (c) La mayoría de las veces. (d) Sí siempre.

1.- ()	6.- ()	11.- ()	16.- ()
2.- ()	7.- ()	12.- ()	17.- ()
3.- ()	8.- ()	13.- ()	18.- ()
4.- ()	9.- ()	14.- ()	19.- ()
5.- ()	10.- ()	15.- ()	20.- ()

Gracias por su cooperación.

ANEXO 2

LISTA DE COTEJO

La presente lista ha sido elaborada con el fin de indagar elementos respecto de los niños en edad preescolar con características del patrón conductual tipo A, las alternativas de respuesta a cada pregunta será SI, NO.

NOMBRE DEL NIÑO: _____ GRUPO: _____

- 1.- ¿ Les pega a sus compañeros?.....()
- 2.- ¿ Ha intentado pegarle a sus compañeros?.....()
- 3.- ¿ Insulta verbalmente a sus compañeros, de forma directa?()
- 4.- ¿ Les avienta las cosas con intención de pegarles?.....()
- 5.- ¿ Cuando no está de acuerdo con alguna actividad, grita, agrede física o verbalmente a los demás o se niega a - realizarla?.....()
- 6.- ¿ Espera a que terminen sus compañeros de trabajar, estando él sentado y quieto?.....()
- 7.- ¿ Espera sentado y quieto a que le traigan los materiales necesarios para iniciar su actividad?.....()
- 8.- ¿ Se espera a que le indiquen que puede comenzar su actividad o que le den las instrucciones necesarias?.....()
- 9.- ¿ Se pone impaciente cuando espera a la salida a que -- lleguen por él?.....()
- 10.-¿ Cuando termina una actividad se muestra impaciente por comenzar otra?.....()
- 11.-¿ Trata siempre de ganar cuando juega?.....()
- 12.-¿ Trata siempre de que su trabajo sea el mejor?.....()
- 13.-¿ Dice constantemente a los demás que su trabajo sí está bien hecho?.....()
- 14.-¿ Les dice constantemente a sus compañeros u otras educadoras que él sí sabe hacer bien sus trabajos o mejor que otros?.....()
- 15.-¿ Trata siempre de ser el primero en iniciar el juego?..()
- 16.-¿ Trata siempre de dirigir la actividad de su grupo de - amigos o de poner las reglas?.....()

Gracias por su cooperación.

ANEXO 3

CUESTIONARIO

El presente cuestionario ha sido elaborado para indagar elementos respecto del patrón conductual tipo A. Este cuestionario forma parte de las actividades del Proyecto Educación para la Salud.

Marque Ud. con una X la opción mas correcta, de acuerdo a su comportamiento. Los datos de este cuestionario serán manejados en forma confidencial.

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 OCUPACIÓN: _____ ESTADO CIVIL: _____

- 1.-¿ Cuánto tiempo ha estado en su trabajo actual?
 - a) menos de un año
 - b) entre uno y dos años
 - c) entre dos y cinco años
 - d) más de cinco
- 2.-¿Está usted satisfecho con el nivel de su trabajo?
 - a) sí
 - b) no
- 3.-¿Su trabajo requiere de gran responsabilidad?
 - a) no
 - b) ocasionalmente
 - c) más de las veces
 - d) sí, siempre
- 4.-¿Ha sido -o es- molesto para usted encontrarse bajo presión?
 - a) no
 - b) algunas veces
 - c) la mayoría de las veces
 - d) siempre
- 5.-¿Se considera una persona ambiciosa, que siempre intenta lo se propone?
 - a) no; soy tranquilo
 - b) algunas veces tengo ambiciones
 - c) generalmente deseo lograr lo que me propongo
 - d) cada actividad es para mí un reto que debo superar
- 6.-¿Le gusta hacer las cosas (en el trabajo, en el hogar) lo más rápido posible?
 - a) siempre hay tiempo; mañana podré hacerlo
 - b) solamente a veces
 - c) la mayoría de las veces
 - d) siempre
- 7.-¿Se describe como una persona relajada?
 - a) sí
 - b) la mayoría de las veces
 - c) solamente en ocasiones
 - d) no
- 8.-¿Cuando usted se enoja lo nota la gente que está a su alrededor?
 - a) generalmente no me enojo; no se nota
 - b) ocasionalmente me enojo; es raro verme enojado

- c) frecuentemente me enojo; es condición común
d) me enojo diariamente; es notorio mi carácter
- 9.-¿Se lleva trabajo a su casa?
a) no, nunca
b) solo que tuviese una urgencia
c) frecuentemente, porque tengo mucho trabajo
d) diariamente, para poder avanzar más
- 10.-¿Existe competencia en su trabajo?
a) no
b) ocasionalmente
c) frecuentemente
d) siempre
- 11.-¿Si ve a alguien haciendo un trabajo muy despacio y ud. sabe que lo puede hacer mejor y más rápido, qué hace?
a) no hacer caso
b) observarlo
c) estaría tentado a ofrecerle ayuda
d) le haría el trabajo
- 12.-¿Realiza habitualmente dos cosas a la vez (V.gr. ver T.V. y leer; bañarse y rasurarse; desayunar y leer el diario, etc.)?
a) nunca
b) ocasionalmente
c) frecuentemente
d) siempre
- 13.-¿Come ud. rápido? ¿Camina ud. rápido?
a) nunca, siempre hay tiempo para todo
b) solo en ocasiones
c) cuando se me hizo tarde
d) siempre; no hay tiempo que perder
- 14.-Cuando va a algún restaurante y observa que hay personas esperando mesa, ¿qué hace?
a) espero mesa
b) solicito que me ayuden a conseguir mesa
c) fumo y/o paseo mientras espero mesa
d) me voy a otro restaurante
- 15.-Cuando va en su automóvil y delante de ud. va una persona más lenta, ¿qué hace?
a) conservo mi velocidad y carril
b) procuro rebasarla con precaución
c) la rebaso inmediatamente, o toco el claxon
d) toco el claxon, lo maldigo y lo rebaso
- 16.-Cuando va a un supermercado o a un banco y la cola es grande, ¿qué hace?
a) esperar
b) busco alguna distracción para esperar
c) busco una fila más corta; me provoca ansiedad
d) me salgo; otro día compraré o haré trámites; no debo perder el tiempo
- 17.-¿Se siente siempre ansioso por terminar lo que está haciendo?
a) no, hay tiempo para todo
b) ocasionalmente
c) frecuentemente
d) siempre, si acabo pronto podré hacer más cosas
- 18.-¿Trata siempre de apurarse para hacer muchas cosas?

- a) no
- b) a veces
- c) la mayoría de las veces
- d) siempre

19.-¿Puede estar sentado escuchando música por más de una hora?

- a) sí, puedo hacerlo diario
- b) la mayoría de las veces lo hago
- c) solamente cuando tengo tiempo
- d) no, hay cosas más importantes que pierde el tiempo

20.-¿Le gusta tomar vacaciones frecuentemente, ó salir de fin de semana?

- a) sí
- b) la mayoría de las veces
- c) solo en ocasiones
- d) no, nunca

Gracias.

ANEXO 4

CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene como objetivo indagar elementos del patrón conductual tipo A en niños. Favor de responder lo más clara y completamente posible.

NOMBRE DEL NIÑO: _____ GRUPO: _____

- 1.-¿Qué le dice ud. a su hijo cuando va a participar en un evento deportivo?
- 2.-¿Qué le dice cuando participa en riñas o peleas con los niños con quien convive en su casa?
- 3.-¿Cuando el niño le dice que otros niños le quitaron sus juguetes a la fuerza, qué le dice ud.
- 4.-¿Qué le dice ud. a su hijo si le dice que le pegaron en la escuela?
- 5.-¿Qué le dice cuando él no puede hacer algo que ud. le pide?
- 6.-¿Qué le dice cuando el niño está vistiéndose o comiendo lentamente?
- 7.-¿Le permite al niño ver programas de T.V. donde se maneja mucha agresión o violencia?
- 8.-¿Qué le dice ud. a su hijo cuando llega de la escuela y le dice que se peleó a golpes con otros niños?
- 9.-¿Qué le dice cuando esta ayudándole a hacer alguna actividad de la casa como barrer o sacudir pero lo hace lentamente o mal?
- 10.-¿Qué le dice al llegar al cine, circo, teatro etc. y ver que hay una fila muy larga para comprar los boletos?
- 11.-¿Qué le dice cuando imita a personajes agresivos o violentos de la T.V.?
- 12.-¿Qué le dice si le cuenta que otro niño le dijo de groserías en la escuela?
- 13.-¿Qué le dice si le cuenta que perdió al estar jugando con sus compañeros?
- 14.-¿Qué le dice ud. a su hijo cuando dice groserías en la casa?
- 15.-¿Qué le dice cuando lo manda o va con ud. a comprar las tortillas y ud. ve que hay una fila muy larga?
- 16.-¿Qué hace ud. cuando el niño se enoja en la casa?

Gracias por su colaboración.

T A B L A 1

ESTADISTICA DESCRIPTIVA EN DOBLE PRECISION		N=315 CASOS		
	PUNTAJE MAXIMO	MEDIA	ERROR ESTANDAR	DESVIACION ESTANDAR
PRIMERA APLICACION	74	39.45	0.67	11.82
SEGUNDA APLICACION	71	39.42	0.81	14.38

En esta tabla se muestra la estadística descriptiva de la primera y segunda aplicación del cuestionario propuesto para la detección del Patrón Conductual Tipo A en niños.

T A B L A 2

ESTADISTICA DESCRIPTIVA EN DOBLE PRECISION		N= 302 CASOS		
	PUNTAJE MAXIMO	MEDIA	ERROR ESTANDAR	DESVIACION ESTANDAR
PRIMERA APLICACION	74	39.76	0.68	11.75
SEGUNDA APLICACION	71	41.05	0.70	12.26

En esta tabla se muestra la estadística descriptiva de la primera y segunda aplicación del cuestionario propuesto, con igualación de la muestra en la cual desaparecen 13 casos.

T A B L A 3

G R U P O	ERROR ESTANDAR	R AL CUADRADO	No. DE OBSERVACIONES	GRADOS DE LIBERTAD	COEFICIENTE DE CORRELACION
PRIMERO A	5.37	0.43	35	33	0.65
PRIMERO B	10.83	0.62	32	30	0.79
SEGUNDO A	4.37	0.79	31	29	0.89
SEGUNDO B	4.20	0.75	32	30	0.87
TERCERO B	5.67	0.31	40	38	0.55
TERCERO C	4.73	0.72	43	41	0.85
TERCERO D	5.70	0.84	38	36	0.91
TERCERO E	6.80	0.74	40	38	0.86

En esta tabla se pueden observar las correlaciones obtenidas entre la primera y la segunda aplicación del cuestionario propuesto a cada grupo del Jardín de Niños.

T A B L A 4

ESTADISTICA DESCRIPTIVA EN DOBLE PRECISION				N= 24 CASOS	
L I S T A D E C O T E J O	PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MAXIMO	M E D I A	E R R O R ESTANDAR	DESVIACION ESTANDAR
GRUPO EXPERI- MENTAL " A "	20	32	28.48	0.71	3.33
GRUPO EXPERI- MENTAL " I "	16	28	20.83	0.70	3.30
GRUPO EXPERI- MENTAL "NO A"	16	23	17.70	0.45	2.13

Esta tabla muestra la estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por los niños de los tres grupos experimentales en la Lista de cotejo.

T A B L A

5

ESTADISTICA DESCRIPTIVA EN DOBLE PRECISION		N = 72 CASOS			
	PUNTAJE MINI- MO EXPRESADO EN PORCENTAJE	PUNTAJE MAXI- MO EXPRESADO EN PORCENTAJE	M E D I A	E R R O R ESTANDAR	DESVIACION ESTANDAR
PRIMERA APLICACION DEL CUESTIONARIO PROPUESTO	27.02	100	56.02	2.90	24.48
SEGUNDA APLICACION DEL CUESTIONARIO PROPUESTO	27.02	95.94	57.15	2.62	22.11
LISTA DE COTEJO	50.00	100	69.13	1.97	16.68

En esta tabla se puede observar la estadística descriptiva de los 72 casos que conformaron los grupos experimentales, teniendo como variables los puntajes obtenidos (expresados en porcentaje) por los niños en la primera y segunda aplicación del cuestionario propuesto y en la lista de cotejo.

T A B L A 6

ESTADISTICA DESCRIPTIVA EN DOBLE PRECISION		N = 61 CASOS		
	PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MAXIMO	M E D I A	DESVIACION ESTANDAR
PADRES	23	64	47.31	6.91
MADRES	16	57	43.09	8.28

En esta tabla se observan los datos de la estadística descriptiva al analizar los puntajes obtenidos en el cuestionario de estrés y Conducta Tipo A, por los padres y las madres, como grupos independientes.

T A B L A 7

GRUPO	PUNTAJE DE LA EDUCADORA	NÚMERO DE NIÑOS "A" EN EL GRUPO	NÚMERO DE NIÑOS "I" EN EL GRUPO	NÚMERO DE NIÑOS "NO A" EN EL GRUPO
PRIMERO A	48	2	4	6
PRIMERO B	58	0	3	7
SEGUNDO A	54	2	1	0
SEGUNDO B	49	0	4	5
TERCERO B	55	0	2	0
TERCERO C	52	3	4	0
TERCERO D	52	11	2	0
TERCERO E	50	6	4	6

En esta tabla se presentan los puntajes obtenidos por las educadoras en el cuestionario de estrés y Conducta Tipo A; así como el número de niños que existen en sus grupos clasificados como "TIPO A", "INTERMEDIO" y "NO A".