

31921

120



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA.

"PATRON DE CONDUCTA TIPO A Y ESTILOS DE VIDA"

T E S I S E M P I R I C A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G I A
P R E S E N T A :
M O R A L E S C H A V E Z } M I S A E L

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. TRON ALVAREZ ROCIO
SINODALES: MTR. REYNOSO ERAZO LEONARDO
LIC. AVILA RAMOS EDY



IZTACALA

TALNEPANTLA, EDO. DE MEX.

2003

A

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

Como una muestra de mi gratitud, este trabajo está dedicado a Ustedes, por haberme brindado su apoyo moral y económico de manera incondicional. Papá, muchas gracias por haberme enseñado el carácter y la fortaleza para seguir adelante. Mamá, porque de ti he aprendido la nobleza y la perseverancia para no pisar a los demás, y por que gracias a los dos me siento muy feliz de concluir este trabajo. Los quiero mucho, y siempre serán la fortaleza de mis éxitos. Gracias por ser como son.

A MIS HERMANOS:

Magdalena, Aurora, Eva, Joel y Araceli, muchas gracias por compartir su vida conmigo y brindarme el apoyo necesario para no caer antes de tiempo, por soportar todas mis locuras y porque con su apoyo y su experiencia se cierra una etapa de mi vida. Recuerden que siempre estaré con ustedes.

A MI FAMILIA:

Tíos (as), Primos (as), Cuñados (a) sobrinos (a), ustedes que siempre han estado presentes en mi vida, les doy las gracias por todo lo que han hecho por mí. En especial a Rickys, Lalo, Fede, Tere, y Jaime, por mostrarme la otra parte de la vida.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

B

A MI MEJOR AMIGO J. SAMUEL:

Por ser el mejor amigo del mundo, leal y constante, con este trabajo puedo decir que hemos logrado un éxito que tanto anhelaba, y todo el proceso lo viví contigo. Gracias por todo los momentos compartidos en todos estos años. Seguiremos junto cosechando éxitos y apoyándonos mutuamente. Muchas felicidades por ser como eres y porque así podré contar con un gran amigo toda mi vida para seguir adelante. "Mi gran amigo".

A JORGE EDUARDO:

Por ser un gran amigo, compartimos muchos sueños juntos y poco a poco se están haciendo realidad, muchas gracias por compartir tu experiencia y alegría.

A CLAUDIA R.:

Gracias por ser una de mis mejores amigas, contigo he aprendido a darle otro valor a la vida, muy subjetivo pero lleno de satisfacciones; por soportarme y por brindarme tu apoyo incondicional, mil gracias. Hemos logrado pocos éxitos, pero falta mucho camino por recorrer. Recordemos siempre que, estando juntos la vida es más fácil.

A ERIKA Y ANEL:

Por ser personas que me apoyaron en mi formación personal y profesional. Gracias por compartir su experiencia y amistad, siempre serán una parte importante en mi vida. Muchas gracias por todo lo compartido.

C

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JESÚS Y PATY:

Gracias por el apoyo brindado, para mí es muy importante contar con ustedes, puesto que son personas con las cuales uno puede confiar. En especial a ti Chucho, puesto que eres un gran amigo incondicional y con el que he vivido muchas etapas importantes en mi vida.

A RICARDO:

Un hermano con el que compartí muchos momentos de la vida universitaria; jugamos, nos divertimos, y siempre con la mira de ser los mejores. Sigamos adelante buen amigo.

A MIS ASESORES:

Muchas gracias por todo el apoyo que me brindaron para concluir este trabajo, en especial a Rocio Tron, por ser buena maestra y amiga, por enseñarme más de lo que esperaba. Muchas gracias.

y

A todos aquellos que me brindaron su apoyo moral, que siempre estuvieron conmigo en alguna etapa de mi vida y que de alguna manera u otra contribuyeron en este trabajo. Muchas gracias. "mi mente nunca los olvidara" (Cesar, Miguei, Martha, Héctor, Teresita, Lupita, Sonia, Carmen, Jaime, Israel, Elizabeth, por mencionar algunos y a todos los que participaron en el proyecto).

0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1: Psicología de la Salud.	
1.1 Concepto de Salud	7
1.2 Definición y campo de la psicología de la salud	11
CAPÍTULO 2: Patrón de Conducta Tipo A.	
2.1 Definición de PCTA.....	22
2.2 Antecedentes.....	23
2.3 Estudios epidemiológicos.....	26
2.4 Características	31
2.5 Modelos Explicativos	36
2.5.1 Modelo de Glass.....	36
2.5.2 Modelo de aprendizaje cognitivo de Price	38
2.5.3 Modelo de autoregulación	42
2.5.4 Modelo transaccional	44
2.6 Evaluación del PCTA	46
2.6.1 La entrevista estructurada	47
2.6.2 El instrumento de actividad de Jenkins	49
2.6.3 La escala tipo A de Framingham	51
2.6.4 La escala valorativa de Bortner	52
2.6.5 Cuestionario desarrollado por Reynoso	53
2.6.6 Otras escalas de evaluación	54

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

E

CAPÍTULO 3.- Estilos de Vida.

3.1 Introducción	58
3.2 Definición	61
3.3 Factores que intervienen en Estilos de Vida.	64
3.4 Estilos de vida y salud	76
 MÉTODO	 83
 RESULTADOS	 84
 DISCUSIÓN	 92
 REFERENCIAS	 99
 ANEXOS 1	
 ANEXOS 2	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

F

RESUMEN

La psicología de la salud es un área que tienen como base la promoción de la salud física del individuo y/o la prevención de la enfermedad física. Dentro de esta disciplina, se han estudiado diferentes enfermedades como son las cardiovasculares, cáncer, la hipertensión, VIH, dolores crónicos, el asma, la obesidad , trastornos intestinales, entre otras, enfermedades que son el resultado de adoptar estilos de vida de alto riesgo para la salud.

Estos estilos de vida que adopta el ser humano, son observados de manera directa en las conductas de riesgo como accidentes, envenenamiento, violencia, alcoholismo, farmacodependencia, tabaquismo, problemas dietéticos nutricionales y el Patrón de Conducta Tipo A (PCTA), por mencionar algunos.

El Patrón de Conducta Tipo A es un concepto que ha mostrado en algunos estudios epidemiológicos ser un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, esto supone que ciertas personas son más vulnerables para desarrollar enfermedades coronarias y son aquellas que mantienen un sentido de urgencia de tiempo, un exagerado sentido de involucramiento, multiplicidad de metas, hostilidad y competitividad en sus relaciones con los demás.

Los estilos de vida de las persona, son una parte muy importante para generar dicho patrón de conducta, por ello en este estudio se evaluaron 86 sujetos que por observación o comentarios de sus compañeros de trabajo, presentaban características de patrón de conducta tipo A. Por tal motivo, en este estudio, se tuvo el objetivo de observar si existe relación entre estilos de vida y el patrón de conducta tipo A, así mismo, conocer si las personas que presentan este patrón, coinciden en un estilo de vida particular.

Los resultados de dicha investigación, arrojaron ciertas correlaciones entre los estilos de vida y el patrón de conducta tipo A, así mismo, se encontraron algunas similitudes de estilos de vida entre las personas que fueron clasificadas como tipo A. Además, como dato sobresaliente en este estudio, se encontró que las personas tipo A tiene dificultades para dormir, dato que sería importante investigar en un futuro.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTRODUCCIÓN

El término salud, del latín "salud", denota el normal funcionamiento psicobiológico de la persona. Este concepto ha tenido numerosas y variadas definiciones, las más conocidas son las proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) compuesta por tres grandes dimensiones y que a la letra dice: "La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" (OMS, 2002).

El término Salud Conductual fue empleado por Mattarazo en el primer forum sobre medicina comportamental, con el propósito de acentuar más las áreas del mantenimiento y prevención de la salud, y la definió como un campo interdisciplinario, cuyo fin es la promoción de aquella filosofía de la salud que estimula la responsabilidad individual hacia la aplicación de los conocimientos y técnicas derivadas de las ciencias biomédicas y conductuales para la prevención de las enfermedades y disfunciones, y para el mantenimiento de la salud a través de la iniciativa individual y de las actividades sociales (Mattarazo, 1980; citado en Trón, 1998).

En lo referente a este último punto, la Psicología de la salud ha venido interviniendo en múltiples enfermedades crónicas, que ha sido en las dos décadas pasadas motivo de seria preocupación, y dado que la Psicología de la Salud ha puesto de manifiesto la estrecha relación entre los diferentes estilos de vida y la enfermedad, se han desarrollado gran variedad de estudios al respecto que han mostrado dicha correlación, tal es el caso del Cáncer, las enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias, entre otras (Bayés, 1985; citado en Bazan, 1997). En lo referente a las enfermedades cardiovasculares se ha observado que el fumar, llevar una dieta alta en colesterol, el sedentarismo, el estrés y el patrón de conducta tipo A, están fuertemente correlacionadas con los trastornos cardiovasculares (Blancherd y Miller, 1997; citado en Bazan, op. cit.).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las enfermedades cardiovasculares se revisan en cuatro categorías: hipertensión, arritmias cardíacas, enfermedades de las arterias coronarias y enfermedades circulatorias periféricas (Blancher y Miller, 1997, citado en Bazan, po. cit.).

Con base en esto, se ha estudiado la relación que existe entre lo psicológico y lo orgánico, por lo que se analizan las causas psicológicas de enfermedades biológicas, por ejemplo, las enfermedades coronarias y el patrón de conducta tipo A (PCTA), mediante entrevistas o cuestionarios. Los resultados de estas investigaciones permiten aceptar en la actualidad, que quienes presentan este patrón conductual son sujetos de riesgo de padecer enfermedades coronarias. Sin embargo, a pesar de la relevancia que tiene dicho patrón, en México se han realizado pocos estudios al respecto (Reynoso, 1991).

El patrón de conducta tipo A (PCTA) es un constructo de las observaciones de Friedman y Rosenman de la conducta de pacientes cardíacos y no cardíacos durante la década de los 50's. Este patrón se manifiesta como una predisposición estable en los individuos a presentar enfermedades cardiovasculares, información que es corroborada por algunos estudios epidemiológicos. Sin embargo, existen algunos estudios que han apoyado la hipótesis de que no toda la configuración tiene igual valor predictivo para la enfermedad coronaria sino sólo algunos de sus elementos como la hostilidad (Friedman y Rosenman, 1974; citados en Valencia, 1997). No obstante, en este estudio se tomará el constructo observacional en su conjunto, como lo plantea Friedman y Rosenman.

A partir de esas observaciones, Friedman y Rosenman (1959, citados en Goreczny, 1995) definieron el patrón de conducta tipo A de disposición coronaria como un complejo acción – emoción consistiendo en logro afanado, competitividad, involucración en el trabajo, impaciencia, y fácilmente provocan la hostilidad



A partir de los numerosos estudios realizados sobre el tema, se han llegado a detectar las siguientes características que presentan las personas con patrón de conducta tipo A: 1) una intensa y sostenida energía para llevar a cabo objetivos auto – seleccionados pero con frecuencia pobremente definidos; 2) una profunda y vehemente competencia; 3) un profundo deseo de reconocimiento y de progreso; 4) un continuo comprometerse en múltiples y diversas funciones sujetos a restricciones de tiempos; 5) una propensión habitual (para acelerar las tasas de ejecución de muchas funciones físicas y mentales; 6) una extraordinaria alerta mental y física; y 7) sentimientos agresivos y hostiles (Friedman y Rosenman, 1959; Rosenman, 1961; Rosenman et al., 1964 en Rosenman, Swan & Carmelli, 1988, citados en Tron, 1998).

En el campo de la psicología de la salud se menciona que la participación del psicólogo es de suma importancia, ya que el cambio en el estilo de vida para alcanzar una mejor salud individual está íntimamente relacionado con la modificación de la conducta, actitudes, valores y motivaciones. Por lo cual, es el psicólogo quien debe tomar en cuenta que el estilo de vida de cada persona, su medio ambiente y su historia interconductual es propio de cada individuo (Davidson y Davidson, 1980; citado en García, Giron y Victoria, 1996).

El estilo de vida siempre se ha considerado un factor importante en la salud personal y buena parte de lo que se percibe como enfermedad en gran medida proviene del comportamiento de las personas, no simplemente de agentes patógenos biológicos. La higiene, la dieta, el ejercicio y las condiciones de vida se reconocen desde hace mucho tiempo como variables críticas, específicamente cuando la mayoría de las muertes se atribuía a enfermedades transmisibles, a padecimientos crónicos degenerativos, aunque el cambio del comportamiento fue útil para modificar los patrones de mortalidad y morbilidad, este último se debió primordialmente al mejoramiento de la nutrición,

vacunación y a la adopción de mejores estilos de vida (Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe, 1998; citado en García, Giron y Victoria, 1996).

Por ello, Moreno (1993; citado en González y Guevera, 1999) afirma que los estilos de vida no son otra cosa que las formas de realizar diferentes actividades, rutinas cotidianas o hábitos: hora de vigilia o de descanso, modalidades de alimentación y número de comidas diarias, hábito de fumar, consumo de alcohol y otros estimulantes, ejercicio físico, utilización de servicios de salud, entre otros.

Con esta definición podemos observar que en los estilos de vida intervienen diversos factores tales como; actividad física, hábitos alimenticios, situación familiar, situación laboral y personalidad, mismos que van condicionando la vida del individuo a un sin número de patrones de conducta (García, Giron y Victoria, 1996).

En términos de su relevancia teórica el tema de patrón de conducta tipo A, no ha sido muy estudiado, las pocas investigaciones realizadas al respecto aún carecen de datos precisos, sin embargo y con base en estas investigaciones nace el interés de seguir estudiando este patrón de conducta, ya que es un problema que conforme pasa el tiempo se va desarrollando cada vez más.

Nuestra sociedad o en general las sociedades capitalistas han desarrollado cada vez más sus sistemas de producción (mayor producción en menor tiempo y dinero), lo cual es parte del desarrollo de nuestro país, sin embargo, estos avances tienen repercusiones en la salud de los individuos, por ejemplo en la actualidad, las personas se exigen más actividades en menor tiempo, hay mayor competencia, se genera mayor estrés, hostilidad e incluso agresión. Estas conductas como ya se mencionó son factores que dan paso a la presencia del patrón de conducta tipo A, por ello es importante seguir

estudiando este tipo de comportamiento para así prevenir con mayor prontitud las consecuencias de este factor de riesgo.

Por tal motivo, en este trabajo se tiene el objetivo de observar si existe relación entre estilos de vida y el patrón de conducta tipo A, así mismo, conocer si las personas que presentan este patrón, coinciden en un estilo de vida particular.

CAPÍTULO 1

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1 Concepto de salud

La definición de salud se ha convertido en un concepto de mucho debate, ya que según algunos autores comentan, no sólo es la ausencia de enfermedad sino algo mucho más amplio y no limitado.

Por ejemplo, Greene (1988) comenta que salud es un estado, una cualidad de vida, es algo como un enigma que desafía ser definido en cualquier sentido preciso, medible y que se ve afectado por muchos factores físicos, sociales y espirituales, y que ninguna profesión en sí, ni disciplina académica, puede supervisar y estudiar con eficiencia.

Sin embargo, se han hecho muchos intentos por definir el concepto de salud, de los más reconocidos es el que ha proporcionado la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) compuesta por tres grandes dimensiones y que a la letra dice: "La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad".

Esta definición ha sido fuertemente criticada desde sus inicios, pero pese a ello, ha marcado fuertes cambios al respecto y no la creencia de simplemente la ausencia de enfermedad. Dentro de las críticas que se han realizado Callahan (1977, citado en Greene, 1988, p. 7) declara: "esta definición es peligrosa y es necesario hacer un esfuerzo desesperado para modificarla por algo más modesto. Al hacer hincapié en un total bienestar físico, mental y social coloca, tanto a la medicina como a la sociedad en una posición insostenible con metas inalcanzables".

Por otro lado, Greene (1988), considera que la definición de la OMS está compuesta por una triada de dimensiones, bienestar físico, mental y social, pero no incluye un factor de suma importancia, como lo es el bienestar espiritual y la salud holística, las cuales ameritan ser tomados en cuenta.

Huward Hoyman (1975, citado en Greene, op. cit. p.8) afirma que "para nosotros el pasar por alto la naturaleza psicoespiritual del hombre al desarrollo de nuestro modelo de salud, sería como tratar con una caricatura del hombre, con el hombre deshumanizado". Según este autor la esencia de la salud se encuentra en una o cualquiera de los siguientes factores:

- 1) sentimiento subjetivo de bienestar;
- 2) habilidad para adaptarse en estados combatientes de tensión;
- 3) habilidad para actualizar o hacer uso pleno del potencial que se posee.

La validez de la dimensión espiritual de la salud depende de nuestra creencia en la existencia de fuerzas espirituales y la naturaleza, y de manera particular el funcionamiento de estas fuerzas. Con un ejemplo es relativamente fácil demostrar los beneficios de la salud que recaen en muchas personas creyentes que oran con regularidad, además, para estas personas, el lograr la paz mental puede influir en su presión sanguínea y mejorar su digestión. No obstante, no es claro si ha existido. una intervención de fuerzas metafísicas o simplemente éste es un ejemplo de autosugestión en donde participa un efecto placebo, es difícil decir. Tal vez quienes redactaron la definición de la OMS sabiamente se desviaron de dichas cuestiones.

En algunos países del tercer mundo, especialmente los africanos han propuesto la llamada "definición estratégica de la salud" que estipula "el mejor estado de salud de la población de un país corresponde al mejor estado de equilibrio entre los riesgos que afectan la salud de cada individuo, de la población

y de los medios existentes en la colectividad para controlar estos riesgos, tomando en cuenta la cooperación activa de la población". Esta definición se acerca más a la realidad de cada país (San Martín, 1981, p.12).

En cambio, Milton Terris del New York Medical College (citado en San Martín, op. cit.), comenta que la salud tiene dos aspectos fundamentales, uno subjetivo que se refiere a sentirse bien; y el otro objetivo que implica "la capacidad para la función". Con esto, Terris modifica la definición la OMS de la siguiente forma: "salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y de la capacidad para la función y no sólo la ausencia de enfermedad o de algún grado de invalidez".

Otro autor, Dubos (en San Martín, op. cit. p.12) ecologista francés, define la salud como "el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en su ambiente" ésta es una definición muy ecologista que tiene el mérito de no oponer la salud a la enfermedad, de la medicina clínica a la salud pública, los médicos clínicos a los higienistas, como sucede con otras disciplinas.

Otro ejemplo de definición, es la que propone el Profesor Cornillot, decano de la Facultad de medicina de Bobigny (1978, citado en San Martín, 1981) quien piensa que la ambigüedad de la noción de salud impide formular una definición evaluable y con criterios objetivos. Para él, la salud es una noción perfectamente subjetiva, no reposada sobre ningún criterio objetivo de carácter biomédico o socioeconómico, la salud aparece como un estado de tolerancia y de compensación física, psicológica, mental y social fuera del cual toda otra situación es percibida como una enfermedad.

Vargas y Palacios (1993), por su parte, comentan que la definición de la OMS es utópica, busca objetivos inalcanzables, por lo que estos autores se

concretan en describir la salud como la posibilidad de adaptación al medio y la capacidad de funcionar, en ese medio, en las mejores condiciones posibles.

Desde el punto de vista fisiológico, la salud representa el funcionamiento armónico de diversas partes que integran el organismo. El "medio interno" o "fisiológico" regula la complejidad de los fenómenos físico - químicos generados como respuesta a los estímulos del "medio externo" manteniendo de esta manera la armonía (Vega, 1992).

Es importante considerar la interpretación que Vega (op. cit.) hace a la definición de la OMS, ya que en ella marca un panorama más claro de los objetivos que persigue dicha definición. Vega, la interpreta en un sentido dinámico considerando que la salud se manifiesta por el desarrollo equilibrado de las funciones fisiológicas, que a su vez se expresan por el ejercicio normal de la interrelación e interdependencia biológica, psicológica y social del hombre con su ambiente, es decir, con una orientación ecológica.

Como hemos observado, existen muchas definiciones del concepto de salud que aunque parecen a simple vista diferentes tienen mucho en común, la gran mayoría de ellas va dirigida hacia el bienestar físico, mental, social, espiritual, la capacidad de adaptación al medio, economía de los países, trabajo productivo, como lo comenta Greene (1988), salud es un estado, una cualidad de vida, es un enigma que no se puede definir con certeza, precisión, así como tampoco es medible.

Sin embargo, pese a las distintas discrepancias que marcan los autores, también las disciplinas, por citar sólo algunas la psicología, medicina, ecología, sociología, antropología, se han esforzado por dar una definición, adecuada, pero considerando que aunque, ponen todo lo que está de su parte para esta gran tarea, aún siguen en la tarea de crear una definición muy propia de su disciplina, y

como lo señala Vargas y Palacios (1993) la salud no es propia de cada una de estas disciplinas sino un trabajo en conjunto, un trabajo multidisciplinario.

En conclusión, existen muchas definiciones sobre el concepto de salud, y dependiendo de cada disciplina se da el enfoque que satisface sus expectativas, sin embargo, falta mucho trabajo por realizar al respecto para dar una orientación más apropiada a este fenómeno. Para esta tesis, se tomará en cuenta la definición de Milton Terris (citado en San Martín, 1981, p.12) que a la letra dice: "la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y de la capacidad para la función y no solo la ausencia de la enfermedad o algún grado de invalidez". En este trabajo se considera que esta última definición es la más completa, ya que tiene la característica de englobar las tres grandes dimensiones propuestas por la OMS y además toma en cuenta la capacidad para funcionar.

1.2 Definición y campo de la psicología de la salud

Los psicólogos se han interesado en la salud desde los primeros años del siglo pasado, no obstante el interés profesional e investigador creció poco antes de los años sesenta en donde comenzó a plantearse la intervención en los servicios de salud (Schofield, 1969, citado en Oblitas y Becoña, 2000).

Esta disciplina que da sus primeros avances a finales de la década de los sesenta, nace gracias a un conjunto de factores que desde tiempo atrás han tenido un desarrollo lento, pero en última instancia tenía un fuerte impacto. Las principales enfermedades infecciosas se habían superado para la década de 1960. Las profesiones de ayuda comenzaron a volcar su atención hacia dos de las enfermedades más devastadoras "las enfermedades cardiovasculares y el cáncer", muchas conductas como la ingestión de comidas excesivas, el tabaquismo y el alcoholismo, comenzaron a identificarse cada vez más como los principales factores correlativos de esta enfermedad (Phares, 1996). Así mismo,

alrededor del mundo cada año, 585,000 madres mueren dando a luz, 2.7 millones de adultos jóvenes contraen el virus de inmunodeficiencia humano (VIH) por no tener protección sexual, y 7 millones de niños mueren de diarrea y neumonía que pueden ser impedidas, muchos otros llegar a ser incapacitados - física, intelectual, y emocionalmente - a causa de la desnutrición, daño, infección y trauma. A esta gente, familias, comunidades y naciones la salud es un interés serio y constante, especialmente a los países del mundo en desarrollo (Aboud, 1998). Debido a esto, se comenzó a destacar no sólo el proceso patológico en sí, sino también, las conductas asociadas, cuya reducción o eliminación podría disminuir la vulnerabilidad de los individuos ante la enfermedad.

Con base a estos acontecimientos y a otros más, surge la psicología de la salud, y desde entonces se han propuesto algunas definiciones de esta disciplina. Por ejemplo la que señala Bloom (1988, citado en Morales, 1999, p.90), "la psicología de la salud se relaciona con el estado de la conducta, ideas, actividades y creencias relacionadas con la salud y enfermedad". Stone, et. al. (1979), consideran que la psicología de la salud comprende las aplicaciones de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, no solamente en lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en la salud pública, educación para la salud, la planeación de la salud y otros componentes de este tipo de sistema total.

Sin embargo, Joseph Matarazzo, el presidente de la División de Psicología de la Salud proporciona la siguiente definición: "la psicología de la salud es la suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención de

la salud y la formación de la política de salud (1980, citado en Latorre y Beneit, 1994, p.20).

Partiendo de esta definición y de los antecedentes de la psicología de la salud, se puede decir que muchos factores fueron importantes en el desarrollo del campo de la psicología de la salud, entre estos factores se puede mencionar el costo de la atención de la salud, estilos de vida deficientes del ser humano que se observan de manera directa en las conductas que dan por resultado lesiones, accidentes, envenenamiento o la violencia. Además, se deben tomar en cuenta el alcoholismo, la farmacodependencia, el tabaquismo, los problemas dietéticos nutricionales y otros semejantes (Phares, 1996).

A fines de la década de 1960 se comenzó a señalar de manera específica el papel de los acontecimientos de la vida que provocan estrés, como factores de riesgo para la enfermedad (Holmes y Rahe, 1967, citado en Phares, op. cit.). En el mismo decenio comenzó a haber interés por el patrón de conducta Tipo A, un complejo de personalidad y predisposiciones conductuales del cual se dice que hace a la persona propensa a complicaciones cardíacas. Estos sólo son unos cuantos de los acontecimientos más notables que fueron clave en el desarrollo del campo de la psicología de la salud.

Como en cualquier campo de estudio de surgimiento reciente, tiene problemas para definir las funciones de sus participantes. La psicología de la salud no es la excepción. Taylor, (1984, citado en Phares, 1996) ha identificado uno de estos problemas que consiste simplemente en la ambigüedad del campo. Nadie está preparado del todo para decir que es lo que debe hacer un psicólogo de la salud – en especial dentro del ambiente de trabajo práctico.

Sin embargo, presentaremos una revisión de algunos autores que según su perspectiva es el campo de la psicología de la salud. Por ejemplo, Rodríguez y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Rojas (1998), comentan que los primeros temas abordados dentro de la psicología de la salud fueron el manejo psicológico de las enfermedades crónica - degenerativas principalmente las cardiovasculares, el cáncer, y el dolor crónico, así como las adicciones, empleando principalmente aproximaciones metodológicas de la psicología y la terapia cognitivo conductual.

En general y tomando en cuenta la definición propuesta por Matarazzo (1982, citado en Bernard y Krupat, 1994) el campo de la psicología de la salud comprende varias áreas extensas (Matarazzo, 1980, citado en Oblitas y Becoña, 2000). Bloom (1988, citado en Morales, 1999.) señala cuatro aspectos que deben estar implícitos y los identifica de la manera siguiente:

1. Que el campo de la psicología de la salud está relacionado con las contribuciones específicas que los psicólogos pueden hacer a la salud.
2. Que el término de salud debe ser entendido de la manera más amplia posible, para incluir tanto la salud como la enfermedad, la salud física como la mental, y trastornos específicos y diagnósticos, tanto como el sentido general del malestar, la robustez o el bienestar.
3. El campo no debe ser limitado a la investigación o a la contribución de teorías pero si debe estar relacionado con las aplicaciones de la investigación y la teoría preventiva, el tratamiento y la prevención de servicios.
4. Todo lo que pueda tener un impacto en la salud, ya sea a nivel del individuo, el grupo o el sistema social, en general, es el interés legítimo para el psicólogo de la salud.

Por otro lado, en un documento oficial de 1984, el Grupo de trabajo en Psicología de la Salud de la sociedad Internacional de Psicología, se da la siguiente definición sobre el campo de esta disciplina:

Son áreas de la psicología que tienen como base la promoción de la salud física del individuo y/o la prevención de la enfermedad física: los psicólogos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que trabajan en estas áreas tienen un gran rango de actividades, incluyendo la investigación, la enseñanza y la intervención, las áreas de interés de estos psicólogos incluyen conductas de riesgos para la salud, como el fumar, la nutrición inadecuada, las enfermedades crónicas, como son la diabetes, el cáncer y las enfermedades coronarias; y por último el comportamiento, como es el uso de cinturón de seguridad o de anticonceptivos. Así mismo, en los servicios de salud se estudia la comunicación médico – paciente, la satisfacción de los pacientes y la promoción de comportamientos de salud más positivos como la lactancia materna (Morales, 1999).

Hottzman y Cols, (1987, citado en Morales, op. cit.), dicen que la psicología de la salud se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y mantenimiento de la salud que comprende, además el estudio de factores del comportamiento que afectan el tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física.

Los psicólogos de la salud utilizan conocimientos psicológicos en la consulta comúnmente con grupos grandes tales como industrias, instituciones o el gobierno (Gregory & Burroughs, 1989, citado en Bernard y Krupat, 1994). Su meta es impedir el desarrollo de la angustia psicológica y comportamientos maladaptativos. Ellos deben tener las habilidades efectivas de comunicación para ser capaces de conseguir en su ambiente en el que ellos trabajan, traducir y aplicar los conocimientos psicológicos a fin de lograr resultados prácticos. Los psicólogos de la salud podrían trabajar como consultores dentro de empresas, comunidades y gobierno, en el desarrollo de programas que impidan enfermedades y perfeccionen la salud (Bernard y Krupat, op. cit.).

Según Weiss (1982, citado en Oblitas y Becoña, 2000), las tres actividades más importantes que los psicólogos de la salud realizan son la *investigación*,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

aplicación y formación. Los lugares donde ellos encontrarán probablemente campo de trabajo son en facultades, firmas de consultoría y práctica privada (Stone, et. al. 1979), organizaciones de mantenimiento de la salud, programa de bienestar, agencias de gobierno, instituciones educativas y prácticas en hospitales y clínicas privadas (Sheridan y Radmacher, 1992).

La investigación, es uno de los campos básicos de esta disciplina y algunos temas de investigación son la salud mental, el manejo psicológico de las enfermedades crónicas degenerativas, principalmente las cardiovasculares, el cáncer, el dolor crónico y las adicciones. En 1993 Rodríguez et. al., (citado en Rodríguez y Rojas, 1998) publicaron un artículo sobre la producción de la Psicología de la Salud en Latinoamérica, encontrando que durante la época de los ochenta las principales líneas de investigación en Argentina, Brasil, Cuba y México fueron: 1) las enfermedades crónica - degenerativas, que incluían temas como el dolor crónico, factores de riesgo, conducta y cáncer; 2) el manejo psicológico de las alteraciones psicológicas como el dolor de cabeza y el asma, mediante la retroalimentación biológica; 3) aspectos psicosociales de las adicciones; y 4) conductas sexuales como factor de riesgo en la infección del VIH.

Actualmente, las Instituciones Nacionales de la salud se apoyan en estudios que parten de tres tipos de procesos que vinculan, comportamiento y enfermedad: (1) salud - menoscabar hábitos y estilos de vida, por ejemplo, el fumar y falta de ejercicio; (2) reacciones a la enfermedad por ambos proveedores de salud, pública y pacientes; y (3) alteraciones directas en el tejido mediante la influencia cerebral sobre la producción de hormonas o mediante respuestas fisiológicas a estímulos psicosociales, particularmente la tensión (Raub, 1990, citado en Sheridan y Radmacher, 1992).

La psicología está orientada a cuestiones que atañen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. De los temas en boga en estos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

momentos que se les presta gran atención son la prevención para no fumar, la obesidad, el uso de cinturón de seguridad, prácticas dietéticas saludables, etc. También se investigan técnicas para tratar distintas enfermedades por ejemplo, el asma, trastornos intestinales, hipertensión, así como los métodos de evaluación de la efectividad de diferentes estrategias de tratamiento (Oblitas y Becoña, 2000).

En la actualidad las investigaciones están relacionadas con variables psicológicas que pueden actuar como riesgos para la producción de determinadas enfermedades. Algunos importantes riesgos que se pueden prevenir son los psicosociales, por lo que es importante conocer cuales son los grupos, familias y los individuos cuyas condiciones de vida, normas, valores, motivaciones y comportamientos puedan considerarse de mayor riesgo para enfermar en sentido general. Otro factor que se estudia son los acontecimientos de vida que se caracterizan como aquellos hechos, deseados o no que ocurren en la vida de un sujeto, que tienen una importancia tal que ejercen un impacto de vivencias emocionales o que pueden introducir cambios en los hábitos y costumbres; y requieren un esfuerzo adaptativo. Por ejemplo, un sujeto ante una situación no deseada o desagradable puede generar cambios que operen como situaciones de tensión y que a su vez activen respuestas neuroendócrinas, lo cual puede aumentar cifras de tensión arterial, modificación en el metabolismo de los lípidos o disminución de la inmunodependencia o simplemente genera cambios de estado de ánimo, como la depresión y la ansiedad, lo que puede ocasionar dificultades en la capacidad de laborar y crear una cierta propensión a los accidentes; o llevar a las personas a adoptar o intensificar ciertos comportamientos nocivos para la salud, como el fumar, ingerir bebidas alcohólicas o descuidar tratamientos de una enfermedad crónica, etc.. (Díaz y Morales, 1990, citado en Morales, 1999).

Otro concepto muy reiterado en este campo de la investigación es el Patrón de Conducta Tipo A (PCTA), en donde algunos estudios epidemiológicos señalan que es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, este concepto

supone que ciertas personas son más vulnerables para desarrollar enfermedades coronarias y son aquellas que mantienen un sentido de urgencia de tiempo, un exagerado sentido de involucramiento, multiplicidad de metas, hostilidad y competitividad en sus relaciones con los demás. Son centrados en sí mismos, fácilmente irritables, impacientes, enérgicos y tensos, este campo se desarrollará en el próximo capítulo.

Vinaccia (1989), realizó estudios en Colombia para observar cuáles son los temas de mayor investigación en psicología de la salud de ese país y como resultado encontró la hipertensión, enfermedades crónicas como el cáncer, el dolor, insuficiencia renal, psicoimmunología, disturbios psicofisiológicos, rehabilitación neuromuscular de paraplejía, prevención de tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual.

Por otra parte, en la década de los ochenta se establece en América Latina los primeros programas de formación de psicólogos de la salud, todos ellos son programas de posgrado y con tendencias a subespecialización en algunos de los campos de la atención a la salud, psicología comunitaria, atención de pacientes crónicos y adicciones, entre otros. Todos los programas promueven una formación integral e interdisciplinaria con especial énfasis en la adquisición de habilidades y destrezas para el trabajo en equipo multidisciplinario y una fuerte carga práctica clínica en escenarios de los tres niveles de atención a la salud (Rodríguez y Rojas, 1998).

Otro de los campos de la psicología de la salud es el de la aplicación, tal es el caso de la prevención, según Morales (1999) existe un espacio privilegiado en la atención primaria, la cual contempla uno de los más importantes procesos de atención de la salud y que la Organización Mundial de la Salud en Alma Alta en 1978 define como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y técnicas prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, y puestas al alcance

de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo socioeconómico global de la comunidad, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad como el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas y constituyen el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS, 1979, citado en Morales, 1999).

Este campo de acción no debe, no puede ser solamente sobre los individuos sino que debe alcanzar a las familias consideradas como unidades, a las instituciones, la comunidad en general sus organismos representativos y sus líderes y al medioambiente en sentido general (Morales, op. cit.).

Dentro de este campo existen conceptos básicos como es la promoción de la salud, la prevención y el control de riesgos de enfermar, la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente (Morales, op. cit.).

Las actividades de promoción de salud, son la forma de ejecutar en la práctica las acciones de promoción; determinar modelos de salud (sólo se cuenta con modelos de enfermedad), fomentar estilos de vida sanos; establecer estrategias de comunicación social y desarrollar técnicas de trabajo comunitario (Morales, 1999).

En lo que se refiere al campo de la prevención y el control de riesgos de enfermar, realmente la línea divisoria entre la promoción de la salud y la prevención es difícil de precisar, en la práctica las medidas en uno y otro sentido se llevan a cabo muchas veces de manera conjunta y si de alguna manera se hiciese una división sería en ocasiones muy específicas esto es mediante estudios epidemiológicos, en donde se detectan factores de riesgos que se asocian a muchas enfermedades. De acuerdo con Backet, Davis y Petós-Barvasion (1985, citado en Morales, 1999), se pueden considerar como factores de riesgo para el desarrollo de una enfermedad "toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas, que según los conocimientos que se posee, asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que puede caracterizar al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o medio ambiente". Existen riesgos físicos, químicos, biológicos entre otros, pero en esta disciplina el interés principal son los riesgos que se asocian al comportamiento y a las circunstancias del ambiente social que los favorece (Morales, 1999).

En cuanto al campo de aplicación, Simón (1993), ha realizado una recopilación en cuanto a tratamientos y rehabilitación de algunas enfermedades, por lo que a continuación haremos mención de algunos temas en donde se ha alcanzado un desarrollo significativo de la psicología de la salud en la practica, tales como: la prevención psicológica ante intervenciones quirúrgicas, el papel que juega el psicólogo en un equipo de salud cardiovascular, la intervención psicológica en pacientes geriátricos, los efectos benéficos del tratamiento en habilidades sociales, y las diferentes estrategias de intervención aplicables en un amplio número de trastornos tales como la diabetes, trastornos alimenticios, disfunciones sexuales, miopía, síndrome del intestino irritable, espasticidad, tartamudez, problemas de sueño en ancianos e incompetencia fecal.

Otros campos de aplicación en la psicología de la salud es a través de la terapia, la capacitación de estilos de vida (ya sea individual o grupal), la organización de programas para la comunidad, la educación pública y las políticas de salud (Sheridan y Radmacher, 1992).

Como se observó en este capítulo, la psicología de la salud se ha desarrollado en tres grandes áreas como son la investigación, aplicación y formación, de aquí se pueden derivar varios campos de trabajo para el psicólogo de la salud. Por lo que en este trabajo se estudiará el Patrón de Conducta Tipo A el cual es un factor de riesgo generador de enfermedades cardiovasculares, y como ya se mencionó de manera breve en este capítulo, es un comportamiento con un sentido exagerado de involucramiento, urgencia de tiempo, competitividad, hostilidad, entre otra serie de conductas que en su conjunto forman el Patrón de conducta Tipo A; tema que se desarrollará en el próximo capítulo.

CAPÍTULO 2

PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A

2.1 Definición del Patrón de Conducta Tipo A (PCTA)

Para dar inicio a este tema, es importante hacer mención, que se necesita hacer un intento por redefinir los constructos psicológicos y factores relacionados al Patrón de Conducta Tipo A y relacionados con los modelos y teorías psicológicas existentes (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

El Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) es un concepto originado por Meyer Friedman y Ray Rosenman. Al Comenzar el decenio de 1950, estos dos cardiólogos trabajaron con un grupo de investigadores para desarrollar la noción que dio como resultado un modelo particular de comportamiento y que podría estar relacionado con la enfermedad coronaria del corazón (Brannon y Feist, 1997).

Friedman y Rosenman (1959, citados en Goreczny, 1995) originalmente describieron el Patrón de Comportamiento Tipo A de disposición coronaria como un "complejo de acción - emoción", consistiendo de logro afanado, competitividad, involucración en el trabajo, impaciencia, y fácilmente provocan la hostilidad.

Posteriormente, estos cardiólogos, (1974, citado en Latorre y Beneit, 1994, p.274), definen el patrón de conducta Tipo A como: "una persona que se encuentra agresivamente implicada en una incesante actividad que le arrastra a hacer más y más cosas en el menor tiempo posible; y lo hace, además, en contra de lo que se oponga a ello, ya sean personas o cosas".

Otra definición que proporcionan estos autores, formula que es un complejo particular acción-emoción, que puede observarse en algunas personas comprometidas en una lucha relativamente crónica para lograr un número de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cosas, usualmente ilimitadas de su medio ambiente, en el menor tiempo posible, y si es necesario, contra los esfuerzos opuestos de otras personas o cosas de su mismo ambiente (Friedman y Rosenman, 1974, p. 67, citado en Roa, 1995).

El PCTA definido por Rosenman (1990, citado en Buéla-Casal, Caballo y Sierra, 1996), es un complejo de acción – emoción que comprende disposiciones conductuales tales como ambición, agresividad, competitividad e impaciencia, conductas específicas tales como tensión muscular, alerta, un estilo de hablar rápido, enfático y con un ritmo de actividad acelerado, y respuestas emocionales tales como irritación, hostilidad y un elevado potencial para la ira.

Friedman y Ulmer han escrito un libro popular, *Tratando el Comportamiento Tipo A y Su Corazón* en 1984, donde se describe un proyecto de terapia y un diseño para tratar el Patrón de Comportamiento Tipo A. Así mismo, se define este tipo de comportamiento como: "Sobre todo una pugna continua, un constante intento de realizar o lograr más y más cosas o en participar en más y más sucesos en cada vez menos tiempo, frecuentemente en el lado de oposición - verdadera o imaginada de otras personas (Sheridan y Radmacher, 1992).

2.2 Antecedentes

Numerosos estudios retrospectivos han mostrado una asociación entre el comportamiento y el desarrollo de enfermedades relacionadas con el corazón. Roskies (1987, citado en Tron, 1998), hace un relato de los antecedentes del Patrón de Conducta Tipo A y comenta que desde el siglo XVIII existen referencias aisladas de la presencia de factores emocionales vinculados con las enfermedades coronarias del corazón. Osler en 1892 (citado en Sender, Valdés, Risco y Martín, 1993), en una prosa de resonancia bíblica hace una oportuna observación sobre el funesto desenlace que aguarda a los individuos que han vivido y sentido una peculiar manera de vivir a lo largo de los años, cuando pagan con un fallo cardíaco fatal lo que es, a juicio del autor, una ambiciosa y desatinada

manera de vivir. Según Osler (citado en Tron, 1998), este patrón era tan característico que él podía hacer un diagnóstico de angina de pecho, simplemente por la apariencia y comportamiento del paciente.

Posteriormente, y después de numerosos estudios psicosomáticos enfocados a los factores personales, a finales de la década de los 50s en un libro Friedman y Rosenman refieren que en un principio no captaron la importancia de lo dicho por un artesano, quien al ser requerido para arreglar los asientos de las sillas de sus consultorios, preguntó acerca de cuál era la especialidad que ejercían. Al contestársele que eran cardiólogos, indagaron sobre la razón de tal pregunta, el artesano contestó que se debía a su extrañeza al observar que únicamente la parte frontal de los asientos era la que mostraba desgaste, deduciendo así el carácter nervioso y agitado de los pacientes (Evans, et. al, 1994).

Posteriormente se iniciaron los trabajos sobre el Patrón de Conducta Tipo A por parte de estos dos cardiólogos (Friedman y Rosenman) y un bioquímico (Byers). Su trabajo supone el primer ensayo empírico serio de definir un constructo psicológico concreto y mostrar que las conductas o estilos personales de comportamiento contemplados en el mismo, son factores de riesgo de enfermedad coronaria. Este equipo comienza a trabajar en un programa de investigación en el que se hacían dos preguntas básicas: ¿pueden los sentimientos o pensamientos de una persona influir sobre el desarrollo de la enfermedad coronaria? y si tal relación existe cómo se establece y en qué se fundamenta esta relación? (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

Con estas interrogantes y con algunas observaciones recabadas en su consultorio, Friedman en 1958 acude a Washington, al Instituto Nacional de Corazón, para conocer las razones por las que se le rechazó dos veces un proyecto de investigación sobre el estrés emocional y su posible relación con la enfermedad coronaria. La razón argumentada por la comisión evaluadora fue el

título utilizado en el proyecto "estrés emocional". Dicha comisión formada por psiquiatras no aceptaba el estudio de las emociones por parte de dos cardiólogos y un bioquímico. Friedman, para salvar estos inconvenientes, decide incluir en el título el término "Patrón de Conducta Tipo A"; dado que lo que estaban describiendo no era más que un patrón de conducta. De esta forma, Friedman consigue el financiamiento para el proyecto e introduce por primera vez el término "Patrón de Conducta Tipo A" (Buéla-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

Friedman y Rosenman en 1959 dieron su primer acercamiento a la descripción del patrón de comportamiento Tipo A o de comportamiento de disposición coronaria como un "complejo de acción - emoción" consistiendo de logro afanado, competitividad, involucración al trabajo, impaciencia y fácilmente provocan la hostilidad latente (Goreczny, 1995).

En 1981 el "National Institute for Heart, Lung and Blood" de los Estados Unidos, reunió a un amplio grupo de especialistas en ciencias biomédicas y conductuales, y aceptó el PCTA como un factor de riesgo independiente para los trastornos coronarios, con el mismo orden de magnitud que los riesgos asociados a cualquiera de los factores tradicionales tales como presión arterial alta, tabaco o nivel de colesterol en suero (Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease, 1981; citado en Roa, 1995).

En las últimas cinco décadas, se han realizado estudios de laboratorio en hombres y animales, donde han apoyado la idea del importante papel que juega el sistema nervioso central en la función cardíaca y en la química sanguínea, habiéndose asociado una excesiva estimulación de dicho sistema, debido a factores ambientales, conductuales o de otro tipo, con la patología cardiovascular. De esta forma se llegaba así a un enlace conceptual con lo que William Harvey, decía en este sentido "cualquier afección de la mente, que se manifestase por dolor o placer, miedo o esperanza, vendría siendo causa de agitación, cuya influencia se extendería hasta el corazón" (Evans, et. al., 1994).

2.3 Estudios epidemiológicos

La potente influencia que las persona tienen de su ambiente y el estilo de vida, ejerce en ocasiones respuestas que conllevan a enfermedades, condición que se ha reconocido desde hace muchos años por epidemiólogos (McNamara, 1979).

En los comienzos de este siglo, desde el punto de vista epidemiológico, los trastornos cardíacos se consideraban enfermedades poco frecuentes, pero a medida que ha ido transcurriendo el tiempo, las enfermedades cardiovasculares, incluyendo cardiopatías isquémicas, otros trastornos no isquémicos y problemáticas circulatorias, constituyen la primera causa de mortalidad del mundo Occidental según la Organización Mundial de la Salud que corrobora lo anterior (Buela-Casal y Caballo, 1991).

Este aumento progresivo de las tasas de incidencia generó, de forma paralela, un incremento de los costos sociales y económicos, por lo que se le prestó una mayor atención y, desde el punto de vista psicológico, supuso fuertes avances al contemplarse que estos trastornos orgánicos podrían tener relación con las conductas propias del siglo XX, como posteriormente se fue demostrando (García, 1990, citado en Buela-Casal y Caballo, 1991).

En relación con la alimentación, el consumo de alcohol, el uso del tabaco, el déficit en el manejo del estrés, el Patrón de Conducta Tipo A (PCTA), por mencionar algunos, son comportamientos desencadenantes de alteraciones orgánicas que a su vez aumentan la probabilidad de que se desarrollen enfermedades cardiovasculares susceptibles de ser prevenidas por medio de una adecuada intervención sobre los hábitos subyacentes (McNamara; 1979, Felner, 1983, citado en Buela-Casal y Caballo, 1991).

Obsérvese cómo muchas de las enfermedades antes descritas tienen una relación directa con determinados tipos de comportamientos, ya sean adquiridos por influencia de la cultura, o aquellos propios del individuo desarrollados a lo largo de su historia de aprendizaje.

En este apartado no se pueden dejar de citar los estudios que se han realizado con respecto a la epidemiología del Patrón de Conducta Tipo A de Rosenman y Friedman.

La línea de investigación epidemiológica da lugar a un estudio prospectivo clásico: el Western Collaborative Group Study (WCGS) donde se "probó la hipótesis de que el comportamiento Tipo A conduce a enfermedades del corazón". Rosenman y Friedman condujeron un estudio longitudinal en 1960 con una población de 3,524 hombres entre 30 y 59 años, de clase media saludables y con 8 años y medio de seguimiento (Pomerleau, & Brady, 1979, y Braunstein, y Toisler, 1981). En este estudio se usaron tres técnicas para predecir los futuros ataques al corazón: (1) a cada sujeto se le entrevistaba durante 15 minutos y se le clasificaba como Tipo A o B, (2) se obtenía una medida de la tendencia de su sangre para coagular, y (3) una prueba de la densidad de lipoproteínas. Con los resultados de este estudio y después de un seguimiento de ocho años, se encontró que los sujetos que habían sido clasificados como Tipo A presentaron más de dos veces la incidencia clínica coronaria de la enfermedad de corazón que los sujetos clasificados como Tipo B (Rosenman, et. al., 1975; citados en Sheridan, y Radmacher, 1992).

Posteriormente, este patrón conductual se asoció con el mismo nivel de probabilidad que otros factores de riesgo para Enfermedades Coronarias del Corazón (ECC) (Brand, Rosenman, Sholtz, & Friedman, 1976; Rosenman, Brand, Sholtz, & Friedman, 1976; citados en Prokop, y Bradly, 1981). Asimismo, desde el estudio WCGS, el papel del Patrón de Comportamiento Tipo A y su relación con las enfermedades coronarias se ha confirmado en autopsias y estudios de

angiografía (Friedman, Roseman, Straus, Wurm & Kositchke, 1968; Mathews & Krantz, Note1; Zyzaski, Jekins, Ryan, Flessaas, & Everist, 1976; Blumethal, Williaams, Kong, Schaberg, & Thompson, 1978; Campechano, Heller, Korfeld, Sporn, & Weiss 1978; citados en Prokop y Bradly, 1981; y Sheridan y Radmacher, 1992).

En otros estudios realizados con pacientes que han sufrido un Infarto de Miocardio (IM) se ha intentado determinar si los Tipo A aumentan las probabilidades de presentar otro IM, y se ha encontrado que no es posible predecir si las personas con PCTA puedan presentar otro IM, sin embargo si se ha mostrado que las personas con dicho patrón de conducta son menos probables para sobrevivir a un IM (Sheridan y Radmacher, 1992).

Frank condujo un estudio diseñado para ver si existe correlación entre la severidad de la arteriosclerosis, enfermedad coronaria de las arterias, y la preponderancia del patrón de comportamiento Tipo A, los 147 pacientes con manifestaciones clínicas de esta enfermedad coronaria corroboradas con angiografía eran evaluados por medio de psiquiatras y estudios psicológicos. Con base a una entrevista normalizada Rosenman y Friedman, asignaron a los pacientes uno de cuatro indicadores sobre la dimensión de su personalidad de disposición coronaria: A1, A2, B3, B4. Se encontró que los pacientes con el grado más alto de disposición (A1 y A2) mostraban un deterioro más severo de sus arterias coronarias comparadas con los individuos con un grado menor de la disposición. Así, y con bases más precisas sobre el proceso coronario de arteriosclerosis, se ha demostrado una asociación entre la severidad de este proceso y un factor de riesgo de personalidad Tipo A (Braunstein y Toisler, 1981).

Probablemente el más grande golpe al concepto Tipo A vino desde el Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT; Shekelle, 1985; citado en Sheridan y Radmacher, 1992); fue el estudio más masivo realizado para evaluar el impacto de los factores de riesgo y del intento de modificarlos. Esta investigación se realizó

con 12,866 hombres que presentaban altos niveles de riesgo coronario, de 22 clínicas Estadounidenses. El comportamiento Tipo A era evaluado por el Jenkins Activity Survey (JAS) y la Entrevista Estructurada (EE). Además, para asegurarse de que la Entrevista Estructurada se llevara a cabo como Friedman y Rosenman lo habrían realizado, se trajo a Rosenman para revisar que la evaluación se hiciera correctamente. Los resultados no mostraron relación entre el Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) y las Enfermedades Coronarias del Corazón

Es importante hacer notar que los estudios epidemiológicos en las mujeres escasean, y los que se poseen no han sido capaces de resolver la confusión que concierne a la naturaleza de los elementos que conforman el PCTA femenino. No en vano se considera el PCTA como un modelo masculino que recoge y potencia gran parte de los elementos atribuidos a este estereotipo en nuestra cultura.

La primera dificultad para estos estudios proviene de la falta de adecuación de los instrumentos de medida, ya que los ítems están fundamentalmente encaminados a recoger datos referentes a la competitividad y al trabajo. La Entrevista Estructurada (EE) el instrumento considerado idóneo, recoge fundamentalmente los aspectos psicomotores asociados a impaciencia y hostilidad. En la mujer este último componente tiende a estar encubierto por motivos educacionales y resulta difícil suscitarlo en las preguntas. Las características de voz que también constituyen un elemento esencial del instrumento, no alcanzan el tono explosivo propio de los patrones Tipo A masculinos. Ambos componentes, que poseen un valor predictivo de riesgo para la cardiopatía isquémica en varones deben ser excluidos en el caso de la mujer. Sin duda esto contribuye a que la entrevista no esté aún estandarizada para su uso en la población femenina (Matthews y Haynes, 1986, citado en Sender, et. al, 1993).

Algunos estudios realizados a la fecha y que dan muestra, aunque poco significativo de este PCTA en la mujer son los siguientes: En el Estudio de

Framingham (Haynes, Feinleib y Kannel, 1980, citado en Roa, 1995), se reporta una incidencia significativa del PCTA valorado con la Escala Framingham y enfermedad coronaria. En mujeres con PCTA se encontró una incidencia del doble en enfermedad coronaria y del triple en angina de pecho, comparadas con las Tipo B.

Los estudios transversales de Rosenman y Friedman en 1961, hallaron cifras superiores de colesterol, coagulación, hipertensión diastólica y enfermedad cardíaca en mujeres Tipo A detectadas mediante la entrevista. También Kenbingsberg, Zyzanski, Jenkins y cols. (1974; citado en Sender, et. al., 1993) evaluaron mediante el JAS a un grupo de mujeres con enfermedad coronaria y hallaron un mayor predominio de tipología A sobre B. Además en los estudios angiográficos dan cifras de correlación positivas entre la tipología femenina A y el grado de obstrucción coronaria (Blumenthal y cols., 1978; Williams y cols., 1980; citados en Sender, et. al., 1993).

Es importante mencionar que los resultados de las investigaciones en algunas ocasiones han sido contradictorios, evidenciando que muchas personas con Patrón de Conducta Tipo A no desarrollan enfermedades cardiovasculares, mientras que otros con el patrón B sí desarrollan esta enfermedad, así como también hay muchas personas que pueden considerarse mixtos (Morales, 1999).

Por ello, Pomerleau & Brady (1979), señalan que el comportamiento epidemiológico tiene varios puntos cruciales que han de ser medidos para hacer una evaluación completa de los hallazgos, pero a pesar de estos cuidados que se tienen en las medias del comportamiento los resultados reflejan ambigüedad, ya que muchas medidas de comportamiento involucran la personalidad (factor cambiante en cada persona). Este fenómeno ha plagado a los investigadores que intentan medir el comportamiento y como lo hemos observado en los estudios anteriores sobre el comportamiento Tipo A son en algunos casos contradictorios.

2.4 Características

En el estudio prospectivo del WCGS en 1960, se define una serie de características de los sujetos Tipo A, detectados por los instrumentos de medida utilizados, estos son (Sender, et. al., 1993):

1. Necesidad de conseguir objetivos.
2. Necesidad de competir
3. Necesidad de reconocimiento social.
4. Propensión a acelerar la ejecución de cualquier tarea.
5. Un extraordinario estado de alerta mental y física.
6. Aparente implicación en múltiples actividades a plazo fijo.

Las características del Patrón del Conducta Tipo A que de acuerdo con Sánchez-Elvira y Bermúdez (1990, citado en Latorre y Beneit, 1994), se han resumido de la siguiente manera:

1. Se trata de personas que tienden a percibir un amplio rango de situaciones como amenazantes y competitivas.
2. Son personas, además, que parecen buscar activamente este tipo de situaciones ya que suponen para ellas un reto personal.
3. Están preocupadas por destacar en cualquier actividad que llevan a cabo.
4. Emprenden varias tareas al mismo tiempo, y se quejan de que les falta tiempo para llevar a cabo todo lo que desearía hacer.
5. En su lucha por destacar, reaccionan con ira, agresividad y hostilidad ante cualquier obstáculo que les impida (o simplemente amenazan) alcanzar sus metas.

Este patrón se concibe actualmente como un perfil multidimensional constituido por factores de diversa naturaleza, en esencia está constituido por: a) Componentes Formales, b) Conductas abiertas o manifiestas, c) Aspectos motivacionales, d) Actitudes y emociones, y e) Aspectos cognitivos (Roa, 1995):

a) Componentes formales: (las personas tienden a levantar la voz, hablar más rápido, excesiva actividad psicomotora, gesticulación y otros manierismos típicos). Desde hace años, algunos autores consideran el estilo de voz como un elemento esencial para discriminar a los sujetos A de los B, ya que ofrece pocas posibilidades de disimulo voluntario. La activación general en los sujetos Tipo A, muestra que ante cualquier interacción se hace especialmente patente la voz potente y explosiva, que tiende a enfatizar determinadas palabras y que en ocasiones, es rápida y disrítmica, con supresión del final de la frase. Las características emocionales de la voz sugiere en ocasiones desafío, hostilidad o aburrimiento, dando muestras de su proverbial descontrol emocional (Rosenman, 1978, citado en Sender, et. al., 1993).

Con respecto a los aspectos motores se observan en la postura tensa y la expresión facial de tensión, de alerta o de hostilidad franca, o los movimientos y gestos de énfasis, en ocasiones crispados, rápidos y bruscos, que acompañan y subrayan el contenido del discurso, además manifiestan activación selectiva en grupos musculares precisos ante situaciones que suscitan atención, vigilancia o desafío, como son el arqueado de las cejas, el cabeceo, el parpadeo rápido, los tics faciales, movimientos repetitivos de manos y pies, los chasquidos y movimientos de la lengua, y los movimientos bucales estereotipados (Sender, et. al., 1993).

b) Conductas Abiertas o Manifiestas (urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo). En lo que se refiere a la impaciencia y urgencia de tiempo, los sujetos Tipo A se sienten bajo la presión constante de conseguir cosas y/o hechos, son típicamente conducidos por la creencia de que hay tiempo insuficiente para lograr sus actividades (Russell, 1999). Los Tipo A fomentan un sentido de urgencia de tiempo o lo que Friedman llama "enfermedad de la prisa". Ellos tienen que acelerar sus pensamientos, planificar y efectuar la mayoría de sus actividades diarias. Las pláticas de los Tipo A tratan de conseguir que los otros hablen rápidamente; tratan de leer, escribir, caminar, comer y

manejar lo más rápido posible, mientras consiguen todavía la realización de otras tareas. Un Tipo A común no permanece para esperar a hacer fila; se compromete en "múltiples actividades", piensa más de una cosa a la vez y frecuentemente piensa sobre una u otra cosa mientras escucha a otra persona (Sheridan y Radmacher, 1992; y Roa, 1995).

c) Aspectos motivaciones. En la competitividad o comportamiento orientado al logro, los Tipo A están fuertemente motivados para alcanzar metas que son difíciles de lograr. Son ultracompetitivos y rara vez se satisfacen con sus logros (Russell, 1999). De los sujetos Tipo A se ha dicho (Price, 1982; citado en Sender, et. al., 1993) que tienen objetivos fluctuantes y mal definidos, ya que sólo están atentos a la realización de lo que puede proporcionarles prestigio, en especial si implica un desafío evidente. Por lo tanto, en cuanto vislumbran que la realización es fácil, o que no se acompaña de éxito deseable, abandonan el objetivo y dirigen su actividad hacia nuevas metas. Aun cuando es patente su sensibilidad al reconocimiento social y su predisposición a trabajar para alcanzarlo, a nuestro juicio, esta manera de proceder no puede atribuirse a todos los tipos A, ya que exigiría una gran posibilidad de maniobra que no es, ni mucho menos, extensible a todos.

Las personas con este patrón tienden a ser demasiado dedicadas a su trabajo, tanto que muchos de ellos descuidan otros importantes aspectos de su vida. De hecho, la involucración excesiva en una vocación o profesión es uno de los aspectos más típicos del estilo de vida de un individuo Tipo A (Braunstein y Toisler, 1981).

El tipo A responde con inquietud a los períodos de inactividad y evitan exponerse a esas circunstancias. Hallan siempre motivos para suprimir las vacaciones, alargan su jornada laboral, llevan a casa trabajos urgentes que eliminan la convivencia de fin de semana en la familia. Además, no debe extrañar que los Tipo A estén poco dispuestos a escuchar las quejas de su propio

organismo, ya sea en forma de fatiga o de síntoma; pues el malestar físico representa un obstáculo para la realización de sus planes laborales y por lo tanto, carece de auténtico interés. Con relación a esta actitud, se ha visto que los sujetos Tipo A desatienden sus síntomas cardiovasculares y retrasan la búsqueda de ayuda médica, con el consiguiente riesgo añadido (Matthews y Brunson, 1979, Frankenhaeuser, Lundberg y cols., 1980, citados en Sender, et. al., 1993).

d) Actitudes y Emociones: (hostilidad, impaciencia, ira y agresividad). Aunque no físicamente agresivos, los Tipo A tienden a ser impacientes e irritables y muestran una actitud enemiga hacia quienes bloqueen sus metas. Sus interacciones sociales frecuentemente crean conflictos, que puede resultar en correspondencia de comportamiento competitivo o agresivo en su alrededor. Para Sender, et. al.(1993), la ira, la hostilidad y la agresividad son vistas de la siguiente manera: la ira constituye un estado emocional sujeto, como tal, a las características variaciones biológicas propias de estos estados. Los sentimientos que conforman esta emoción pueden variar desde la simple irritación hasta la furia. Los sujetos con disposición a los estados de ira están propensos a activarse ante circunstancias ambientales que susciten frustración. La hostilidad por su parte, es lo más estable y característico del Patrón de Conducta Tipo A, dentro de este complejo que estamos describiendo, es la hostilidad ligada al conjunto de creencias y temores que determinan actitudes y configuran su conducta. Para Price (1982, citado en Sender, et. al., 1993), el complejo hostilidad, que reúne la mayoría de los elementos del núcleo cognitivo de los PCTA entre otros la competitividad, las actitudes duras de dominio y la de evitar todo lo que representa conformismo y sumisión, constituyen el detonante que moviliza una serie de comportamientos que, no obstante, difieren en los distintos sujetos de manera significativa. Y finalmente la agresividad, que constituye otro componente del complejo y está directamente vinculado a respuestas conductuales instrumentales, en las que puede o no destacarse un sustrato emocional de cólera. En algunos individuos, se trate o no de individuos Tipo A, las conductas agresivas se dan sobre un sustrato emocional frío y pueden ser resultado directo de un aprendizaje

de modelos en el que los elementos emocionales y cognitivos están, por igual, reducidos al mínimo. La agresividad aparece en esta ocasión como una conducta automatizada, es decir, como un hábito. En los sujetos Tipo A, la agresividad no se da necesariamente mediante respuestas de violencia física. La agresividad en estos sujetos constituye la evidencia de la hostilidad que la alimenta y justifica y sobre todo, del descontrol emocional que produce su eclosión. En opinión de Price (1982; citado en Sender, et. al., 1993), los PCTA son poco propicios a la violencia física, expresan su agresividad por medio de conductas complejas tales como: 1) Desvirtuar los logros ajenos; 2) Minar la fiabilidad de los resultados de los demás; 3) Disminuir los esfuerzos de los otros; 4) Desacreditar sus ideas; y 5) Negar a los demás la atención o ayuda que precisan.

e) En lo que se refiere a los aspectos cognitivos (necesidad de control ambiental y estilo atribucional característico). Se comenta que las manifestaciones conductuales que definen el Patrón de Conducta Tipo A se han centrado en la necesidad de ejercer control sobre el ambiente que experimentan estas personas (Glass, 1977; Strube y Werner, 1985; citado en Latorre y Beneit, 1994). En este sentido, los resultados de diversas investigaciones sugieren una mayor susceptibilidad de los sujetos Tipo A a percibir un amplio rango de situaciones como amenazas al control que estiman poseer sobre los acontecimientos. Además, los sujetos Tipo A reaccionan más enérgicamente que los Tipo B en aquellas situaciones que suponen amenazas a sus expectativas de control, dirigiendo grandes esfuerzos a restablecer la sensación de control amenazada. Por el contrario, si la experiencia de incontrolabilidad se prolonga o se hace más intensa, las personas Tipo A, en mayor medida que las tipo B, llegarán a convencerse de que la situación es realmente incontrolable, desarrollando signos de indefensión.

En resumen, las características de los sujetos Tipo A recogidas por Price (1988, citado en Sender, et. al., 1993) de literaturas científica entre 1959 y 1979,

así como las recopiladas por autores como McNamara, (1979); Pomerleau & Brady, (1979); Rachman, (1980) y Morales, (1999) son las siguientes:

Competitividad, urgencia de tiempo, agresividad, enérgico, preocupación por los resultados, preocupado por el cumplimiento de objetivos a plazo, ambición/deseo de progreso, ritmo acelerado, impaciencia, hostilidad, gesticulaciones motoras, hiperalerta, amaneramientos verbales, estilo de vida duro, inquietud, compromiso laboral, implicación excesiva, extrema conciencia/responsabilidad, búsqueda de reconocimiento, estilo de afrontamiento dispuesto para el control, éxito laboral, alta productividad, altos niveles de actividad, conflictos permanentes; desafío, restricción de intereses no laborales, perfeccionismo; objetivos altos, ansiedad, poca disponibilidad frente a limitaciones propias, expresividad y necesidad de poder.

2.5 Modelos explicativos del PCTA

A continuación presentaremos algunos modelos explicativos del Patrón de Conducta Tipo A, que más han destacado en el transcurso de estos tiempos, tales como el Modelo de Glass, el Modelo de Aprendizaje Cognitivo de Price y el Modelo de Autorregulación, entre algunas otras explicaciones que se muestran a continuación.

2.5.1 Modelo de Glass

Sí, el desafío se ha considerado la forma genuina de evidenciar las características esenciales del patrón de conducta que nos ocupa, podemos decir, en términos de condicionamiento, que el control de estímulos resulta primordial en el comportamiento de estos sujetos. En opinión de Glass (1977, 1980, citado en Sender, et. al., 1993), los estímulos ambientales asociados a un desafío moderado no suscitan en los PCTA una gran necesidad de dominar y luchar. Sólo los estímulos particularmente salientes, de hecho incontrolables de por sí, tienden a

mantenerlos persistentemente aplicados a su control. Puede decirse que estos sujetos tienen un umbral elevado para responder a las señales de incontrolabilidad. El Patrón de Conducta Tipo A, con sus componentes primordiales, en especial la hostilidad, muestra un estilo de afrontamiento, presto a procurarse una interacción asertiva y eficaz sobre el medio físico y social, es importante hacer mención de que ésta es la forma en la que ellos se perciben.

Cabe englobar en este estilo su actitud permanente de lucha contra el tiempo y los desafíos ambientales. Su competitividad es producto de la necesidad de hacerse con el control antes que otros lo posean e impongan límites a la propia actividad. Cabe también interpretar este interés como una forma de preservar su independencia, de la que son muy celosos. En el desempeño de sus trabajos se evidencia esta tendencia a controlar para tener la seguridad de que lo que les incumbe marcha bien y nadie podrá, a su vez, ni controlarlos ni imputarles fallos. Los sujetos Tipo A son también proclives a elegir trabajos autónomos en los que la competitividad se ejerce con uno mismo, y cuando se ven obligados a formar parte de un equipo, donde los sistemas de relación están de antemano estructurados, el conflicto es inevitable. Algunos trabajos detectan la gran sensibilidad de estos sujetos al esfuerzo positivo y deducen que el móvil de su actividad es hacerse con el control de estos estímulos reforzantes. Otros trabajos señalan, en cambio, que los mecanismos de evitación del fracaso —control de estímulos negativos— son prioritarios a la hora de dirigir la acción. Esto justificaría el hecho, tan característico, de desatender y negar síntomas clínicos que asocian al fracaso, ya que interfieren en la vida activa y exitosa. En realidad, estas dos hipótesis no resultan excluyentes puesto que es, en definitiva, el control de los estímulos externos, ya sea para aproximarse a los premios o para alejarse de los castigos, lo que gobierna la actividad de estos individuos (Carver, Coleman y Glass, 1976, Matthews y Saal, 1978, Gastorf y Teevan, 1980, Matthews y cols., 1983, Weidner y Chesney, 1985, citados en Sender, et. al., op. cit.).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el modelo de Glass, se ha dado énfasis al control externo para perseguir el éxito o para evitar el fracaso, y es un buen soporte para situar los elementos del PCTA y explicar conductas básicas directamente relacionadas con la impaciencia y la activación emocional.

Prkachin y Harvey (1988, citado en Sender, et. al., 1993) verifican el modelo de Glass mediante un trabajo experimental y concluyen que en los PCTA se da simultáneamente una mayor habilidad para detectar las contingencias actuación-resultado que los patrón de conducta tipo B (PCTB) y una tendencia a desconfiar de las posibilidades de controlar los resultados mediante su conducta, al margen de lo objetivo o no de esta creencia. De ahí la perseverancia de los sujetos Tipo A en las tareas y la multiplicidad de formas que aprenden en persecución de un solo objetivo. Glass se ampara en una serie de trabajos llevados a cabo con anterioridad a la postulación de su hipótesis en los que se comprueba que los sujetos Tipo A tienen mayores descargas de noradrenalina que los Tipo B en respuesta de estímulos estresantes.

En este sentido, la persona Tipo A tiende a percibir un mayor rango de situaciones que amenazan la pérdida de control, lo cual provoca reacciones más enérgicas que los Tipo B (Latorre y Beneit, 1994).

En esta concepción el Patrón de Conducta Tipo A que nos ofrece es el resultado de una interacción sujeto-ambiente que determina unas características psicológicas con repercusión cardiovascular y neuroendócrina (Sender, et. al., 1993).

2.5.2 Modelo de aprendizaje cognitivo de Price.

El modelo que Price propone (1982; citado en Sender, et. al., 1993) se protege con el paradigma del aprendizaje social de Bandura y, por consiguiente, hace hincapié en los elementos cognitivos que están en la base de la peculiar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

psicología y conducta de estos sujetos. Para esta autora, es imposible aproximarse a una comprensión del PCTA, y en especial a una intervención, sin diseccionar el núcleo último de creencias y temores que moldean el desarrollo psicológico de estos sujetos, ya que la persistencia de sus respuestas posee valor de hábitos y cumple perfectamente el cometido de preservar los temores y las creencias del sujeto Tipo A. El medio sociolaboral de estos individuos facilita el desarrollo de este esquema funcional. Tan sólo al fallo en la salud apunta a un error en este supuesto equilibrio sujeto-medio.

Al exponer su modelo, Price revisa todos los elementos que configuran las cogniciones del sujeto, comenzando por los propios de la cultura que lo alberga. El análisis de los valores socioeconómicos y religiosos del mundo occidental en la etapa de transición de una economía primordialmente agrícola y artesanal a la industrialización progresivamente más agresiva que alcanza nuestras últimas décadas, ofrece un inteligente motivo de reflexión sobre ese componente de demanda ambiental, difícil de someter a medidas objetivas, pero implícito ya en las primeras definiciones del PCTA. Partiendo de la convicción religiosa, especialmente calvinista, de que el trabajo constituye para el hombre una oración que le acerca al designio que Dios le tiene preparado y evita la caída en otras tentaciones, nos encontramos con la justificación del acumulo de bienes materiales y las diferencias individuales entre los hombres en cuanto a la posesión de riqueza. Las señales externas de beneficios son indicadores directos de la probidad del sujeto. Sin duda, la base del american way, equiparable a nosotros "tanto tienes, tanto vales" arranca de estos principios que resultaron terreno abonado para el fenómeno de la industrialización y adquirieron autonomía funcional al margen de su primitivo carácter sacro.

En un trabajo de Margolis y cols. (1983, citado en Sender, et. al., 1993), se plantea una aproximación ecológica al tema de la etiología del PCTA que no es, en definitiva, sino una síntesis de la obra de Price, publicada por las mismas fechas, aún cuando no se haga mención a la autora, sin hacer referencias al

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

concepto de aprendizaje cognitivo/social; Margolis y cols., pasan revista a los distintos niveles de interacción social que moldea las conductas Tipo A, tratando de mostrar como el ecosistema occidental, desde sus aspectos morales hasta los familiares, pasando por el soporte institucional, constituye actualmente una excelente condición para moldear conductas Tipo A. Para Price, esto es así indudablemente, y el proceso psicológico que analiza nos lleva a contemplar la evolución del sujeto desde el aprendizaje temprano en su medio familiar (donde pueden ya propiciarse determinadas tendencias a la competitividad, la urgencia, la atención prioritaria a los rendimientos o la agresividad, mediante el uso de refuerzos contingentes), pasando por las instituciones educativas que se atienen al mismo modelo, para culminar en la vida laboral, donde el sujeto pone a prueba toda su solvencia para la adquisición de logros y donde, a menudo, se pone también a prueba el equilibrio biológico del organismo.

Volviendo con Margolis y cols., en el caso de las mujeres, la incorporación a la vida laboral fomenta de una manera especial las conductas Tipo A, ya que deben enfrentarse a dobles responsabilidades, las familiares y laborales, con problemas de incompatibilidad de tiempo, prioridad y asunción de múltiples roles y responsabilidades.

Para Price, la conducta Tipo A propiamente dicha no es más que una forma de afrontamiento encaminada a preservar las creencias y combatir los temores; elementos cognitivos que presiden todo el aprendizaje social de cualquier sujeto y que, en este caso, como se acaba de exponer, están cuidadosamente moldeadas por la cultura, instituciones y medio familiar. Estas creencias, que configuran el núcleo del patrón y que constituyen la quintaesencia del medio social del sujeto, son primordialmente tres y de ellas derivan a su vez tres temores esenciales: **CREENCIAS:** 1.- es necesario ponerse a prueba uno mismo, 2.- no existen principios morales universales y 3.- los recursos generales son escasos; y **TEMORES:** 1.- ser juzgado como carente de éxito y de valor, 2.- la bondad no

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

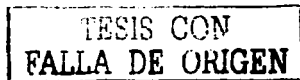
prevalecerá en ninguna circunstancia, y 3.- necesidades esenciales insuficientes (tiempo, éxito, reconocimiento, etc.).

Así mismo, menciona que la influencia de la familia sobre este núcleo cognitivo es decisiva para la organización de conductas tipo A, a través de varios modelos de interacción que pueden darse en uno o en ambos padres. Cuanto más coherente sea el modelo ofrecido, más influirá en la adquisición del aprendizaje del hijo. Estos son algunos modelos de inducción de conductas Tipo A que Price recoge en su obra:

1. Padres poco afectuosos, con pocas respuestas a la demanda y conducta impredecible.
2. Padres aprobadores sólo de conductas excepcionales, e indiferentes a otros procesos.
3. Atención parental exclusiva al resultado de la actuación y no al proceso.
4. Críticas severas a las conductas que no son excepcionales.
5. Instrucciones directas para alentar conductas tipo A (prisas, hostilidad).
6. Modelos familiares de conductas Tipo A que se imitan.

Con estos modelos de inducción de los padres, el PCTA se gesta y evoluciona en la infancia y los años de formación, para llegar a su máxima eclosión en la vida laboral, donde los temores y creencias adquieren un sentido indiscutible y la interacción con el trabajo puede traducirse punto por punto a su interacción parental primigenia.

Pese a que Rosenman y Friedman niegan la existencia de temores en los sujetos Tipo A, los resultados indicarían que sí los hay, si bien es posible que estén poco dispuestos a su aceptación, ya que el Patrón de Conducta Tipo A, de acuerdo con varios autores es un patrón de masculinidad, en el que se exaltan los valores tipificados de los varones en nuestra cultura. Por lo que en el modelo de Price, el PCTA es el portaestandarte de la cultura de su época y su geografía, y el



molde generador encaja en el sujeto tan tempranamente y con tal precisión que parece totalmente azaroso escapar a su influencia (Sender, et. al., 1993).

Dicho de otra forma, Rosenman (1978, citado en Rachman, 1980) en uno de sus trabajos ha argumentado que las sociedades materialistas urbanas de los países desarrollados fomentan agresivas ambiciones y adoptar comportamientos Tipo A, así el riesgo psicológico puede depender de la disposición conductual al ambiente cultural que se viva.

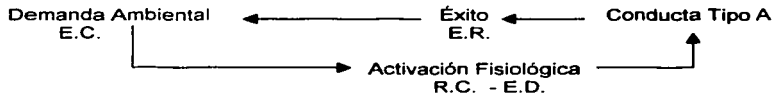
2.5.3 El modelo de autorregulación

Si el análisis de Price pone al PCTA totalmente en manos del proceso de aprendizaje social, otros investigadores apuntan a detectar elementos congénitos o precozmente condicionados como sustrato primitivo del PCTA.

No es de extrañarse que, al igual que en otros terrenos biológicos o psicológicos, el dilema herencia/ambiente se plantee aquí también, aun tratándose de un complejo que, ya en la definición supedita su carácter observacional a la demanda ambiental.

Existe una vieja teoría de W. James que parece resistir al paso de los años y la atenuación de la respuesta sobre efectores que conlleva a un cambio de información hacia las estructuras del Sistema Nervioso Central (SNC), y la consiguiente moderación de las conductas que se asocian al PCTA.

Como resultado de esto Krantz y Durel (1983; citado en Sender, et. al., 1993) proponen un modelo somatopsíquico para el PCTA:



- E.C. = *Estímulo condicionado.*
R.C. = *Respuesta condicionada.*
E.D. = *Estímulo discriminativo.*
E.R. = *Estímulo reforzador.*

Modelo somatopsíquico de Krantz y Durel.

En este modelo no se minimiza la importancia de los elementos cognitivos ni conductuales en la gestación del patrón, pero se valora la prioridad de una peculiar respuesta fisiológica que facilita la organización de determinadas cogniciones que, a su vez, se traducen en respuestas conductuales, emocionales y actitudinales.

En el modelo de Krantz y Durel no hay necesidad de percepción cognitiva y atribucional de estrés para que se produzca activación. Aún en el supuesto de que este estado de activación sea tempranamente condicionado y no necesariamente congénito, se trataría de sujetos con una enorme facilidad para asociar elementos estresores ambientales con respuestas condicionadas del organismo, consistentes en activación simpática e hipotalámico o cortical. Sobre esta base propicia todo el modelado del aprendizaje social y determinaría los elementos cognitivos y conductuales.

En un trabajo posterior, Frautschi y Chesney (1988, citado en Sender, et. al., 1993) parten de la concepción de Krantz y Durel y postulan un modelo de autorregulación. Consideran que ante la tendencia constitucional o tempranamente condicionada de estos sujetos, el organismo comete un fallo y no trata de reducir la respuesta acomodando a ello mecanismos biológicos y psicológicos, sino que promueve el mantenimiento de este estado. Esto explicaría por qué los sujetos Tipo A dan preferencia a repertorios conductuales capaces, en cualquier sujeto, de promover activación como son la impaciencia y la hostilidad, y seleccionan del ambiente aquellos elementos cognitivos que fomentan las conductas de lucha. Este punto de vista justificaría las observaciones de estos sujetos cuando confiesan sentirse satisfechos psicológicamente y en pleno bienestar físico al aplicarse a tareas de competitividad en que medie la

impaciencia y la hostilidad, y explica también el malestar y temor que les produce la inactividad y el aburrimiento. Podemos deducir que lo que Krantz situaba en un modelo de condicionamiento respondiente, Fraustschi y Chesney lo completan con un paradigma operante en donde, obviamente, el reforzador está constituido por el éxito social y la obtención de rendimientos que, a su vez, generarán más interés por la demanda ambiental. El estado de activación condicionado actúa, para estos sujetos, como un estímulo dicriminativo interoceptivo que moviliza su energía en forma de conductas Tipo A y constituye probablemente el mecanismo nuclear alrededor del que se organiza la actividad y los logros del PCTA.

2.5.4 El modelo transaccional

En este otro modelo explicativo del patrón de Conducta Tipo A, diversas teorías, desde muchas perspectivas diferentes, han argumentado que las características personales recíprocamente se relacionan con ambientes interpersonales. Los individuos recurrentemente forman los contextos sociales donde ellos habitan y los contextos sociales a la vez forman estos individuos. Mediante pensamientos característicos, acciones y elecciones, los individuos influyen en sus mundos sociales. Una vez creado el ambiente social forma el comportamiento, igual a los aspectos más perdurables y los procesos psicológicos usualmente asociados con la personalidad (Goreczny, 1995).

Los teóricos han aplicado esta vista transaccional de personalidad y las relaciones sociales para el comportamiento Tipo A y la hostilidad. Un principio fundamental de este modelo es que el comportamiento de disposición coronaria, es la tensión generada por el comportamiento. Por ejemplo, los Tipo A son más probables a preferir desafíos y demandas de tareas que los Tipo B. Enfrentado con la misma tarea, los Tipo A son más probables que los Tipo B a apreciar las tareas como demandas y los colocan con la personalidad más alta en normas para el desempeño. Los Tipo A son también más probable que los Tipo B para evaluar tareas negativamente y a asistir selectivamente a aspectos negativos más bien

que positivos de retroalimentación. Finalmente, los Tipo A son más probables que los Tipo B para responder a demandas y desafíos interpersonales percibidos con el comportamiento públicamente competitivo y agresivo. Mediante estos pensamientos y acciones, los Tipo A construyen ambientes sociales de desafíos y demandas (competitivos y agresivos), que los tipo B. Una vez creados estos ambientes se tienen dos consecuencias malsanas: el primero, es probable mantener el comportamiento Tipo A por la demanda del ambiente agresivo y competitivo que ellos mismos han creado, y segundo, el ambiente exige más contribución fisiológica por los altos niveles de percepción y actual desafío obteniendo aumentos de reactividad cardiovascular y neuroendócrina (Goreczny, 1995).

Por otro lado, Latorre y Beneit, (1994), han reunido información para explicar el PCTA por medio de los mecanismos fisiológicos a través de los cuales los sujetos con un patrón de conducta Tipo A desarrollan enfermedades coronarias. En relación con ello, se ha encontrado que los sujetos Tipo A muestran una mayor reactividad autonómica y endócrina que los tipo B, respondiendo a las situaciones que generan estrés con mayores aumentos de la presión sistólica de la sangre, mayor tasa cardiaca y mayores niveles de epinefrina y norepinefrina (Mac Dougall y col., 1981, entre otros; citados en Latorre y Beneit, 1994). Se ha comprobado, asimismo, que la conducta Tipo A está asociada a factores morfológicos y procesos fisiológicos que se consideran favorecedores de las enfermedades coronarias. En comparación con los sujetos Tipo B, los Tipo A presentan bloqueos de las arterias coronarias más graves, y un progreso más rápido de esos bloqueos. Se especula con que un posible mecanismo mediador pudiera estar en el significativo papel que juega la norepinefrina en el deterioro del sistema arterial, en la producción de arritmias y en la formación de trombos.

Las teorías recogidas con anterioridad asumen que el PCTA es un comportamiento aprendido, probablemente, en la infancia. Como soporte a esta hipótesis existe un conjunto creciente de datos que apoyan que el PCTA existe en

la adolescencia y en la infancia e incluso en la etapa de preescolar, no sólo en la manifestación de conductas observables sino también en la manifestación de respuestas fisiológicas. Krantz, Arabian, Davia y Parker (1982; citados en Latorre y Beneit, 1994), basándose en que las personas con PCTA tienen una presión sanguínea más elevada que las tipo B, incluso bajo anestesia general, lo que implica verse libres de la influencia de la conciencia, han planteado la hipótesis de que puede haber una tendencia genética a mostrar una reactividad fisiológica exagerada en las personas con PCTA. La doble influencia, genética y ambiental, en el origen del PCTA, o de alguno de sus componentes, parece confirmarse en el trabajo de Pedersen y cols., (1989; citado en Latorre y Beneit, 1994). El PCTA parece mantener una cierta estabilidad a lo largo de los años, pero se incrementa notoriamente en el paso de la adolescencia a la madurez y desciende de forma significativa en los últimos años de la vida, de manera que la distribución que muestra en su desarrollo representado de forma gráfica es de una U invertida (Dielman, Butchart y Moss, 1990; citados en Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

2.6. Evaluación del PCTA

Como lo afirman Friedman y Ulmer muchas personas con PCTA no son conscientes de ello, tales como irritables, impacientes y demasiado airadas, son características no deseables socialmente, por lo que las personas con PCTA no desean reconocerlo, y sí lo reconocen lo hacen en descriptores socialmente aceptables tales como asertividad y dominancia (Buela-Casal, Caballo y Sierra, op. cit.).

En este apartado se va a describir los instrumentos de evaluación del PCTA que han mostrado, en estudios epidemiológicos prospectivos y/o transversales, su validez para identificar la relación entre el PCTA y la enfermedad coronaria, aunque queremos dejar constancia de que existe una investigación estimable utilizando otros instrumentos y otras poblaciones como es el caso de los

estudiantes universitarios, los adolescentes y niños (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

2.6.1. La Entrevista Estructurada (EE)

Los variados componentes que constituyen el patrón de conducta son psicomotores, fisiológicos y cognitivos que dificultan sin duda la elección del instrumento adecuado para su diagnóstico, si se tiene en cuenta que se trata de un estilo de comportamiento que se pone especialmente en evidencia frente a estímulos ambientales que el sujeto estima como provocadores (Sender, et. al., 1993). En Mayo de 1960, el Western Collaborative Group Study (WCGS), comenzó a examinar el papel del Patrón de Comportamiento Tipo A en la patogénesis de enfermedades coronarias del corazón (ECC). Consecuentemente, se propone una entrevista normalizada que pudiera ser administrada por un entrevistador entrenado. Las preguntas de esta entrevista cubrieron tres temas que se consideraron importantes en el modelo de comportamiento: (a) grado de control y ambición; (b) grado de competitividad pasado y presente, agresividad, y sentimientos de hostilidad; y (c) grado de urgencia de tiempo (Prokop y Bradly, 1981).

Partiendo, pues, de estos orígenes clínicos – observacionales, Rosenman diseña una estrategia basada en la grabación, auditiva primero y audiovisual después, de una entrevista estructurada, perfeccionada en el transcurso de los años. Esta entrevista se considera actualmente como el instrumento de mayor validez para la detección y medida del Patrón de Conducta Tipo A, ya que posee la particularidad de provocar y detectar sus aspectos enérgicos y reactivos (Sender, et. al., 1993).

La entrevista original está confeccionada para realizarse en un periodo de 15 a 20 minutos, contiene aproximadamente 25 cuestiones en las que a los individuos se les pregunta acerca de su estilo característico de vida respondiendo a una

cantidad de situaciones que pueden suscitar impaciencia, hostilidad y competitividad en los individuos Tipo A. Se controla la forma (ritmo y tono) de las preguntas, se hacen preguntas muy despacio de tal manera que se produzcan interrupciones por parte de las personas Tipo A y respondan a la pregunta antes de que ésta sea formulada, igualmente el entrevistador puede cuestionar la exactitud de una respuesta con la intención de provocar enojo en un individuo susceptible. Algunas de estas preguntas son deliberadas, de tal manera que provocan un cierto estilo de habla que es considerado como indicativo del PCTA (Roa, 1995).

El paso de un sistema de registro auditivo a otro audiovisual ha permitido una mejor objetivación de los aspectos motores y la inclusión de indicadores fisiológicos (pigmentación periorbitaria y excesiva transpiración de labio superior y frente; Sender, et. al., 1993).

La clasificación del Patrón de Conducta Tipo A está basada en las informaciones dadas por los sujetos sobre su conducta y los estilos propios observados del habla y movimientos (Roa, 1995). Esta información recopilada se puede resumir en: contenido bibliográfico del sujeto; conductas, actitudes y creencias que denotan hostilidad; conductas y actitudes que muestran urgencia e impaciencia; conductas psicomotoras faciales y generales de hiperactivación; indicadores fisiológicos observables y estilos de voz, volumen, rapidez e interrupción (Sender, et. al., 1993).

Las clasificaciones de la EE son con base en la presencia relativa o ausencia de características específicas de los modelos de comportamiento Tipo A y Tipo B. Aunque la literatura usualmente se refiere al comportamiento Tipo A y Tipo B, en la evaluación del modelo de comportamiento utilizando la Entrevista Estructurada originalmente se usaron cinco escalas de clasificación, las cuales son: 1) A-1: Modelo totalmente desarrollado; 2) A-2: Presentan muchas características del comportamiento Tipo A, pero no el modelo completo; 3) X: una mezcla pareja de

características Tipo A y B; 4) B-3: Mucho características de Tipo B, pero con algunas características Tipo A; 5) B-2 ausencia relativa de características Tipo A (Prokop y Bradly, 1981).

Durante la aplicación de la Entrevista Estructurada, la entrevista crea una situación de desafío y presenta un estímulo ambiental normalizado que resultará en el comportamiento Tipo A, si el estímulo es parte del repertorio del comportamiento del sujeto. La Entrevista Estructurada es una situación experimental de estructura, la teoría y la técnica deben dominarse antes de que un entrevistador pueda aplicar exitosamente la entrevista. La tarea no es simplemente memorizar y entonces hacer una serie de preguntas, como sucede con otras formas de evaluación psicológica (WISC-R o Rorschach, Prokop y Bradly, op. cit.). Dadas las características de aplicación de la Entrevista Estructurada requiere de un periodo de entrenamiento para su efectiva administración y valoración, y además según Rosenman el observador debe tener una adecuada inteligencia y ciertas habilidades para evaluar el comportamiento (Buela-Casal, Caballo, y Sierra, 1996).

2.6.2. El inventario de actividad Jenkins

Cuando Rosenman presentó la Entrevista Estructurada en 1978, ya anunció la necesidad de obtener otro instrumento de medida manejable y objetivo, además de que tuviera un costo más económico, reducir tiempo e información; en una palabra, acceso a administrar la prueba masiva y simultáneamente a un gran número de sujetos, lo que conviene a los estudios epidemiológicos (Sender, et. al., 1993).

El Inventario de Actividad Jenkins (JAS) nace a fin de dar solución a estas cuestiones a partir de las preguntas de la Entrevista Estructurada que se demostraron aptas para discriminar a los sujetos A de los B en el estudio WCGS (Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1979; citado en Sender, et. al., 1993).

El JAS es un instrumento de evaluación del PCTA, de papel y lápiz, con preguntas de elección múltiple, que simplifica el sistema de evaluación y correlación y permite su aplicación a grandes muestras de poblaciones (Roa, 1995; y Morales, 1999). Este cuestionario fue una selección de los 21 ítems de la Entrevista Estructurada, los análisis factoriales llevados a cabo en las sucesivas ediciones de 1965 y 1966 forman un cuestionario de 52 ítems que constituyen la prueba definitiva (Sender, et. al. 1993). Este inventario, además de evaluar el grado de Tipo A, proporciona información acerca de otros tres componentes o factores del propio patrón, obtenidos por técnicas factoriales, estos son: prisa e impaciencia (factor S), implicación en el trabajo (factor J) y comportamiento duro y competitivo (factor H) (Roa, 1995).

En estas subescalas, comparables a dimensiones factoriales se tienen las siguientes características: la subescala S (Prisa e Impaciencia) concierne a la relación temporal de estos sujetos, caracterizada por la velocidad en la actuación y la impaciencia ante lo que suponga cualquier demora, y suele ser indicativa de fácil irritabilidad; la subescala J (Implicación en el trabajo) corresponde en sus puntajes altos a sujetos muy trabajadores, partidarios del desafío que implica las entregas a plazos fijos y de prolongar sus jornadas laborales. A través de este proceder obtienen una sensación estimulante y sin duda estresante en muchas ocasiones; y finalmente, la subescala H (comportamiento duro y competitivo) atañen a sujetos que se entregan con dureza a sus tareas, concienzudos, competitivos y pendientes de sus éxitos. Hay que señalar que esta subescala no registra exactamente hostilidad, sino estilos y actividades duras, distantes, dominantes y competitivas (Sender, et. al., 1993).

En lugar de la entrevista que clasifica a los individuos dentro de cuatro categorías, el Inventario de actividad de Jenkins los coloca en un continuo, puntuaciones positivas indican PCTA, y puntuaciones negativas indican Tipo B, la

media de las puntuaciones A-B es cero y la desviación estándar 10 y está modestamente unido o relacionado al total de la puntuación Tipo A (Roa, op. cit.).

Los elementos del Inventario de Actividad de Jenkins se han ido modificando para su uso con otros individuos que no sean hombres trabajadores. La forma T del Inventario de Actividad Jenkins está adaptada para estudiantes, es esencialmente la misma que la versión original validada en el WCGS llamada Forma B, excepto que los elementos concernientes a la implicación en el trabajo están suprimidos. La forma N y la Forma E del Inventario de Actividad Jenkins son versiones aumentadas de la Forma B para personas no empleadas o empleadas respectivamente; y por último la Forma C que es la más utilizada actualmente es una copia de la versión original Forma B (Kantz, Glass y Snyder, 1974; Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1979; citados en Roa, 1995).

Es importante hacer mención que el propio autor Jenkins reconoce que las escalas factoriales no son predictivas de los resultados en las enfermedades coronarias. No obstante, la escala Tipo A ha sido asociada con el desarrollo de la enfermedad coronaria tanto en estudios prospectivos, como en estudios transversales. Sin embargo, es menos predictiva que la entrevista estructurada y ha fallado en predecir el desarrollo de la enfermedad coronaria en algunos estudios. (Jenkins y cols. 1979; Jenkins, Rosenman y Zyzanski, 1974; Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1971; Glass, 1977; Brand y cols., 1978; citados en Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

2.6.3. La escala tipo A de Framingham

La escala de Tipo A de Framingham (Framingham Type A Scale), surgió del trabajo pionero "Framingham Heart Study" que realiza desde el final de la década de 1940 un estudio de seguimiento con relación al estado cardiovascular de los sujetos que integran dicho trabajo (Roa 1995).

A mediados de los años 60, Framingham y Scoth confeccionaron un cuestionario de 300 elementos que medía tipos de comportamiento, reacciones de ira, estrés situacional, tensiones somáticas y movilidad sociocultural. Se aplicó este cuestionario a 1674 personas durante los años 1965-1967. De estos 300 elementos se elaboraron 20 escalas, una de ellas con 10 elementos denominada Escala tipo A de Framingham, los elementos fueron seleccionados por un panel de expertos con la intención de que representara las características básicas del PCTA (Haynes, Fenneib y Kannel, 1980; citados en Roa, 1995).

Esta escala valora en los individuos el sentido de urgencia de tiempo, impulso competitivo y percepción de presión de trabajo. Además, detecta la fatiga y la insatisfacción con relación a situaciones estresantes cotidianas que acompañan a los estilos de vida competitivo, control y satisfacción de trabajo (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996; Sheridan y Radmacher, 1992).

La forma de contestar los elementos es sencilla, la mitad de ellos son por elección múltiple y la otra mitad como verdadero o falso. Cada elemento constituye un valor, y la puntuación total del tipo A se obtiene sumando todos los elementos. Los sujetos que obtengan una puntuación por encima de la media de la muestra Framingham (subdividida de acuerdo a la edad y sexo) son clasificados como tipo A, mientras que los que puntúen por debajo son clasificados como tipo B (Roa 1995).

2.6.4. La escala valorativa de Bortner

La escala Valorativa de Bortner "Bortner Rating Scale", igualmente procede de la Entrevista Estructurada, fue desarrollada por Bortner y contrastada con la Entrevista Estructurada en una muestra de 76 hombres, 72 de los cuales pertenecían al WCGS (Roa, 1995).

Esta escala está formada por 14 elementos, cada elemento comprende dos frases o adjetivos ("Bortner Adjective Rating Scale") colocados en un mismo nivel en el papel, indicando en un caso una conducta Tipo A y en otro una Tipo B, en medio de ambas frases hay una línea dividida en 24 unidades. El sujeto debe hacer una marca en un punto de la recta según el nivel de coincidencia de su conducta con las descripciones propuestas. La puntuación total se obtiene midiendo el espacio que va desde el extremo B al punto señalado en la línea por cada sujeto, y se suman los valores obtenidos en cada elemento (Roa, 1995).

Utilizando la Entrevista Estructurada de Rosenman como un criterio de validación, las puntuaciones de la Escala Valoratoria de Bortner aparecía significativamente más elevadas en los hombres Tipo A que en los Tipo B. Mediante un análisis de regresión, Bortner determina las escalas más referidas a las puntuaciones de la Entrevista Estructurada y éstas forman una versión abreviada de siete ítems.

Esta escala ha sido utilizada en el Proyecto Mancomunado Franco-Belga, en el que se ha logrado la confirmación de la relación entre PCTA e incidencia de la enfermedad coronaria fuera de la cultura americana. En este estudio las personas con una puntuación dentro del cuarto inferior de la escala presentan una incidencia anual de enfermedades coronarias del 5.4%, mientras que las personas con puntuaciones dentro del cuarto superior presentan una incidencia del 9.2%.

2.6.5. Cuestionario desarrollado por Reynoso (1991)

En México no existía un instrumento de evaluación del PCTA hasta el año de 1987, en que se desarrolló un cuestionario para evaluar dicho patrón. El cuestionario está basado en la formulación conceptual de patrón de conducta Tipo A tal y como fue ofrecido por Friedman y Rosenman; supone al igual que el JAS, que el sujeto que responde dicho cuestionario realiza una sincera autoevaluación.

Este instrumento consiste en 20 ítems y es de opción múltiple, 19 de los cuales tienen cuatro opciones de respuesta y uno de ellos únicamente dos; así como sus puntuaciones oscilan de entre un mínimo de 20 puntos y un máximo de 78. Estos ítems evalúan la competitividad, agresividad, hostilidad e impaciencia. Solo existen tres categorías: No Sujeto Tipo A; No Clasificado y Tipo A, dicha clasificación se hace a partir de las puntuaciones que el sujeto obtenga a través de sus respuestas de este cuestionario. Es un cuestionario de fácil aplicación y puede ser aplicado a diferentes personas al mismo tiempo, con el cuidado de que no haya comunicación entre los sujetos.

Como lo señala Reynoso (1991), la finalidad de elaborar este instrumento es que a largo plazo se realizaran estudios de seguimiento y diseño y puesta en marcha de programas preventivos. Tanto para evitar la aparición de la enfermedad coronaria como para atenuar o eliminar conductas indeseables en el sujeto, que forman parte del repertorio de las denominadas Tipo A.

2.6.6. Otras escalas de evaluación

Además de los instrumentos elaborados específicamente para evaluar el PCTA y validados en estudios prospectivos, existen otros instrumentos que se han utilizado con esta finalidad, aunque son tests de personalidad convencionales, como el *Minnesota Multifasic Personality Inventory*, *MMPI* [Inventario de personalidad de minnesota], la *Gough adjective check list* [Escala de adjetivos de Gough], el *California psychological inventory* [Inventario psicológico de California], la *Thurstone temperament schedule* [escala de actividad de Thurstone], etc. En general, las correlaciones entre estos tests de personalidad y las medidas del PCTA han sido bajas (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

Eysenck y Fulker (1983; citado en Buela-Casal, Caballo, y Sierra, 1996) elaboraron un cuestionario para la evaluación del PCTA. Sin embargo, en sus investigaciones más recientes, en consonancia con su posición de referir los

componentes el PCTA a las dimensiones básicas de personalidad, estos autores utilizan el *Cuestionario de estrés-personalidad* compuesto de 182 ítems y una versión reducida de 70 cuestiones denominada *Inventario de reacciones interpersonales*. En una investigación desarrollada con dos muestras (una alemana y otra población de la antigua Yugoslavia) queda claro el valor predictivo de la enfermedad coronaria que posee este cuestionario en el caso de las personas pertenecientes al Tipo A.

Una vez expuestas estas formas de evaluación, es importante hacer mención, que muchas veces los instrumentos elaborados para medir o clasificar a las personas como tipo A o no A, se ven interferidos por variables ambientales, a las que no es posible controlar y que tienden a modificar los resultados.

Por ejemplo, Braustein y Toisler (1981) señalan que todos los componentes vitales del medio ambiente de un individuo, juegan un papel importante en el comportamiento. El avance tecnológico de nuestro país en este siglo ha alterado enormemente el comportamiento humano. Claramente, la conducta de la mayoría de nuestra población presente, difiere notablemente de lo que era hace 100 o 200 años cuando nuestra sociedad era agraria. Estas diferencias todavía pueden verse al comparar el comportamiento de aquéllas áreas urbanas y rurales de nuestro país. Por ello, y a grandes magnitudes, los cambios que ha traído la industrialización tiene beneficios para nuestra población, sin embargo, estos cambios también han traído nuevas amenazas a nuestra conducta y salud.

Tal es el caso de la contaminación atmosférica un efecto lateral prominente de avance tecnológico e industrialización; las toxinas químicas en el aire que nosotros respiramos, causa la irritación aguda de los pulmones y membranas mucosas; la exposición crónica de los nivel de contaminación atmosférica se han relacionado con la causa de ciertos tipos de cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas como el enfisema y asma; la exposición de la radiación es otro problema que ha acompañado el desarrollo moderno de la tecnología; los

químicos agrícolas: pesticidas, herbicidas, fungicidas, y nematocidas han sido eficaces para el aumento de la producción agrícola, y en cambio, representan un riesgo potencial en la salud de las personas; la contaminación del agua; la descarga de basura doméstica y escurrimientos de fertilizantes y otros químicos en los lagos y arroyos han promovido la propagación de ciertas enfermedades. Todos estos son factores que de manera directa o indirecta afectan a nuestra salud y por consiguiente nuestro comportamiento o viceversa. Y que además, son factores o variables que alteran en cierta medida los resultados arrojados por los instrumentos de medición de la conducta.

Así mismo, existen otras variables como son las sociodemográficas que están relacionadas con la conducta Tipo A, con base a algunos estudios, se ha encontrado por ejemplo, que los puntajes Tipo A son identificados en una mayor proporción entre directores y ejecutivos que entre trabajadores manuales. Con relación a la educación se observa más sujetos Tipo A en personas con nivel educativo universitario que con sólo educación primaria o secundaria. Curiosamente en Polonia los puntajes Tipo A son más comunes en las mujeres que en los hombres, mientras que en estados Unidos es lo contrario. No se observan diferencias entre fumadores y no fumadores, ni entre profesar o no alguna religión (Catipovic-Vaselica et al., 1995; citado en Tron, 1998).

Para finalizar a manera de resumen, en este capítulo se tuvo la oportunidad de conocer todo lo que se refiere al Patrón de Conducta Tipo A, desde cómo se fue desarrollando el concepto; la definición, estudios que se han realizado al respecto; características de los sujetos que lo presentan; modelos teóricos que han tratado de explicar el por qué se da o cuáles son las condiciones que propician este tipo de comportamiento, hasta los instrumentos que se han elaborado para la evaluación y detección del PCTA. En este trabajo se utilizará el cuestionario elaborado por Reynoso, ya que de acuerdo con el autor es un instrumento que puede ser eficaz para la predicción del patrón de Conducta Tipo A en México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dentro de los análisis que se han hecho en los estudios sobre el patrón de conducta se le ha puesto atención a los estilos de vida, ya que en esta frase se encierran conductas que son de alto riesgo para la salud. Por lo que en el siguiente apartado se presentará la definición de estilos de vida, que factores la componen y su relación con la salud.

CAPÍTULO 3

ESTILOS DE VIDA

3.1 Introducción

Los estilos de vida, un tema muy complejo y difícil, aún cuando es un término muy usado en la mayoría de las disciplinas, todavía no se sabe a ciencia cierta que se quiere decir con dicho concepto. Estilos de vida, qué es, para que sirve, y finalmente que se consigue:

Dentro de la tipología de los estilos de vida se trata pues de saber ¿quién hace qué?, ¿quién vota por quién?, ¿quién consume qué?, ¿quién lee qué periódico?, ¿quién prefiere qué programa de TV.?, ¿quién profesa qué opinión?, ¿quién es sensible a qué publicidad o discurso?, entre otras.

Ante estas interrogantes, es necesario hacer una análisis más detallado sobre los estilos de vida, por lo que Catbetat en 1984 propone dos conceptos prácticos de análisis y de acción: aspectos sociales (también llamados estilos sociales) y factores personales (mentalidad).

Los aspectos sociales en los estudios nacionales son retratos prácticos de formas de vida: describen grupos de individuos que comparten de manera significativa ideas y comportamientos prácticos muy parecidos en la mayoría de los aspectos del Estilo de Vida (economía, comercio, publicidad, vida familiar, trabajo, política etc.).

Los factores personales son retratos prácticos de sistemas de valores y de esquemas de adaptación al medio, que describen familias de individuos que comparten las mismas creencias fundamentales, las mismas percepciones del

mundo y las mismas reacciones, (valores, creencias, hábitos, tiempo libre, alimentación, sueño, actividad física).

Los aspectos sociales y los factores personales son dos sistemas de clasificación tipológicas de una población.

Los factores personales ofrecen una tipología más restringida, definida en términos más culturales de esquemas y de mecanismos generales de adaptación de las personas al medio y a la vida social.

Los aspectos sociales proponen una tipología más aguda definida en términos más vulnerables y prácticos de comportamientos y de exactitudes cotidianas, en la vida privada y social, económica y cultural. Estos aspectos sociales están más adaptados a los análisis tácticos de prácticas sociales (consumo, medios de comunicación, voto, prácticas culturales y comercio) y de la actualidad inmediata y concreta (actitudes sobre el pacifismo, impacto de un anuncio publicitario, popularidad de un personaje, etc.) (Catbetat, 1984).

Los aspectos sociales y los factores personales son una síntesis que integran toda la complejidad de las variables de Estilo de Vida, a todos los niveles de psicología y de comportamiento, y en todos los aspectos de la vida (Catbetat, op. cit.).

Un tipo de Estilo de Vida es pues la expresión más simple y sintética de la mayor complejidad que la psico/sociología práctica sepa hoy recoger y tratar.

Es importante mencionar que los estilos de vida no son la personalidad de un individuo sino su personaje social. Es decir, el Estilo de Vida es la manera en que la personalidad se adapte, censurando algunos de sus potenciales e hipertrofiando otros, ponderando sus características, al medio social. La imagen del vestir,

compromisos entre la expresión de la personalidad y las coacciones objetivas y subjetivas del medio, pueden ser utilizadas para relativizar el concepto de Estilo de Vida (Catbetat, 1984).

Otro concepto que se debe tomar en cuenta para comprender más el concepto de estilos de vida es el de "moda", que según este autor es una noción que reduce la complejidad mental del modo de pensar a un valor de referencia, es decir, por una parte los estilos de vida tratan pues de una complejidad de corrientes culturales, es un concepto que abarca muchos aspectos de la vida del ser humano, no sólo al individuo sino también a su contexto social, por lo que, Estilos de Vida es sólo un retrato de todo esto. Por el otro lado, tenemos que las modas sólo son ideas sociales pasajeras, que si bien es cierto, también son tomadas de corrientes culturales, ésta sólo se da por un momento, por determinadas circunstancias, su duración es muy poca, y así como termina una moda empieza otra, por ejemplo la moda de vestir, de peinar, de comprar algún objeto, etc. (Catbetat, op. cit.).

Dicho de otra manera, las modas son normas sociales inútiles, novedades indurables que se difunden en la sociedad, que exige un cierto grado de acatamiento y que controlan muchas cosas aparte del vestido entre ellas, la forma de peinado, la arquitectura, la pintura, la literatura, los métodos de enseñanza, el lenguaje, la forma de bailar, entre otros.

Otro autor comenta que las modas son novedades que aparecen y desaparecen rápidamente, son completamente superficiales y provocan una fascinación intensa, frecuentemente se les considera grotescas y caprichosas, llamándoseles algunas veces "locuras" (Alvarado y García, 1994).

Por ello es importante hacer mención de este concepto, ya que en algunas ocasiones se ha caído en el error de confundir los estilos de vida con la moda,

siendo dos conceptos diferentes. A continuación daremos algunas definiciones acerca del concepto de estilo de vida.

3.2 Definición

Según algunos autores el término no es preciso, y parecería que esta noción es un estilo de personalidad individual, sin embargo, denota un uso de manera colectiva de vivir. En psicología esta palabra es conocida por los trabajos realizados por Alfred Adler y David Shapiro (1965; citado en González y Guevera, 1999), quienes descubrieron estilos de vida de varias personalidades neuróticas.

Adler con frecuencia usa el término en un sentido colectivo, puntualiza que el estilo de vida de cualquier individuo es un patrón singular de pensamientos, sentimientos y actos que son únicos para el individuo y representan el contexto en el cual todas las manifestaciones específicas se toman en consideración (González y Guevera, op. cit.).

Algunos ejemplos que vienen a la mente cuando se piensa en Estilo de Vida son los que corresponden más de cerca de un Estilo de Vida en el sentido popular del término. El estilo de vida Bohemio, estilo de vida Hippy, que de una manera u otra cubre una vida feliz despreocupada, de un tipo no adquisitivo, que valora la satisfacción y la plenitud personal por encima de lo dictado por la ética de trabajo (Heribert, 1998).

Después de haber expuesto lo anterior ¿Qué se quiere decir por el término Estilos de Vida? En su sentido más amplio, esto se refiere a las experiencias y eventos que constituyen el modelo diario de vivir de un individuo, incluyendo:

1. dónde vive y las condiciones de su ambiente en casa.
2. qué tipo de trabajo hace y las condiciones que rodean esta actividad
3. lo que come y lo que bebe

4. sus hábitos personales (por ejemplo, fumar, beber, el uso alguna droga, etc.)
5. el grado de actividad física en la que él se compromete
6. los tipos de actividades recreativas en las que participa
7. y finalmente, su familia y amigos (Braunstein y Toisler, 1981).

Todos son componentes vitales de un individuo dentro de su Estilo de Vida y que también juegan un papel muy importante en su estado de salud.

El término de Estilos de Vida ha tenido diversos significados, en este sentido Coreil, Levine y Jaco (1985; citados en Trejo, 2001), encontraron que el término de estilo de vida fue utilizado por primera vez en el Index medicus, donde se utilizó en el sentido de comportamiento específico identificado como factor de riesgo para enfermedades, principalmente el uso del tabaco, los hábitos de consumo de alcohol y drogas, el control de peso y la dieta, la realización de ejercicio, el manejo de estrés en familia, trabajo, entre otros.

Por otro lado, Nordby y Calvin (1979) definen el estilo de vida como "un conjunto de motivos distintivos originales; cualidades, intereses y valores que se muestran por sí mismo en cada acto que desempeña una persona".

Autores como Davison y Davison (1980; citado en García, Giron, y Victoria, 1996), señalan que los estilos de vida se refieren a "un sin numero de patrones de conducta que se manifiestan en el diario vivir".

Sánchez y Singer (1989; citado en González y Guevera, 1999), entiende por estilos de vida el conjunto de actitudes, conductas, concepciones y emociones que conforman el vivir continuo del individuo, en su casa, en su escuela, en su trabajo, en su comunidad, entre otros.

Moreno (1993; citado en González y Guevera, 1999), afirma que los estilos de vida no son otra cosa que las formas de realizar diferentes actividades, rutinas cotidianas o hábitos: hora de vigilia o de descanso, modalidades de alimentación y número de comidas diarias, hábito de fumar, consumo de alcohol y otros estimulantes, ejercicio físico, utilización de servicios de salud, entre otros.

Napalkov (1995; citado en González y Guevera, op. cit.), hace una consideración muy importante al concepto de los estilos de vida, no significan sólo hábitos nocivos o comportamientos inadecuados, son también las condiciones básicas de la vida, que a menudo no dependen del comportamiento o los hábitos de un individuo dado. Por ejemplo la calidad de aire, del agua de beber y del suelo son factores ambientales que dependen fundamentalmente del comportamiento de comunidades enteras más que de individuos.

Por lo tanto, en este trabajo se definirá el estilo de vida como un modelo o una síntesis de todos los factores que integran nuestro comportamiento en todos los aspectos de nuestra vida y cómo este modelo de comportamiento es adoptado en el transcurso de nuestro ciclo de vida.

En suma, los estilos de vida se refieren a los hábitos de las personas, a sus límites, reglas y prácticas cotidianas a los que las personas estén acostumbradas, estos aspectos, toman un papel importante dentro de la calidad de vida, ya que si se lleva una adecuada práctica de los patrones de conducta y actitudes ante las situaciones actuales del individuo, se podrá contar con un Estilo de Vida satisfactorio.

3.3 Factores que intervienen en los estilos de vida

Es importante resaltar lo que comenta Catbetat (1984), que para tener un mejor análisis de los estilos de vida es necesario hacer una diferenciación entre los aspectos sociales y los factores personales, que como ya se mencionó el conjunto de estas dos partes es lo que se le llama estilos de vida.

Por una parte, los aspectos sociales son retratos prácticos de formas de vida: describen grupos de individuos que comparten de manera significativa ideas y comportamientos, los estilos de vida en este rubro integran factores tales como: economía, comercio, publicidad, trabajo, vida familiar, política. Y por otra, los factores personales son retratos prácticos de sistemas de valores y de esquemas de adaptación al medio, que describen familias de individuos que comparten las mismas creencias fundamentales, las mismas percepciones del mundo y las mismas reacciones (valores, creencias, hábitos, cuidados médicos, tiempo libre, alimentación, sueño, ejercicio físico, etc.).

El hecho de hacer una separación de los factores que intervienen en los estilos de vida sólo es hacer un análisis más detallado de este concepto, ya que un estilo de vida es una síntesis, un retrato o un conjunto de todos estos elementos que aquí presentamos y que están implícitos en el individuo, en su diario vivir.

A continuación, presentaremos brevemente algunos de los factores más importantes y que tienen una función básica en los estilos de vida; en primera instancia, tenemos los factores de estilos de vida sociales, los cuales son:

LA ECONOMÍA: es un factor que complementa el análisis del retrato complejo del Estilo de Vida, cada "aspecto social o factor personal" trata un retrato concreto de la vida económica y del consumo, de forma detallada y en

todos los sectores, esto hace referencia desde un simple ahorro hasta los seguros, los impuestos a los gastos de consumo, el gasto del equipamiento para el hogar, los gastos de viaje y vacaciones, el coche, y todos los gastos referentes a la higiene/belleza (Catbetat, 1984).

La economía es un factor práctico de análisis económico que matiza útilmente los grandes índices nacionales, subrayando conductas económicas y financieras.

POLÍTICA: se puede hablar de un marketing social, igualmente de marketing político (en un sentido de análisis sistemático de las interrelaciones entre las voluntades institucionales y las aspiraciones o disponibilidades de las poblaciones), y la misma información es útil para el marketing comercial, en niveles tanto de comportamiento como de la psicología, son inventariadas en el retrato de cada estilo social y micro-cultura:

- sensibilidad relativa, juicios positivos o negativos sobre las imágenes "institucionales" de los servicios públicos, partidos políticos, hombres de Estado;
- comportamientos cívicos en diferentes campos, por ejemplo voto, trabajo, fiscalidad;
- actitudes de aceptabilidad de las innovaciones reglamentarias (por ejemplo, seguridad en las carreteras) o de los proyectos legislativos
- juicios sobre los modos de comunicación social y los procedimientos de propaganda política (Catbetat, 1984).

COMERCIO Y PUBLICIDAD: más allá de los comportamientos, los análisis de las imágenes de marcas, los estudios de mercado, de tiendas, de centros comerciales, de productos, por mencionar algunos, los retratos de estilos de vida ofrecen la posibilidad de adaptar la publicidad y la comunicación a las sensibilidades de los públicos, de esta manera las personas se identifican con

mayor rapidez a ciertos productos y por consiguiente el consumo es mayor (Catbetat, op. cit.).

TRABAJO: reacciones contra leyes sociales, a los comportamientos sindicalistas, actitudes que conciernen la jerarquía, la aceptabilidad de nuevos ritmos y condiciones de trabajo; la tipología de estilos de vida es un instrumento de reflexión y muy útil de formación para las empresas y los compañeros sociales sobre las relaciones de trabajo y la formación. Más ampliamente, el conocimiento de las motivaciones del trabajo, de las actitudes frente a la crisis y al paro, del horario, permite entender mejor el lugar que ocupa el trabajo en la vida (Catbetat, 1984).

FAMILIA: finalmente, en el corazón de todas estas informaciones el "estilo social" al igual que la micro-cultura proponen un retrato de la vida privada.

La familia, que es considerada como una dinámica interrelacional, que se establece a través de un lazo consanguíneo, es decir, con su familia de origen; en donde se busca reforzar y fomentar una práctica de vida que conocieron con sus padres y familiares, se reproduce así el sistema familiar que conocieron sus antepasados, como una forma de establecer y transmitir valores morales, civiles y éticos a sus integrantes (Alvarado y Sánchez, 1997).

Para Sánchez (1974), la familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para su supervivencia y su crecimiento. Así mismo, confirma, la familia es un troquel en donde el ser humano va formando una personalidad emotiva y social que irá fortaleciendo o disminuyendo en todos los casos un conjunto de capacidades, que si bien son cognitivas, se sabe que la única forma de realizarlas es a través de la sociedad.

Mas allá de su aplicación operacional, esta información constituye el esquema federador del Estilo de Vida donde se unen todas las actividades sociales y personales, las actitudes y comportamientos, las inercias y los dinamismos, los condicionamientos y las desestabilizaciones (Catbetat, 1984).

Y por otra parte tenemos los factores personales (mentalidades), que al igual que los anteriores, sólo se mencionaran de manera breve para tener un panorama un poco amplio sobre los estilos de vida, estos son:

VALORES: descriptivamente se puede decir que "tiene valor" todo lo que es útil, deseable o admirable, para la persona o grupo.

Los valores contienen un elemento de juicio pues incluyen las ideas del individuo sobre lo que es correcto bueno o deseable, supongo algo más que la mera aceptación personal de la validez de los juicios acerca de ciertos hechos; no son únicamente una creencia, sino que llevan implícito un juicio recto (Kolasa, 1981). Los valores representan lo que se tiene por deseable, no lo que se desea, también atributos de contenido y de intensidad. Los primeros indican, que un modo de conducta o estado final de existencia es importante. Los de intensidad, por su parte, especifican su grado de importancia, es decir, los valores de un individuo en función de su intensidad (Robbins, 1987).

De esta forma, los valores son entendidos como los ideales que comparten y aceptan explícita o implícitamente los miembros de una cultura y que por consiguiente, influyen en su comportamiento; en otras palabras, son todas aquellas cosas y conductas que la sociedad considera importantes (Jiménez y Reyes, 1993).

Las funciones de los valores según Fichter (1977) son los siguientes:

1. proporcionan medios fáciles de juzgar el valor social de las personas y

colectividades; 2. centran la atención de las personas en objetos culturales que se consideran como deseables, útiles y esenciales; 3. son modos ideales de pensar y de comportarse en una sociedad; 4. son guías para las personas en el cumplimiento de los roles sociales; 5. actúan como medios de control y presión social y 6. funcionan como medios de solidaridad.

Como ejemplo de ello podemos decir que los valores se transmiten de generación en generación y están implícitos en los estilos de vida que se deben desempeñar por el hombre o la mujer en el plano familiar; el hombre conceptualizado como el fuerte, inteligente, capaz de proveer el sustento económico y material, quien dará seguridad social a todos los integrantes de la familia. Por el contrario, a la mujer se le atribuyen los aspectos maternos, vedándole la sexualidad en edad temprana y premiándole la procreación, además se le delegan las labores rutinarias del hogar. La consecuencia lógica de tal escala de valores, es la falta de comunicación, afecto y acercamiento a la pareja, aspectos que serán resentidos por los hijos de éstos (Alvarado y Sánchez, 1997).

CREENCIAS: en una sociedad, sus miembros comparten ciertos conocimientos y creencias, es decir, están de acuerdo en que determinadas afirmaciones son ciertas y verdaderas.

De esta manera, los estilos de vida de individuos que integran un grupo, estarán influenciados por su sistema de creencias, es decir, por cómo concibe al mundo que lo rodea, sus convicciones más profundas y no únicamente por sus caprichos, el núcleo del sistema de creencias está constituido por actitudes y por los valores fundamentales.

Para Kolasa (1981) una creencia es la aceptación de un enunciado o conjunto de circunstancias. Cuando se afirma que se cree algo, se está indicando que para una persona esto es así; es aquello que el hombre acepta sin razonar, lo

que no intenta justificar porque se justifica por sí mismo, aquello que por ser evidente para el ser humano éste no cae en cuenta que puede verse de otra forma a como él la ve.

En suma, las creencias dan un punto de referencia que intenta controlar los pensamientos o acciones más específicos del individuo; aportan elementos estabilizadores y contribuyen al orden y al control, debido al hecho de que son un producto social que nace de la interacción simbólica. Son experiencias compartidas y no tienen significado fuera del contexto social. Se dan y se mantienen a través de la comunicación.

HÁBITOS: los hábitos, un fenómeno que emerge en el transcurso de la vida social y puede variar a lo largo de ésta. Son formas de conducta que han llegado a adquirirse por la repetición de un mismo acto. Hace fácil y familiar cualquier acción específica (Martínez, 1975).

El hábito entraña una facilidad adquirida para actuar de una determinada manera, sin necesidad de recurrir al juicio o a la reflexión. Son usos establecidos por el tiempo, que han llegado a ser gradualmente aceptados como formas apropiadas de conducta. Se sancionan por la tradición y se apoyan por la presión que ejerce la opinión del grupo (Chinoy, 1987).

Se puede afirmar entonces que, los hábitos son autónomos y difícilmente modificables, e implantados en etapas tempranas son indicadores de Estilos de Vida, y nos pueden decir en qué grado la gente se ha mecanizado e involucrado en una sociedad cambiante y llena de tecnología (Alvarado y García, 1994).

TIEMPO LIBRE: primero hay que definir qué es el tiempo libre. Según algunos autores comentan es el tiempo que queda después del trabajo; otros más

opinan que el tiempo libre es el que queda libre de las necesidades y obligaciones cotidianas y se emplea en lo que uno quiere.

Asimismo, Figueroa (1995; citado en González y Guevera, 1999) concibe el tiempo libre no sólo como un espacio para el descanso y la diversión, sino también, y quizás principalmente, como la posibilidad del desarrollo de las cualidades creativas y transformadoras de la persona, la procuración y creación de estrategias que conduzcan a dichos fines es una tarea prioritaria en los tiempos modernos, en los cuales el desarrollo creciente de la automatización de todas las actividades productivas, así como los servicios, han generado disminución tanto en el tiempo dedicado a la jornada laboral como en el desempeño de las tareas cotidianas.

El tiempo libre es por lo tanto, un factor importante que conforma los estilos de vida de las personas que se convierten en un instrumento de aculturación, ya que a través de éste se producen y reproducen actividades y valores con la transmisión no sólo de paquetes recreativos, sino de actitudes y creencias.

De ahí que en materia de apoyos recreativos para la juventud se complete como objetivo primordial la promoción del desarrollo de actividades de extensión formativas que fomentan el uso creativo del tiempo libre, y que estimulen el deseo de conocer, aprender y capacitarse.

Con estas definiciones podemos poner en tela de juicio dos cuestiones que obstaculizan la apropiación adecuada de nuestro tiempo libre.

1. Creer que el tiempo libre es secundario, poco importante o peor aún, negativo: "El ocio es la madre de todo los vicios", dice el dicho.
2. Creer que el tiempo libre se da espontáneamente sin ninguna determinación y por ello, no es motivo de atención, construcción, cuidado o preocupación.

Aguado (1995, citado en González y Guevera, 1999) considera que la salud de los sujetos se favorece en la medida en que sus actividades vitales logran "alimentar" las diferentes esferas del ser humano. Una buena parte de estas necesidades del ser humano se logran en el tiempo libre, ya que si hiciéramos un símil con la alimentación, el mayor volumen de nutrientes se encuentra en las proteínas, carbohidratos, grasas y agua, en menor volumen pero indispensables en los minerales y vitaminas; en esta metáfora, el tiempo libre serían las vitaminas y minerales de nuestras actividades, que aunque en pequeñas cantidades son indispensables para lograr un equilibrio vital.

Es por eso que dentro de este espacio llamado tiempo libre se deben fomentar algunas conductas que beneficien nuestra salud, tal es el caso de las conductas como el ejercicio físico, los cuidados médicos y psicológicos, la recreación, entre otros y de hacer una revisión de todos los rubros que integran nuestros estilos de vida.

ALIMENTACIÓN: todos los organismos vivos necesitan, para realizar el programa genético que tiene marcado, material energético y de estructura que obtienen mediante la alimentación, esto nos indica que comer es una necesidad primaria, aunque en torno a la misma se entrelazan un sinfín de sensaciones, conscientes e inconscientes, hábitos y factores culturales, amén de unos condicionamientos económicos importantes, tanto en las naciones desarrolladas como en los países en desarrollo, la transformación de los alimentos y de los estilos de vida han repercutido notablemente en el estado de salud de los ciudadanos durante las tres últimas décadas. La urbanización, junto con las presiones sociales y económicas resultantes, han favorecido en los países en desarrollo la adopción de regímenes alimenticios análogos. Los alimentos ricos en fibras y pobres en grasas animales han sido sustituidos por otros con alto contenido de hidratos de carbono y grasa animal y así ha aumentado la ingestión

de calorías a la vez que ha ido disminuyendo el ejercicio físico (Musaiger, 1991; citado en González y Guevera, 1999).

El desarrollo de las potencialidades físicas, fisiológicas y psicológicas del ser humano exigen una buena nutrición, que a su vez dependa de varios factores, entre los cuales la alimentación juega un papel fundamental (Bourges, 1987).

El comer es una actividad cotidiana, importante en la vida de todas las personas, de tal modo que los excesos, las deficiencias, los desequilibrios, los desvalances crean problemas en la persona no sólo en los aspectos fisiológicos del organismo corporal, sino en la personalidad psicológica y en las relaciones con los demás, de tal forma que de manera circular y multicausante la alimentación influye en esas variables y éstas en la alimentación (Virveda, 1995).

En el aspecto psicológico se retoma la adquisición de hábitos alimentarios en el seno familiar. Así, mucho de lo que define y delimita nuestra actitud ante la vida, el aprecio que se le da a la salud y a la alimentación, depende tanto de los valores propios de la cultura, así como de la percepción que se tenga de la vida misma (Avila, 1982, citado en Martínez, Medina y Quiroz, 1997).

Como ejemplo de esto, podemos decir que la cultura es un sistema de categorías, reglas, valores, procesos e ideales que los gobiernos estructuran en la sociedad. La cultura es ciertamente el factor más poderoso y determinante sobre el peso del cuerpo, debido a la creencia que actualmente tienen algunas personas de ciertas culturas, acerca de que el sobrepeso es una manifestación de salud y riqueza, no obstante la delgadez ha ido incrementando y extendiendo su valor como ideal cultural (Striegel-Moore, 1995, y Cooper, 1995, citados en Martínez, Medina y Quiroz, op. cit.).

A veces factores relacionados con la vida moderna, como la falta de tiempo disponible, condicionan la compra y preparación de los alimentos, lo que influye enormemente en el tipo de alimentación. Por otra parte, se ha de contemplar la cuestión de la distribución y horarios de comida. Vemos pues que el hombre no puede tener un ritmo de alimentación que dependa solamente de sus necesidades biológicas, sino que debe adaptarse al trabajo, a los hábitos familiares y demás condicionamientos, de modo que hay individuos que llegan a adquirir la costumbre de comer solamente 1 ó 2 veces al día (Cervera, 1994, citados en González y Guevera, 1999).

Stollerma (1994, citados en González y Guevera, op. cit.) considera también que los factores que integran el estilo de vida tienen fuertes repercusiones en la alimentación, sobre todo se puede notar en la existencia de horarios fijos de trabajo, que han afectado a los hábitos de consumo de alimentos, por ejemplo, en mundo occidental y de algunos países en desarrollo, el almuerzo está perdiendo importancia y contiene menos carne y patatas, y más huevo y queso que en épocas anteriores, así como la cena se ha convertido en la comida principal del día.

Otro aspecto importante de los estilos de vida es el que se refiere a costumbres y tradiciones que en muchos casos aún cuando se dispone de los medios económicos suficientes para la adquisición de los alimentos, hay ciertos tipos de alimentos que no se consumen por que la gente no los sabe preparar o no ha adquirido el gusto por consumirlos. Los estilos de vida de algunos núcleos familiares, origina la desnutrición de los menores, pues se da preferencia al hombre que trabaja, en detrimento de los niños pequeños (Barquin, 1981; citado en González y Guevera, 1999).

EJERCICIO FÍSICO: la actividad física vigorosa y habitual parece reducir el riesgo de la enfermedad, por lo que puede desempeñar un papel importante en la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

prevención de algunas de las enfermedades más frecuentes como las cardiovasculares, el exceso de grasa y las alteraciones del aparato locomotor, además las actividades físicas pueden ayudar a muchas personas a superar sus tensiones emocionales y la inestabilidad mental, la actividad física debe ser considerada como una actividad esencial, que nuestra manera actual de vivir (estilo de vida) ya no puede satisfacer de manera espontánea. Por lo tanto la inactividad del hombre ha aumentado el ocio, ésta ha provocado que algunos individuos intenten conseguir una salud sólida y una vida feliz a través de un esparcimiento activo, que incluya alguna actividad deportiva que le permita mejorar su nivel de forma física (González y Guevera, 1999).

Además, el deporte constituye un subsistema social, con estructuras, reglamentaciones, actividades y definición propia, por esto se debe de aceptar que el deporte es un ducto generador de actitudes y comportamientos específicos. Las benéficas características que se le han atribuido (como modelador de personalidad, factor de socialización, valor educativo, moral y cultural), han motivado a la sociedad a comprometerse con actividades físicas, asumiendo el deporte como un valor sociocultural además de contribuir al movimiento de la salud personal que cada integrante de la sociedad o cultural en general debe de tener (González y Guevera, op. cit.).

Sin embargo, dentro de los estilos de vida, se han observado diferencias en cuanto a su práctica, ya que algunas personas realizan deportes por diversión, para mejorar su estado de salud, y para prevenir enfermedades cardiovasculares, mientras que otros, en cambio, recurren a los ejercicios con la única finalidad de mejorar su silueta, perder peso, y en general tener un cuerpo estético, no importando si el ejercicio que practican les pueda causar alguna lesión física que afecte su salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUEÑO: por término medio pasamos durmiendo entre el 30% y el 40% de la vida. Es natural, pues, a veces el día nos parece demasiado corto. Aunque parezca extraño. Los estudiosos no saben realmente porqué dormimos tanto, ni siquiera realmente por qué dormimos.

La mayoría de las personas regula los periodos de sueño y vigilia con arreglo a hechos externos, entre ellos cambios de intensidad luminosa entre el día y la noche, horas de comida y hasta el ruido de los despertadores.

Cuando existe un cambio radical de los patrones del dormir se altera el ritmo cardíaco y se puede presentar fatiga o desorientación, así mismo mencionan Colligan, Frockt y Tasto (1978, citados en González y Guevera, 1999) que se presentan cambios similares en la actividad física y psíquica de los empleados que han estado en turnos distintos. Entre otras cosas consumen más bebidas alcohólicas y somníferas, sufren más problemas digestivos, trastornos menstruales, resfriados, nerviosismo, fatiga y también comentaron que sus relaciones sexuales eran menos satisfactorias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.4 Estilos de vida y salud

Los estilos de vida constituyen una de las principales garantías de salud, pero también contribuyen al desarrollo de diversas enfermedades, de tal modo, que en el mosaico multifactorial que subyace a las enfermedades, denominadas de la "civilización" se ven involucradas en actitudes y comportamientos inadecuados que vienen influenciados por el exceso en el consumo, lo cual es la forma de comunicación actual (Del Rey y Calvo, 1998; citado en Trejo, 2001).

Como ya se ha mencionado con anterioridad los estilos de vida involucran diversas conductas que son factores de riesgo para el deterioro de la salud, por ejemplo, fumar, beber en exceso, usar drogas, comer dietas con altos contenidos de grasa y colesterol, mantener siempre un sobrepeso, realizar poca actividad física, conducir con exceso de velocidad. Así observamos que mucha gente realiza conductas que no protegen su salud, sin embargo, ¿qué hace la gente para proteger su salud? (Trejo, op. cit.).

Es importante que para determinar si los estilos de vida tienen un impacto negativa o positivo en la salud, estos dependerán de los factores culturales de una sociedad, ya que ésta influye en la forma por la cual la gente valora los estilos de vida específicos como los hábitos de beber, comer o las actividades físicas. Dependiendo del modelo de comportamiento específico adoptado y dependiendo de su lugar en la cultura de una sociedad.

A partir de esta perspectiva muchos de los llamados modelos de comportamientos "autodestructivos" como el consumo masivo de alcohol y de tabaco son concebidos como resultado de un desajuste más o menos permanente entre una persona y su entorno.

En los últimos años el modelo de enfermedad ha cambiado dramáticamente en todas las sociedades industrializadas. En los primeros días las enfermedades infecciosas eran responsables principales de la mortalidad y morbilidad. Hoy en día explican sólo un pequeño porcentaje de las muertes. Durante el mismo período, la mortalidad y morbilidad a partir de enfermedades crónicas no infecciosas, como enfermedades cardiovasculares, cáncer o pérdida de facultades por accidente, ha crecido fuertemente. Por ello ha crecido el interés sobre los temas de estilos de vida en la salud y que es un indicador de la crisis de la medicina moderna.

Es importante mencionar que existe la creencia en la gente que la tecnología médica lo puede hacer todo, por lo que lo mejor que puede hacer por su propia salud es ir a ver al médico. Estas actitudes y comportamientos creados y mantenidos por nuestros propios servicios de salud son una parte importante de nuestro tema: los estilos de vida relacionados con la salud (Catbetat, 1984).

Como producto de algunas investigaciones epidemiológicas médicas se han generado conocimientos sobre la relación entre estilos de vida y salud. Resumiendo esto de la siguiente manera: las personas practican estilos de vida insanos por su propia voluntad, es decir, los estilos de vida insanos son fundamentalmente culpa de las mismas personas. Por ejemplo, el número de cigarrillos por día, cantidad de calorías consumidas, consumo del alcohol, falta de ejercicio físico, entre otros (Catbetat, op. cit.).

Observando estos datos parece quedar claramente demostradas dos cosas: primero, el modelo de factor de riesgo de epidemiología médica es sólo de muy limitado valor, ya que los factores de riesgos biológicos son responsables de menos muertes por enfermedades de las que se supone son los principales agentes causantes. Y el segundo punto, es importante destacar que el medio ambiente y la personalidad parecen ser los predictores más importante de la

mortalidad y morbosidad, por ejemplo, el patrón de conducta tipo A y las enfermedades o la muerte coronaria.

Como ya se menciona, el factor medio ambiente es uno de los más tradicionales e importantes predictores que afectan los estilos de vida y la salud. Por lo que podemos decir, en general, que cuanto más factores de riesgo existan en el medio ambiente más probabilidades hay de que la gente tenga estilos de vida malsanos (Catbetat, 1984).

Es importante hacer mención de puntuaciones concretas sobre la perspectiva científica en el campo de la investigación sobre la salud. Como ya se ha mencionado, los científicos sociales asumen que los factores como la privación social, el estrés psicosocial, las redes sociales, la conducta de enfrentar o asumir la situación, los estilos de personalidad, las normas culturales y las tradiciones juegan un papel importante en la etiología del infarto de miocardio y otras enfermedades de amplia difusión. A continuación me gustaría centrarme en un mecanismo o camino posible mediante el cual el contexto social y psicológico de la salud relacionado con el comportamiento podría influenciar el estatus de la salud de las poblaciones: el común de los estilos de vida (Catbetat, op. cit.).

En los últimos treinta años se ha acumulado un cuerpo considerable de evidencias que indican que ciertos estilos de vida comunes, especialmente fumar cigarrillos, consumo de alcohol y actividad física contribuyen a la salud o enfermedad. Es bien conocida, por ejemplo, la relación estadística entre varios así llamados factores de riesgo o modelos de comportamientos autodestructivos y las enfermedades coronarias del corazón. Al principio de los años setenta Belloc y Breslow (citado en González y Guevera, 1984), afirmaron una asociación entre el estatus de salud física óptimo y varias prácticas relacionadas potencialmente con la salud como: no fumar, actividad física, no consumo o consumo moderado de alcohol, peso normal, dormir siete u ocho horas por la noche.

Desafortunadamente, los mecanismos fisiológicos que funcionan aquí son bastantes complejos. Las investigaciones más recientes indican, por ejemplo, que el consumo de alcohol puede estar asociado negativamente con las enfermedades coronarias de corazón pero asociadas positivamente a la mortalidad por el cáncer. Pero a pesar de alguna evidencia a veces confusa e incluso contradictoria, no puede haber duda alguna de que los estilos de vida son de alguna importancia para predecir los índices de mortalidad en las mujeres y hombres.

Por lo tanto podemos observar que los estilos de vida están íntimamente relacionados con las conductas de salud y los factores de riesgo. Esto es que comportamientos como fumar cigarrillos, consumir alcohol en exceso, consumir dietas inadecuadas, hacer poco ejercicio físico, o manejar imprudentemente están estrechamente relacionados con las tres causas de muerte más importantes en la actualidad: corazón, cáncer y accidentes en carretera. Las personas adquieren sus conductas saludables o no saludables a través de los procesos de aprendizaje, lo cual ocurre con experiencias directas o con la observación de otras personas, así, si la conducta llega a estar bien estabilizada se convierte en habitual, esto es, que la gente empieza a hacer estas conductas de manera automática y sin conciencia de ello. Por ejemplo, cuando un individuo sentado en su escritorio abre una cajetilla de cigarros y comienza a fumar un cigarro tras otro, de manera automática, hasta que el humo molesta su garganta, se da cuenta de tal conducta; es así como las conductas pueden haber sido aprendidas porque fueron reforzadas por consecuencias positivas y dependientes de los estímulos en el ambiente con el cual fueron asociados (Trejo, 2001).

Por lo tanto, podemos afirmar que nuestro estilo de vida representa un complejo resultado de muchos factores personales, interpersonales, ambientales y sociales los cuales no sólo se originan de nuestra situación actual sino también de nuestra historia y de los factores hereditarios. Por lo que cualquier cambio que se

deba hacer debe involucrar las condiciones del presente y nuestro proceso histórico.

Otro problema que podemos encontrar en el cambio de los estilos de vida insanos por los saludables es que las conductas saludables son menos placenteras que las menos saludables lo cual puede producir un estado de conflicto, mucha gente cree balancear este conflicto poniendo límites razonables en sus conductas no saludables, pero mucha gente no lo hace. Otros optan frecuentemente a favor del placer prometiendo hacer cambiar en el futuro, por ejemplo, la próxima semana empezaré la dieta. Así mucha gente se hace más daño que beneficio (Trejo, 2001).

Otra dificultad para adoptar estilos de vida de bienestar puede requerir cambios en las conductas que son muy habituales y que involucran adicciones, como el cigarrillo y estas conductas son extremadamente difíciles de modificar, otro problema es que la gente no se siente motivada para realizar cambios en su conducta puesto que las consecuencias positivas de la conducta saludable no son inmediatas, tal como hacer ejercicio para verse bien.

La gente también encuentra problemas en sus esfuerzos por proporcionarse bienestar, puesto que cada familia cuenta con individuos, cada uno con sus motivaciones y hábitos, así supongamos que un miembro de la familia desea consumir menos colesterol, pero los demás están en desacuerdo, tal situación provocará fricciones entre los miembros, y otros conflictos interpersonales pueden suceder entre amigos, compañeros de escuela y de trabajo (Trejo, op. cit.).

El conocer los estilos de vida de los individuos es importante para el psicólogo de la salud, puesto que al comprender la relación entre el ambiente y los comportamientos, podemos buscar los medios necesarios para prevenir la adopción de aquellas conductas que tienen potencialmente un efecto negativo

para la salud, así como para modificar tales estilos de vida en las personas que los practican, siempre considerando los factores ambientales y no sólo los individuales (Trejo, 2001).

La salud constituye un interés general para todas las personas, pero cuando se trata de actuar individual o colectivamente para mejorar no siempre representa suficiente atractivo. Ya que el estilo de vida de un individuo asociado a conductas sanas, puede servir también como protección (llamada inmunógeno conductual) contra la muerte prematura. Así, la investigación de Beloc y Brestlow (1972; citado en González y Guevera, 1999), ha identificado conductas deseables, que cuando se practican regularmente se asocian con un riesgo disminuido de mortalidad. Algunas de esas conductas son: dormir de 7 a 8 horas, desayunar casi todos los días, nunca o casi nunca comer entre comidas, peso recomendable de acuerdo a la estatura, no fumar, no tomar más de cuatro bebidas por ocasión y comprometerse a realizar una actividad física.

Por otra parte, es importante mencionar que dentro de la revisión teórica, se encontró un instrumento que puede proyectar los estilos de vida de las personas, este instrumento "Salud. Estilos de Vida y Comportamiento" (SEVYC), fue elaborado por el Dr. Sánchez Sosa y la Dra. Hernández Guzmán en 1990, y consta de 178 ítems. Este cuestionario está dividido en dos partes, la primera de ella consiste en 78 ítems que contienen información general, además de una lista de problemas de salud que cualquiera de nosotros puede tener en distintos momentos de nuestra vida. La segunda parte hace referencia a nuestra historia familiar o personal y son los 100 ítems restantes (Sánchez y Hernández, 1990). Dicho instrumento es de opción múltiple y de muy fácil aplicación, la finalidad de éste, es la recopilación de información relacionada con la salud, los estilos de vida y del comportamiento. Por lo que consideramos que es el instrumento que más se acerca a al objetivo de la investigación.

A manera de resumen, en este capítulo se presentaron algunas definiciones del concepto de Estilos de Vida, así como algunos factores que han contribuido de una manera u otra al desarrollo de enfermedades o peor aún, ser de las tres causas de muerte más importantes: corazón, cáncer y accidentes en carretera y finalmente con la salud.

Partiendo de la información recopilada en estos capítulos, a continuación se presentará la estrategia metodológica planteada en este estudio, la cual tiene el fin de observar si existe relación entre estilos de vida y el patrón de conducta tipo A, así mismo, conocer si las personas que presentan este patrón, coinciden en un estilo de vida particular.

MÉTODO

En este trabajo se utilizó un estudio descriptivo correlacional.

Sujetos: la muestra estuvo representada por 86 sujetos los cuales debían cubrir tres criterios básicos: un nivel mínimo de estudios de licenciatura o a finales de la carrera, que estuviesen trabajando y de acuerdo con los reportes o comentarios de las personas que laboraban con ellos, presentaban características de comportamiento Tipo A, por mencionar algunos, hostilidad, urgencia de tiempo, competitivos, implicación en múltiples actividades.

Materiales: se utilizó el cuestionario de patrón de conducta tipo A de Reynoso (1991) donde se tomaron en cuenta de la pregunta 2 a la 19 debido a que la pregunta número uno se refiere a la antigüedad del trabajo y dicho factor no fue contemplado en esta investigación. Por lo que se elaboró una nueva escala para calificar el cuestionario, tomando en cuenta sólo los 19 reactivos (ver anexo 1) y se utilizaron las clasificaciones propuestas por el autor de este instrumento (tipo A, no clasificado y no tipo A).

Así mismo también se utilizó el cuestionario de Comportamiento, Estilos de Vida y Salud (SEVIC), el cual consta de 178 preguntas de opción múltiple de las cuales sólo se seleccionaron 67 preguntas que eran las que más se acercaban al objetivo de la investigación y se agregó una pregunta la cual se refiere a la forma de ocupar el tiempo libre (ver anexo 2).

Escenario: la aplicación de estos cuestionarios fue en los lugares de trabajo de estas personas y/o en sus hogares.

Procedimiento: una vez seleccionados, se concertaron citas con los sujetos y/o se capacitó a uno de los compañeros de trabajo de las personas que presentaban dichos criterios de selección, para la aplicación del cuestionario patrón de conducta tipo A elaborado por Reynoso y el de Comportamiento, Estilos de Vida y Salud (SEVIC).

RESULTADOS

Una vez recopilados los datos, se procedió a la captura y análisis de los mismos a través del programa SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales). A continuación se presentará la descripción de los resultados: la muestra estudiada constó de 86 sujetos, de los cuales 46 fueron mujeres y 40 hombres; con un rango de edad de 19 a 61 años y la mayoría fueron solteros (as).

En cuanto al grado escolar, se encontró que la moda es la licenciatura; y por último, el nivel laboral de estos sujetos es en su mayoría operativo.

		Frecuencia	Porcentajes
Género	Masculino	40	46.5%
	Femenino	46	53.5%
Total		86	100%
Estado Civil	Soltero (a)	54	62.8%
	Casado (a)	26	30.2%
	Unión libre	2	2.3%
	Divorciado(a)	3	3.5%
	Separado(a)	1	1.2%
Total		86	100%
Último grado de estudios	Licenciatura	82	95.3%
	Posgrado	1	1.2%
	Maestría	3	3.5%
Total		86	100%
Nivel Laboral	Operativos	52	60.5%
	Mandos medios	2	2.3%
	Ejecutivos	8	9.3%
	Negocio propio	5	5.8%
	Estudian y trabajan	19	22.1%
Total		86	100%
Edad	19 – 30	63	73.3%
	30 – 42	16	18.6%
	43 – 54	6	7%
	55 – 66	1	1.2%
Total		86	100%

Tabla 1. Datos Generales de la muestra estudiada.

En relación a los resultados obtenidos del cuestionario de PCTA se encontró que los puntajes varían de un mínimo de 36 y un máximo de 62 puntos, de los cuales sólo 6 sujetos (7%) presentaron patrones de conducta Tipo A; 78 sujetos (90.7%) fueron identificados como no clasificados (de acuerdo a la clasificación del instrumento) y 2 (2.3%) sujetos no Tipo A.

	Género		Estado civil	Último grado de estudios	Nivel laboral	Edad
	Masculino	Femenino				
1	X		Soltero	Licenciatura	Operativo	25
2	X		Soltero	Licenciatura	Operativo	28
3	X		Divorciado	Licenciatura	Operativo	34
4	X		Casado	Licenciatura	Ejecutivo	61
5		X	Casada	Licenciatura	Operativo	36
6		X	Soltera	Licenciatura	Ejecutivo	27

TABLA 2: Datos generales de los sujetos que se clasificaron como tipo A

Se podría describir a los sujetos tipo A de la siguiente manera: de la muestra total sólo 6 personas resultaron con el patrón de conducta tipo A, que representaron el 7%, estos sujetos tuvieron un grado escolar de licenciatura, de los cuales cuatro personas fueron de género masculino: tres operativos, dos de éstos solteros de 25 y 28 años respectivamente; otro más, también de nivel operativo es divorciado de 34 años de edad. Finalmente, la otra persona de género masculino, fue un ejecutivo de 61 años de edad y de estado civil casado.

Así mismo, hubo dos mujeres clasificadas como tipo A, las cuales presentaron las siguientes características generales: a) una de ellas con un nivel laboral operativo, con edad de 36 años y de estado civil casada; y b) la otra persona de nivel laboral ejecutivo, soltera y de 27 años de edad.

En lo referente al cuestionario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento, (SEVIC) es importante mencionar que su descripción se hará por pregunta que equivaldría a un 100% y se mencionarán las respuestas de mayor porcentaje, además las preguntas estarán agrupadas por categorías como es familia, estado psicológico, salud física, adicciones, sexualidad, pareja, agresividad, relaciones sociales, actividad física, economía y tiempo libre.

En cuanto a las características familiares se registró que el 62.8% vive con sus padres naturales o adoptivos; en su orden de nacimiento se encontró que el 32.6% es el primero y el 30.2% es el segundo; el 66.3% no tiene hijos. Así, como la mayoría tiene buenas relaciones con sus hermanos, en cambio, en otra de las preguntas se detectó que el 61.6% de la muestra ha tenido pleitos con su familia durante una semana a un mes. Así mismo, el 73.3% tiene espacio físico suficiente para todos los miembros de la familia, el 48.8% contestó que en su vivienda actual habitan cinco o más persona. Es importante mencionar que de la muestra el 75.6% practica la religión católica y el 12.8% no practica ninguna religión.

En cuanto a algunos aspectos psicológicos de las personas se encontró que el 37.2% de las personas se han sentido en pocas ocasiones demasiado acelerado (a), el 36% de los sujetos pocas veces no se puede concentrar o se distrae fácilmente, el 69.8% nunca o casi nunca siente que no vale mucho, el 35.7% a veces sí, a veces no sienten que son triunfadores; el 73.3% comenta que se ha sentido nervioso o angustiado durante una semana a un mes; el 53.5% ha tenido problemas con el sueño de una semana a un mes; y finalmente el 61.6% señala que nunca o casi nunca ha tenido pesadillas o sueños que le asusten.

En lo que se refiere al estado de salud se encontró que el 65.1% de los sujetos han sentido malestares físicos de una semana a un mes; el 91.9% nunca o casi nunca ha sentido dolor al orinar. En cuanto al peso corporal se detectó que el 40.7% se encuentra en su peso, el 39.5% se encuentra por arriba de su peso. En

En lo que respecta a las relaciones sociales se encontró que el 36% de la población hizo o hace amigos con facilidad. El 94.2% comenta que tienen amigos cercanos y de estos el 48.8% considera tener cinco o más amigos cercanos; y la mayoría de ellos opina que tienen buenas relaciones con sus compañeros y jefes de trabajo.

La actividad física es otro de los puntos que abarca el cuestionario y se encontró que el 11.6% no ha practicado deporte alguno y el resto si lo había hecho en diferentes disciplinas como es en juegos de competencia, de destreza, de fuerza, agilidad entre otros. En la actualidad tenemos que el 51.2% no practican deportes y el resto lo hace en diferentes actividades, de las más sobresalientes es el ciclismo y el ejercicio en gimnasio. Así como la regularidad con la que practican estos deportes es de dos o tres veces por semana.

En cuanto a la economía se registró que el 46.5% es de clase media y el 33.7% es de clase media baja, y con una moda de sueldos entre dos y tres salarios mínimos al mes.

Por último, se tiene el ítem que se refiere al tiempo libre, donde se encontró una gran dispersión de datos, pero los más sobresalientes fueron las actividades sociales (19.8%) y las actividades visuales o auditivas (18.6%) y un 4.7% de personas que no tiene tiempo libre.

Una vez descritos los resultados de los dos cuestionarios, a continuación presentaremos las correlaciones que existen entre algunas de las preguntas del SEVIC y los puntajes de clasificación del cuestionario Patrón de Conducta Tipo A, esto, a través del coeficiente de correlación C de contingencia.

En la pregunta que hace referencia al sentirse demasiado acelerado(a) sin razón se encontró una correlación moderada y significativa ($C=0.435$; $p<0.01$); en el ítem que trata sobre las dificultades para dormir se encontró una correlación moderada y significativa con respecto al cuestionario de clasificación de Conducta Tipo A ($C=0.425$; $p<0.05$).

En el reactivo que hace alusión a las preguntas de parejas en un ítem que trata sobre la durabilidad del enojo también se encontró una correlación moderada y significativa ($C=0.552$; $p<0.001$); en la pregunta que hace referencia a los problemas de sueño (o dormir), se encontró una correlación moderada y significativa ($C=0.445$; $p<0.05$); y en la pregunta, ha tenido problemas con su familia, de igual manera se encontró una correlación moderada y significativa ($C=0.454$; $p<0.05$); otra correlación moderada y significativa que se encontró fue en la pregunta que se refiere a tener problemas con su agresividad ($C=0.458$; $p<0.05$).

También se puede notar esta correlación moderada y significativa en el ítem que se refiere a la vida sexual satisfactoria ($C=0.452$; $p<0.05$) y finalmente en el reactivo con quien vive actualmente en relación con la variable de clasificación de patrón de conducta tipo A se registró una correlación moderada y significativa ($C=0.473$; $p<0.01$).

Una vez descritos estos resultados, a continuación se mencionarán las correlaciones encontradas entre las variables del cuestionario SEVIC, pero únicamente de las personas clasificadas como Tipo A.

Se encontró una correlación moderadamente fuerte y significativa ($C=0.707$; $p<0.05$), entre tener dificultad para dormir y los problemas con la agresividad. Después de esta correlación significativa, las demás correlaciones fueron entre

moderadas y fuertes, pero no significativas. Esto podría deberse a que la muestra de los clasificados como tipo A esta representada únicamente por 6 personas

En el ítem, me siento demasiado acelerado (a) sin razón en relación con la gente que me conoce piensa que soy muy agresivo(a) se encontró una correlación moderadamente fuerte ($C=0.816$; $p>0.05$); este mismo ítem, me siento demasiado acelerado(a) sin razón con respecto a las relaciones con jefes de trabajo se registró una correlación moderadamente fuerte ($C=0.816$; $p>0.05$).

En la pregunta que se refiere a la gente que los conoce piensan que son muy agresivo(a), se encontró una correlación moderadamente fuerte con las siguientes preguntas: cuándo me enojo mucho grito o insulto ($C=0.816$; $p>0.05$); he estado muy excitable (acelerado(a)), o demasiado optimista o contento durante ($C=0.816$; $p>0.05$); y por último, mis relaciones con mis compañeros de trabajo son (o eran), (cómo te llevas con ellos) ($C=0.816$; $p>0.05$).

En el reactivo que hace referencia a la forma de ocupar el tiempo libre se registraron las siguientes correlaciones moderadamente fuertes con respecto a estas preguntas: he tenido problemas con el sueño (o dormir) ($C=0.866$; $p>0.05$); he tenido problemas o pleitos con mi familia durante ($C=0.816$; $p>0.05$); mis relaciones con mis compañeros de trabajo son (eran), (cómo te llevas con ellos) ($C=0.845$; $p>0.05$); y en la pregunta con quien vive actualmente también se encontró una correlación moderadamente fuerte ($C=0.837$; $p>0.05$).

Finalmente, en la pregunta que se refiere a la relación de mis compañeros de trabajo son (o eran), (cómo te llevas con ellos) y la pregunta de las relaciones con jefes de trabajo, se registró una correlación moderadamente fuerte ($C=0.837$; $p>0.05$).

Es importante mencionar que en el transcurso del análisis de los cuestionarios, se detectó que uno de los sujetos con altos puntajes en el cuestionario de patrón de conducta tipo A, presentó como datos sobresalientes en el cuestionario SEVIC las siguientes características, es un sujeto de 34 años de edad, divorciado y con licenciatura, además, se observó que es la única persona que sobresale por sus respuestas de entre toda la muestra, ya que toma en exceso (bebidas alcohólicas), ha usado drogas o sustancias tóxicas durante más de cinco años, ha tenido malestares o enfermedades físicas durante más de cinco años, cuando se enoja grita o insulta con mucha frecuencia, así como también la gente que lo conoce piensa que es muy agresivo y no tiene tiempo libre. Estos datos aunque no son representativos porque los presenta únicamente una persona, sí es de interés resaltarlos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

La muestra estuvo representada por 86 sujetos, de los cuales la gran mayoría contó con licenciatura, con un grado laboral de operativos, de nivel socioeconómico medio bajo, la mayoría contaba con una edad de entre 19 a 30 años, su estado civil predominantemente soltero y en cuanto al género fue una muestra donde hubo un poco más de mujeres que hombres.

Con respecto al cuestionario de Patrón de conducta tipo A y a la clasificación que proporciona el autor Reynoso (1991), se encontró que de esta muestra sólo 6 sujetos fueron catalogados como tipo A, 78 sujetos fueron no clasificados y 2 personas no tipo A. Es importante mencionar que la selección de la muestra estuvo basada en tres criterios básicos, los cuales fueron: nivel mínimo de estudios licenciatura o a finales de la carrera, estuviesen trabajando y de acuerdo con los reportes o comentarios de las personas que laboraban con ellos, presentaban características de comportamiento Tipo A, por mencionar algunos, la hostilidad, urgencia de tiempo, competitivos, implicación en múltiples actividades. Sin embargo, a pesar de que a todos los sujetos a los que se les aplicó el cuestionario presentaban características tipo A (por el reporte verbal de sus compañeros de trabajo) una vez aplicado, sólo resultaron 6 sujetos tipo A.

Lo anterior pudiera estar relacionado, con lo que menciona Pomerleau & Brady (1979), acerca de que el comportamiento epidemiológico tiene varios puntos cruciales que han de ser medidos para hacer una evaluación completa de los hallazgos, pero a pesar de estos cuidados que se tienen en las medidas del comportamiento, los resultados reflejan ambigüedad, ya que muchas medidas de comportamiento involucran la personalidad (factor cambiante en cada persona). Este fenómeno ha intervenido en las investigaciones que intentan medir el comportamiento y como lo hemos observado en los estudios anteriores sobre el comportamiento Tipo A son en algunos casos contradictorios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Así mismo, es importante recalcar que los sujetos participantes, son personas que de acuerdo con observaciones o comentarios de compañeros de trabajo, muestran características de los tipo A, sin embargo, en el momento de resolver el cuestionario emitieron respuestas de conductas no tipo A. Por lo que en algunas ocasiones se platicó de manera informal sobre algunas de sus respuestas y se observó que ellos reconocían su comportamiento, sin embargo, se justificaban con comportamientos de no tipo A, por ejemplo, de ser personas señaladas por sus compañeros como agresivas, en sus respuestas se muestran como no agresivas, argumentando que la agresividad sólo la utilizan porque así lo requiere su trabajo; otro ejemplo, es la realización de dos actividades al mismo tiempo, es porque a ellos se les ha hecho un poco tarde, pero no es siempre. Así pues, con estas justificaciones, en el momento de clasificar a los sujetos, se registraron muy pocas personas con patrón de conducta tipo A.

Como se observó con anterioridad, la aplicación del cuestionario de PCTA no reflejó los resultados esperados, esto pudiera deberse a lo que menciona Glass (1977, 1980; citado en Sender et. al. op. cit.) los sujetos que presentan patrón de conducta tipo A, no responden a estímulos ambientales asociados a un desafío moderado, por lo que no suscitan una gran necesidad de dominar y luchar; sólo los estímulos particularmente aplicados a su control. Puede decirse que estos sujetos tiene un umbral elevado para responder a las señales de incontrolabilidad. El patrón de conducta tipo A, con sus componentes primordiales, muestra un estilo de afrontamiento, y en su comportamiento se preocupan por una interacción asertiva y eficaz sobre el medio físico y social, es importante hacer mención que ésta es la forma en la que ellos se perciben, por lo que en el momento en el que el sujeto resuelve el cuestionario se podría pensar que, los sujetos contestaron el cuestionario de PCTA de acuerdo a la forma en la que ellos se perciben o a la imagen que pretenden dar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Finalmente, otra de las variables que pudieron influir en los resultados, pudiera ser el tiempo de solución al cuestionario, ya que a muchos de los sujetos se les proporcionó tiempo suficiente para su contestación, otros solicitaron llevárselo y después entregarlo, por lo que hubo personas que tardaron días en entregar los cuestionarios, argumentando que no tenían tiempo para resolverlo, y justamente este retraso pudo dar pie a razonar las preguntas y darles una contestación adecuada y asertiva, por lo que los datos variaron notablemente. Por ello es importante tomar en cuenta en las próximas investigaciones, que el cuestionario debe ser contestado en el momento, para evitar que esta variable (tiempo de solución del cuestionario) influya en los resultados.

Por otro lado, como se observó en los resultados sobre los estilos de vida se pudo registrar gran variedad de estilos, sin embargo, podemos citar algunas de las formas de vida de estos sujetos, en donde la mayoría de la muestra presenta característica como son: tener problemas con la familia, sentirse nervioso, una vida sexual satisfactoria, tener más de cinco amigos cercanos, ser de religión católica y habitar un espacio suficientemente grande para todos sus integrantes.

Así también, es importante resaltar que se encontró una correlación moderadamente fuerte y significativa en el grupo clasificado como tipo A, en la dificultad para dormir en relación con los problemas de agresividad, estos son dos factores que fueron parte de los estilo de vida de estos sujetos, en donde se pudo observar claramente una de las características de los sujetos tipo A (la agresividad) y el otro factor es la dificultad para dormir. En esta última característica o estilo de vida, me surge la siguiente duda ¿los sujetos tipo A tienen dificultad para dormir?. Interrogante que sería interesante profundizar en un futuro.

En cuanto a la gran variedad de Estilos de vida encontrados se podría decir, por una parte, que esto pudiera deberse a que en los estilos de vida no

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

existen similitudes, ya que existen muy distintas y variadas formas de vida, y por la otra, tal vez esta gran variedad de datos se debió a la forma de aplicación del instrumento o en el propio instrumento utilizado.

Sin embargo, es importante resaltar que a pesar de la baja muestra que fue clasificada como tipo A, sobresalieron algunos estilos de vida, por ejemplo, en las preguntas que estuvieron correlacionadas se mostraron rasgos de los Tipo A, estos son: sentirse demasiado acelerado sin razón, la gente que los conoce piensan que son muy agresivo(a), su relación con jefes y compañeros fueron entre regulares y buenas, cuando se enojan gritan o insultan, han estado muy excitable o demasiados optimistas, han tenido problemas o pleitos con su familia y finalmente, la forma de ocupar el tiempo libre.

Además, y a pesar de la gran variabilidad de estilos de vida en los sujetos clasificados como tipo A, se encontró que mínimo dos de ellos o más presentaron los siguientes estilos de vida: han tenido problemas o pleitos con su familia, problemas con su agresividad, sufren de malestares físicos, se sienten muy acelerados o excitables sin razón y en donde los seis coinciden es en los problemas o dificultades para dormir.

Aunado a esto, es importante mencionar que en la investigación se detectó que el sujeto que presentaba mayor puntaje de clasificación en conducta tipo A, muestra algunas conductas que sobresalen de entre toda la muestra por sus repuestas, tales como ingerir bebidas alcohólicas con mucha frecuencia, usar drogas o sustancias tóxicas por más de cinco años, ser agresivo y comenta no tener tiempo libre.

Con esta información aunque no es significativa, se alcanza a cubrir parte del objetivo planteado, ya que por un lado, y como se mencionó con anterioridad existen correlaciones entre ciertos estilos de vida y los sujetos tipo A, las cuales

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

reafirman características de este patrón, como por ejemplo, la agresividad, los problemas familiares y el sentirse acelerados. Además, en lo que se refiere a los estilos de vida similares de las personas que presentan conducta tipo A, se encontraron los problemas familiares, malestares físicos, sentirse acelerados, y la dificultad para dormir. En estos últimos datos, hay que recalcar que sólo se contó con una muestra de seis sujetos a quienes se clasificaron como tipo A, pero a pesar de ello, se encontraron similitudes en los estilos de vida.

Otro de los posibles factores que pudieron influir en la gran variedad de estilos de vida es el propio cuestionario SEVIC, debido a que es un instrumento muy disperso, que engloba una gran variedad de aspectos, como es el comportamiento, estilos de vida y salud, y dentro de esta gran variedad de datos, no se profundiza en algunos temas, por ejemplo, la alimentación, el tiempo libre, pareja, sexualidad, religión, roles sociales, así como faltó abarcar aspectos como la economía, política, comercio y publicidad, valores, creencias y hábitos; temas en los que tal vez se pudo haber encontrado alguna correlación significativa en relación a el PCTA y no sólo la dificultad de sueño que fue el único aspecto que resultó tener una correlación moderada y significativa en relación a éste patrón.

El cuestionario es de opción múltiple, sus opciones de respuesta son limitadas, debido a que hubo ocasiones en las que el sujeto tuvo que agregar la opción, ya que las respuestas que se presentaban no correspondían con sus expectativas o su estilo de vida. Además, en varias de las preguntas del SEVIC se observa una opción que resulta excluyente, tal es el caso de la respuesta de "A veces sí, a veces no", respuesta que no arroja dato alguno y la pregunta prácticamente se anula.

Por otro lado, y haciendo referencia a la literatura sobre estilos de vida, quiero mencionar que es un área que no se ha investigado con profundidad, que es un concepto muy mencionado en muchas disciplinas y sin embargo, es muy

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ambiguo. A la fecha no se tiene claridad sobre este concepto, existen varias aproximaciones sobre su significado, pero en realidad es poco lo que se ha investigado.

Por ello, sería pertinente trabajar más en relación a los Estilos de Vida, investigar de manera más detallada sobre su significado, factores que intervienen, instrumentos de recopilación de información e interpretación y en general más teoría sobre este tema, ya que por ejemplo, en el capítulo tres de esta tesis fue difícil su elaboración. En realidad, si buscamos información sobre los Estilos de vida, nos encontraremos con gran cantidad de ella, pero toda esta información se refiere a publicidad de diferentes productos y modas, por ejemplo, el estilo de vida de escuchar radio, ver la televisión, el utilizar cierto tipo de peinado, vestimenta, formas de decoración de casas, tipo de alimentación, y todas estas formas o estilos de vida tenían un objetivo común, que es, hacer que la gente adopte los estilos de vida que ellos proponen como la mejor opción a comportarse y como consecuencia el utilizar sus productos. En cambio, no daban definiciones, no se explicaba qué son los estilos de vida, cómo se forman, qué factores son los que intervienen en ellos, o por lo menos qué tipos de factores son los más importante en nuestro diario vivir.

Es por eso, la necesidad de realizar más trabajo sobre este tema, crear un marco teórico con bases más firmes y por consiguiente elaborar un instrumento que pudiera arrojar esa síntesis de los estilos de vida, puesto que cuando se buscó un instrumento para llevar a cabo este proyecto no se encontró uno que pudiera evaluar solo estilo de vida, cada instrumento encontrado estaba diseñado para resolver temas específicos. Y en la mayoría de ellos se pudo observar que no se tomaban en cuenta factores que tienen una importancia crucial en los estilos de vida, por citar algunos, la familia, el lugar donde viven, el tiempo libre, alimentación, ejercicio físico y la economía; y en los estilos de vida existe una gran variedad de factores que deben ser tomados en cuenta, aún cuando éstos no

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estén relacionados de manera directa, sí tienen una influencia en el comportamiento o en la conducta estudiada.

Ante esta situación, al no encontrar un instrumento que pudiera recopilar la información sobre los estilos de vida de los sujetos Tipo A, se recurrió a un cuestionario llamado Salud, Estilos de Vida y Comportamiento, en donde se seleccionaron las preguntas que más se aproximaron a la investigación. Sin embargo, y como ya se mencionó fue un instrumento muy disperso, con poca profundidad de preguntas y muy pobre en sus opciones de respuestas.

En síntesis, la investigación no arrojó los resultados esperados, sin embargo, se encontraron correlaciones moderadamente fuertes entre los estilos de vida de la muestra, y similitudes entre los estilos de vida de las personas que presentan patrón de conducta tipo A, sólo se detectó de manera sobresaliente los problemas de sueño.

Para finalizar este tema, sería importante resaltar que el SEVIC no resultó ser el mejor instrumento para evaluar los estilos de vida y en cuanto a la evaluación de conducta tipo A, en este estudio, se cree conveniente que además de utilizar el cuestionario de conducta tipo A, se requiere provocar a los sujetos (como lo hace la entrevista estructurada) para ver si sus respuestas son tipo A. Sin embargo, a pesar de esto, se logró obtener información valiosa para futuras investigaciones.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

REFERENCIAS

- ❑ Aboud, F. (1998). Health psychology in global. Perspective. California: Series Editores.
- ❑ Alvarado, I. & García, M. (1994). Evaluación y validación de un instrumento para determinar el nivel de cultura organizacional en una empresa. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. Iztacala. Estado de México.
- ❑ Alvarado, M. & Sánchez, S. (1997). La Evaluación de valores y principios familiares que influyen en las nuevas relaciones de pareja. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. Iztacala. Estado de México.
- ❑ Bazan, R. (1997). Psicología de la salud en el tratamiento de pacientes con infarto de miocardio. Aplicación de la tecnología conductual. Tesis de Maestría en modificación de conducta. UNAM. Iztacala. Estado de México.
- ❑ Bernard, L. & Krupat, E. (1994). Health psychology. biopsychosocial factors in health and illness. Florida: Rinehart and Winston, inc.
- ❑ Bourges, H. (1987). Guía para la orientación alimentaria. Cuadernos de Nutrición. 5(4), 17-32.
- ❑ Brannon, L. & Feist, J. (1997). Health psychology, on introduction to behavior health. Pacific Grave USA: Brooks.
- ❑ Braunstein, J. & Toisler, R. (1981). Medical applications of the behavior sciences. Chicago, London: Year Book Medical Publisher.

-
- ❏ Buela-Casal, G. & Caballo, V. (1991). Manual de psicología clínica aplicada. Madrid España: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- ❏ Buela-Casal, G., Caballo, V. & Sierra, C. (1996). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- ❏ Catbetat, B. (1984). Estilos de vida e investigación social. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- ❏ Cohen, J. (1981). Psicología de los motivos sociales. México: Trillas.
- ❏ Chinoy, E. (1987). La sociedad. Una introducción a la sociología. México: Fondo de Cultura Económica.
- ❏ Evans, M., Muñoz, S., Alvarado, C. & Levy, J. (1994). Epidemiología cardiovascular, factores de riesgo. Caracas: Disinlimed. C.A.
- ❏ Fichter, J. (1977). Sociología. Barcelona: Herder.
- ❏ García, M., Giron, M. & Victoria, G. (1996). Estilos de vida y obesidad: estudio exploratorio sobre algunos indicadores de asociación. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. Iztacala. Estado de México.
- ❏ González, M. & Guevera, R. (1999). Estilos de vida de salud en estudiantes universitarios. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. Iztacala. Estado de México.
- ❏ Goreczny, A. (1995). Handbook of health and rehabilitation psychology. New York: Plenum Press.

-
- Ⓛ Greene, W. (1988). Educación para la salud. México: Interamericana Mc. Graw-Hill.
- Ⓛ Heribert, R. (1998). Propuesta de un modelo de calidad de vida: las apreciaciones subjetivas del bienestar psicosocial en las amas de casa. Reporte de Investigación de Licenciatura en Psicología. UNAM. Iztacala. Estado de México.
- Ⓛ Jiménez, C. & Reyes, O. (1993). Círculos de participación para aumentar la calidad y productividad en las empresas. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. Iztacala. Estado de México.
- Ⓛ Kolasa, B. (1981). Individuo empresa y sociedad. España: Deusto.
- Ⓛ Latorre, P. & Beneit, M. (1994). Psicología de la salud. Aplicaciones para los profesionales de la salud. Buenos Aires: Lumen.
- Ⓛ Martínez, A. (1975). Léxico de Antropología. Barcelona: LAIA.
- Ⓛ Martínez, M., Medina, C. & Quiroz, R. (1997). Identificación de trastornos alimentarios en una población de alto riesgo. Reporte de Investigación de Licenciatura en Psicología. UNAM. Iztacala. Estado de México.
- Ⓛ McNamara, R. (1979). Behavioral approaches to medicine. Application. New York: Plenum Press.
- Ⓛ Morales, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Páidos.

-
- ☐ Nordby, V. y Calvin, S. (1979). Vida y conceptos de los psicólogos más importantes. México: Trillas.
- ☐ Oblitas, A. & Becoña, E. (2000). Psicología de la salud. México: Plaza y Valdés.
- ☐ OMS, (2002). Definición de salud de la Organización Mundial de la Salud. http://www.zuhaizpe.com/articulos/salud_oms.htm. 08 de mayo de 2002.
- ☐ Phares, J. (1996). Psicología clínica. Conceptos, método y práctica. México: Manual Moderno.
- ☐ Pomerleau, O. & Brady, J. (1979). Behavioral medicine: Theory and practice. USA: The Williams & Wikinds Company.
- ☐ Prokop, C. & Bradly, L. (1981). Medical psychology. Contributions to behavioral medicine. New York: Academic Press.
- ☐ Rachman, S. (1980). Contributions to medical psychology. Vol. 2. London. Pergamon Press.
- ☐ Reynoso, E. (1991). Patrón de conducta tipo A: Un nuevo instrumento de evaluación. Tesis de Maestría en modificación de conducta. UNAM. Iztacala. Estado de México.
- ☐ Roa, A. (1995). Evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- ☐ Robbins, S. (1987). Comportamiento organizacional. México: Prentice Hall.

-
- ↳ Rodríguez, G. Y Rojas, M. (1998). La psicología de la salud en América Latina. Psicología de la salud en América Latina, Facultad de Psicología. UNAM, Vol. 3 pp. 15-31.
- ↳ Russell, G. (1999). Essential psychology for nurses and other health professionals. New York: Routledge.
- ↳ San Martín. (1981). Salud y enfermedad. México: La prensa medica mexicana.
- ↳ Sánchez, A. (1974). Familia y sociedad. México: Joaquín Mortiz.
- ↳ Sánchez, S. y Hernández, G. (1990). Escala de "salud, estilos de vida y comportamiento". UNAM. Coordinación de Programas Académicos de Enseñanza Media Superior.
- ↳ Sender, R., Valdés, M., Risco, N. & Martín, M. (1993). El patrón A de conducta y su modificación terapéutica. Barcelona: Martínez Roca.
- ↳ Sheridan, C. & Radmacher, S. (1992). Health psychology. Challenging the biomedical model. Canadá: John Wiley E. Sons, inc.
- ↳ Simón, M. (1993). Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de la intervención. Madrid: Piramide.
- ↳ Stone, G., Cohen, F., Adler, & Asosiates, (1979). Health psychology a handbook. Theories, applications and challenges of a psychological approach to the health care system. Washington: Jossey-Bass Publishers.
- ↳ Trejo, D. (2001). Psicología de la Salud en México: Estilos de vida y Hábitos de Salud. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. Iztacala. Estado de México.

- ☐ Tron, A. (1998). Patrón de conducta tipo A en niños: un estudio longitudinal. Tesis de maestría en modificación de conducta, UNAM, Iztacala. Estado de México.
- ☐ Valencia, C. (1997). Desarrollo de una escala del patrón de conducta tipo A y sus relaciones con autoconcepto, lucha por el logro y estilo de confrontación. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM, Iztacala. Estado de México.
- ☐ Vargas, A. & Palacios, V. (1993). Educación para la Salud. México: International Mc Graw-Hill.
- ☐ Vega, F. (1992). Bases esenciales de la salud pública. México: La prensa. medica mexicana.
- ☐ Vinaccia, S. (1989). Psicología de la salud en Colombia. Revista latinoamericana de psicología. Vol. 2 pp. 255-260.
- ☐ Virseda, J. (1995). Autoimagen y alimentación. Un estudio preliminar. Revista de psicología iberoamericana. Vol.3(2), 35-39.

ANEXO 1

PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A

INSTRUCCIONES: Marque Ud. Con una **X** la opción más correcta, de acuerdo a su comportamiento. Los datos de este cuestionario serán manejados en forma confidencial.

Mi edad es: _____ Mi estado civil: _____ Sexo: _____
Mi último grado escolar fue: _____
Mi ocupación es: _____ De la Empresa: _____

1.- ¿Cuánto tiempo ha estado en su trabajo actual?

- a) Más de cinco años
- b) Entre dos y cinco años
- c) Entre uno y dos años
- d) Menos de un año

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) Las más de las veces
- d) 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 logra lo que 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 en mi carácter

9.- ¿Se lleva trabajo a su casa?

- a) No; nunca
- b) Sólo 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 usted 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 (por ejemplo, ver la televisión y leer; bañarse y rasurarse; desayunar y leer el diario, etc.)?

- a) Nunca
- b) Ocasionalmente
- c) Frecuentemente
- d) Siempre

13.- ¿Come usted rápido? ¿Camina usted rápido?

- a) Nunca; siempre hay tiempo para todo
- b) Sólo en ocasiones
- c) Cuando se me hace 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 una
- c) Fumo o paseo mientras espero mesa
- d) Me voy a otro restaurante

15.- Cuando va en su automóvil y delante de usted va una persona más lenta, ¿qué hace?

- a) Conservo mi velocidad y mi carril
- b) Procuro rebasarla con precaución
- c) La rebaso inmediatamente, o toco el claxon
- d) Toco el claxon, la maldigo y la 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 tranquilamente
- c) Busco una fila más corta; me provoca ansiedad
- d) Me salgo; otro día compraré o Haré trámites; no debo perder 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 diariamente
- b) La mayoría de las veces lo hago
- c) Solamente cuando tengo tiempo
- d) No; hay cosas más importantes que perder el tiempo

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

- a) Sí
- b) La mayoría de las veces
- c) Sólo en ocasiones
- d) No; nunca

ANEXO 2

ESTILOS DE VIDA (SEVIC)

El cuestionario es totalmente anónimo, no escribas tu nombre. Esta información se usará exclusivamente con fines de análisis estadístico y para diseñar programas preventivos y de ayuda. No hay respuestas buenas ni malas, por favor contesta las preguntas con toda franqueza, diciendo la verdad. Trata de no dejar ninguna pregunta sin contestar.

La mayoría de las preguntas empiezan con una parte escrita y después tienen varias posibilidades para escoger. Por favor escribe tu respuesta o escoge la opción que mejor refleje tu propio caso, marque completamente el inciso como se muestra en el ejemplo más adelante. Recuerda, no hay respuestas buenas ni malas, por lo tanto, no te preocupes por puntajes ni calificaciones. Por favor lee cuidadosamente cada pregunta o enunciado y contesta con la verdad. Recuerda que de este estudio se podrán derivar recomendaciones útiles para ti mismo (a) o para otras personas y familias. Si tienes alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntanos y con mucho gusto te orientaremos.

El cuestionario contiene información general además de una lista de problemas de salud que cualquiera de nosotros puede tener en distintos momentos de nuestra vida. Así como algunas preguntas de nuestra historia familiar o personal.

Ejemplo: En un día normal yo hago:

- A. Una comida
- B. Dos comidas
- C. Tres comidas
- D. Cuatro comidas
- E. Más de cuatro comidas

Esto dignifica que en un día regular, comes tres veces.

Recibe de antemano nuestro agradecimiento por tu cooperación y recuerda: con toda confianza, contesta con la verdad.

1.- En cuanto al comer, como demasiado:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)
- b - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- d - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- e - Nunca o casi nunca (menos del 20% de las veces)

2.- En cuando a mi peso normal, estoy:

- a - Muy por debajo de él
- b - Por debajo de él
- c - En mi peso
- d - Por arriba de él
- e - Muy por arriba de él

3.- Tengo tics (por ejemplo: parpadeo, jalones de cuello, encoger los hombros, gestos con la cara, etc.):

- a - Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

4. Tartamudeo al hablar (por ejemplo: repito o estiro sonidos o sílabas al hablar):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

5.- Tomo demasiado (bebidas alcohólicas):

- a - Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

6.- Fumo (cigarros de tabaco):

- a - Dos o más cajetillas al día
- b - De una a dos cajetillas al día
- c - Entre diez cigarros y una cajetilla al día
- d - De uno a diez cigarros al día
- e - No fumo

7.- Tomo anfetaminas u otros estimulantes:

- a - Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

8.- Tomo pastillas para dormir o para los nervios:

- a - Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

9.- Me siento demasiado acelerado(a) sin razón:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

10.- Siento que hay gente que me quiere quitar algo que es mío:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

11.- No me puedo concentrar o me distraigo fácilmente:

- a - Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

12.- Tengo dificultad para dormir:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

13.- Me siento triste sin razón:

- a - Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

14.- Siento que no valgo mucho:

- a - Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

15.- Siento que soy un triunfador:

- a – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

16.- Me vienen pensamientos o ganas de hacer cosas que se me repiten una y otra vez y no me los puedo quitar de la cabeza:

- a – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

17.- Siento algunos malestares físicos:

- a – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

18.- Hay muchos alimentos que me hacen daño:

- a – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

19.- Siento dolor al orinar:

- a – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

20.- Siento como que me falta el aire aunque no esté haciendo ejercicio:

- a – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- b – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

21.- Siento palpitaciones, como si el corazón me latiera muy fuerte o rápido:

- a – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

22.- Me cuesta trabajo tragar o pasar los alimentos:

- a – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

23.- Se me va la voz y no puedo hablar, como si la perdiera:

- a – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- b – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

24.- En cuanto al interés o excitación sexual, lo pierdo:

- a – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- b – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

25.- Tengo pesadillas o sueños que me asustan mucho:

- a – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- b – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

26.- Soy sonámbulo(a), camino dormido(a):

- a – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- b – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

27.- Apuesto dinero siempre que puedo:

- a – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

SI NO TIENES PAREJA, SÁLTATE ESTAS PREGUNTAS Y PASA A LA PREGUNTA 31.

28.- Siento que mi pareja me ignora o me maltrata:

- a – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- b – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

29.- Peleo con mi pareja:

- a – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

30.- Cuando peleamos el enojo nos dura:

- a – Minutos
- b – Horas
- c – Días
- d – Semanas
- e – Meses

31.- Cuando me enojo mucho, grito o insulto:

- a – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

32.- La gente que me conoce piensa que soy muy agresivo(a):

- a – Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b – Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c – A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d – Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e – Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

33.- He usado drogas o sustancias durante:

- a – Una semana a un mes
- b – De dos a cinco meses
- c – De seis meses a un año
- d – De uno a cuatro años
- e – Cinco años o más

34.- He estado muy excitable (acelerado(a)), o demasiado optimista o contento durante:

- a – Una semana a un mes
- b – De dos a cinco meses
- c – De seis meses a un año
- d – De uno a cuatro años
- e – Cinco años o más

35.- Me he sentido nervioso(a) o angustiado(a) durante:

- a – Una semana a un mes
- b – De dos a cinco meses
- c – De seis meses a un año
- d – De uno a cuatro años
- e – Cinco años o más

36.- He tenido malestares o enfermedades físicas durante:

- a – Una semana a un mes
- b – De dos a cinco meses
- c – De seis meses a un año
- d – De uno a cuatro años
- e – Cinco años o más

37.- He tenido problemas con el sueño (o dormir), durante:

- a – Una semana a un mes
- b – De dos a cinco meses
- c – De seis meses a un año
- d – De uno a cuatro años
- e – Cinco años o más

38.- He tenido problemas o pleitos con mi familia durante:

- a – Una semana a un mes
- b – De dos a cinco meses
- c – De seis meses a un año
- d – De uno a cuatro años
- e – Cinco años o más

39.- He tenido problemas por mi agresividad durante:

- a - Una semana a un mes
- b - De dos a cinco meses
- c - De seis meses a un año
- d - De uno a cuatro años
- e - Cinco años o más

40.- En la actualidad yo diría que mi nivel económico es:

- a - En asistencia social o beneficencia
- b - Clase trabajadora
- c - Clase media-baja
- d - Clase media
- e - Clase media-alta
- f - Clase alta

41.- He vivido en la Ciudad de México durante:

- a - Menos de un año
- b - De 1 a 5 años
- c - De 5 a 10 años
- d - De 10 a 20 años
- e - Más de 20 años

42.- Mi lugar en el orden de nacimiento de mis hermanos(as) es:

- a - Primero(a)
- b - Segundo(a)
- c - Tercero(a)
- d - Cuarto(a)
- e - Quinto(a) o posterior

43.- En general, mi relación con mis hermanos(as) ha sido:

- a - Muy mala
- b - Mala
- c - Regular
- d - Buena
- e - Muy buena

44.- De chico(a), (como hasta los 14 años de edad) me crié principalmente con:

- a - Mis padres naturales
- b - Madre natural y padrastra
- c - Padre natural y madrastra
- d - Padres adoptivos
- e - Parientes o familiares
- f - En un orfanato y hospicio
- g - En un internado
- h - En otra institución
- i - En otra situación (anota tu respuesta) _____

45.- Cuando mis padres (o tutores) me castigaban, usaban castigos físicos (me pegaban):

- a - Casi diario
- b - Como una vez a la semana
- c - Como una vez al mes
- d - Como una vez cada tres meses
- e - Como dos veces al año
- f - Una vez al año o menos

46.- Se me permitía (o permite) como pasar mi tiempo libre:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

47.- La escuela me:

- a - Gustaba mucho
- b - Gustaba
- c - Ni me gustaba ni me disgustaba
- d - Disgustaba
- e - Disgustaba mucho

48.- En cuanto a deportes, yo practicaba: (marca sólo uno, o los dos más importantes):

- a - Correr
- b - Ciclismo
- c - Natación
- d - Ejercicio en gimnasio
- e - Carreras de competitividad
- f - Fútbol Soccer
- g - Fútbol americano
- h - Basquetbol
- i - Béisbol
- j - Otro (anota cuál) _____
- k - Ninguno

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

49.- En ese deporte yo soy:

- a - Muy bueno(a)
- b - Bueno(a)
- c - Regular
- d - Malo(a)
- e - Muy malo(a)

50.- Actualmente yo practico:

- a - Correr
- b - Ciclismo
- c - Natación
- d - Ejercicio en gimnasio
- e - Carreras de competitividad
- f - Fútbol Soccer
- g - Fútbol americano
- h - Basquetbol
- i - Béisbol
- j - Otro (anota cuál) _____
- k - Ninguno

51.- Practico este deporte:

- a - Diariamente
- b - Dos o tres veces por semana
- c - Una vez a la semana
- d - Dos o tres veces al mes
- e - una vez al mes o menos

52.- En la escuela yo hacia o hago amistades:

- a - Con mucha dificultad
- b - Con dificultad
- c - Ni fácil ni difícilmente
- d - Con facilidad
- e - Con mucha facilidad

53.- Ahora, ¿tienes amigo(s) que consideres cercano(s)?

- a - Sí
- b - No

54.- Si tu respuesta es Sí ¿Como cuántos?

- a - Uno
- b - Dos
- c - Tres
- d - Cuatro
- e - Cinco o más

55.- Actualmente gano aproximadamente en salarios mínimos:

- a - Uno o menos
- b - De dos a tres
- c - De cuatro a cinco
- d - De seis a siete
- e - De ocho a nueve
- g - De Diez o más

56.- Mis relaciones con mis compañeros de trabajo son (o eran), (cómo te llevas con ellos):

- a - Muy malas
- b - Malas
- c - Regulares
- d - Buenas
- e - Muy buenas

57.- Mis relaciones con mis jefes de trabajo son (eran):

- a - Muy malas
- b - Malas
- c - Regulares
- d - Buenas
- e - Muy buenas

58.- Me siento satisfecho con mi presente trabajo:

- a - Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

59.- Creo que mi vida sexual es:

- a - Muy satisfecha
- b - Satisfecha
- c - Un poco satisfecha
- d - Un poco insatisfecha
- e - Insatisfecha
- f - Muy insatisfecha

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

60.- Tengo(número)... hijos(as):

- a - Ninguno
- b - Uno
- c - Dos
- d - Tres
- e - Cuatro
- f - Cinco o más

61.- Actualmente vivo:

- a - Con mis padres(naturales o adoptivos)
- b - Con otros parientes
- c - Con amigos o conocidos
- d - Solo(a)
- e - En casa de huéspedes u hotel

62.- El número total de personas que vivimos en mi vivienda actual es:

- a - Una
- b - Dos
- c - Tres
- d - Cuatro
- e - Cinco o más

63.- En total tengo:

- a - Cero hermanos(as)
- b - Un hermano(a)
- c - Dos hermanos(as)
- d - Tres hermanos(as)
- e - De cuatro a seis hermanos(as)
- f - Siete o más hermanos (as)

64.- en cuanto a mis (nuestras) condiciones de vida pienso que:

- a - Nos sobra espacio
- b - Tenemos suficiente espacio para todos
- c - Estamos un poco amontonados
- d - Estamos amontonados
- e - Estamos muy amontonados

65.- Creo que se me ha tratado mal por la razón de mi color, religión, origen, nacionalidad y/o defecto físico:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)

66.- Mi religión es:

- a - Católica
- b - Judía
- c - Protestante
- d - Islámica
- e - Otra (anota cuál) _____
- f - Ninguna.

67.- ¿Cómo ocupas tu tiempo libre?

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN Y PACIENCIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**