

***EVALUACIÓN DEL PATRÓN CONDUCTUAL TIPO A EN  
JÓVENES UNIVERSITARIOS, DE DIFERENTES  
CARRERAS, MEDIANTE DOS INSTRUMENTOS.***

Que para obtener el grado de Licenciada en  
Psicología presenta:

**GABRIELA BARRIOS OLVERA**

**ASESORES:**

Mtra. Rocío Tron Alvarez.

Mtra. Margarita Chávez Becerra

Lic. Edy Ávila Ramos

Tlalnepantla de Baz, Estado de México 2004



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.

Los agradecimientos en una tesis, nunca tuvieron sentido para mí, por el contrario, me parecían de los mas cursi, hasta que tuve que escribir estos, ahora comprendo, que plasmarlos en una tesis, no es sino un pretexto para hacer alto total y considerar todo lo bueno que me ha dado la vida y las oportunidades de aprendizaje que me han brindado las personas que me han acompañado a lo largo de la vida... así que aquí voy.....

*A los profesores:*

*Rocío Tron Alvarez  
Edy Ávila Ramos  
Margarita Chávez Becerra.*

*Por el tiempo, la dedicación, comprensión e impulso que tuvieron siempre con conmigo, no sólo en la elaboración de este trabajo, sino en mi desarrollo académico.*

**iiiiii MIL GRACIAS!!!!!!**

Desde ese fatídico examen de métodos cuantitativos 1 que me hiciste repetir infundiéndome confianza en mi misma, hasta el profesional, en el que también estarás presente, me haz enseñado cosas invaluable, que no cabrían en un libro completo, pero sobre todo por compartir conmigo una visión abierta del ser humano, por tu amistad que puedo presumir con orgullo, por tu gran generosidad, por tu infinita paciencia (que en ocasiones yo misma no me habría tenido), por tu gran calidad (en todos los sentidos), que me han hecho ser una mejor profesionista y una mejor persona, por todas esas mil y un cosas, (que en este caso no podrían caber en una lista), que se me dificultan plasmar aquí, pero que salen de Iztacala y que me acompañarán y atesoraré a lo largo de mi vida.....

**iiiiiiiiii GRACIAS GÜERA!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!**

***Dedico además esta tesis a las personas que han estado conmigo en las buenas, en las malas y hasta en esas ocasiones en las que no pasa nada... a mi familia:***

***A mis padres: Que siempre han estado conmigo, facilitándome el camino, queriéndome en las buenas y las malas, haciéndome más fácil el levantarme, por todos esos recuerdos buenos y malos, sin los que no sería la misma, mil gracias los amo.***

***Que te puedo decir, mi compañero de juegos, de escuela, de vida, quien me enseñó el amor por los libros, por la escuela, por los star wars, por la música, siempre ahí... espero que siga siendo así, te amo Armando.***

***Tan distinta, tan extraña, pero siempre tan cercana a mi corazón, tu ánimo y alegría que a veces me exaspera, porque no comprendo, pero que siempre disfruto, ya que ha puesto sal y pimienta a mi vida, gracias, te amo Zuleyma.***

***Aunque entre nosotras hay una brecha generacional que en ocasiones, es infranqueable, eres un parteaguas en mi vida, por tu alegría, por compartirme esa capacidad de asombro ante la vida, gracias, te amo Montserrat.***

***A mis abuelos:***

***A Froci: Que en su bolsa siempre cargo un mundo alterno que me hizo feliz.***

***A Don Benja: En cuyos ojos muchas veces me vi y a través de los cuales, descubrí que en una misma persona se albergan sabiduría, fuerza, amor, ternura... un ser humano maravilloso.***

***A María: Que me mostró lo hermoso de saber, de las letras y de la reflexión de la vida.***

# ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.	1
1. SALUD.	4
1.1 Definición	5
1.2 Modelos teóricos	5
1.3 Prevención y estilos de vida	10
1.4 Enfermedades Cardiovasculares y estilos de vida	13
1.5 Factores de riesgo	15
2. PATRON CONDUCTUAL TIPO A.	
2.1 Definición.	19
2.2 Patrón Conductual Tipo B	19
2.3 Historia.	20
2.4 Correlatos Fisiológicos del PCTA.	21
2.5 Aspectos generales.	24
2.6 Alternativas de tratamiento.	26
3. MÉTODO	30
4. RESULTADOS	31
5. DISCUSIÓN.	35
BIBLIOGRAFÍA.	36
ANEXOS.	39
A: Cuestionario AATABS.	
B: Cuestionario de ÁVILA.	

## RESUMEN.

El patrón conductual tipo A, se define como: “un complejo y característico patrón activo-emotivo exhibido por aquellos individuos comprometidos en una lucha casi constante por obtener en el menor tiempo posible un número ilimitado de cosas en su entorno, no muy claramente definidas, incluso si es necesario, oponiéndose a personas o situaciones en su entorno”. Con el objetivo de analizar los puntajes de PCTA en jóvenes universitarios de diferentes carreras, se aplicaron, dos instrumentos, uno diseñado por Ávila (1997, citado en Quiroga y Sánchez 1997) y el otro diseñado por Wrzesniewski (1990, citado en Forgays, forgays, Bonaiuto & Wrzesniewski, 1993).

El presente trabajo es una investigación acerca del Patrón Conductual Tipo A, que está compuesta de una revisión teórica la cual permitirá definir y unificar algunos criterios importantes para su descripción y la reseña de la aplicación de los dos instrumentos de evaluación, concluyendo con el análisis y la comparación de los resultados obtenidos de estos, lo cual permitirá establecer comparaciones y similitudes entre los sujetos y sus condiciones. Se trabajó con 435 alumnos de la FES Iztacala, de las carreras de psicología, medicina, optometría, enfermería y biología, con el fin de evaluar el Patrón Conductual Tipo A.

En general los datos obtenidos revelan que los dos instrumentos presentan una correlación medianamente fuerte, los resultados de las evaluaciones con ambos instrumentos son igualmente confiables, además, la carrera que obtiene los puntajes más altos es la carrera de medicina, de igual manera los puntajes más altos los obtienen los hombres.



## INTRODUCCIÓN.

El ser humano “moderno” está siendo confrontado con él mismo al ser cuestionado actualmente por la relación que lleva con su cuerpo, por tal motivo está siendo incitado a ir en busca de “su bienestar” el cual debe estar sustentado no sólo por la ausencia de enfermedad sino en una verdadera preocupación de conseguir calidad de vida. Dicha preocupación no es exclusiva de la población en general, se encuentra también en los profesionales de la salud quienes han dedicado diversas investigaciones en muy diversas áreas a su estudio.

De tal manera que los antecedentes genéticos, nos dan elementos importantes para llevar a cabo una buena historia clínica, pero se sabe que no son del todo determinantes en el padecimiento de una enfermedad, de forma tal que el hacer ejercicio, fumar, el cómo manejamos las relaciones interpersonales, nuestros pensamientos y sentimientos mantienen un correlato fisiológico con el estilo de vida que afecta positiva o negativamente a la salud.

Uno de los problemas físicos relacionados con el estilo de vida es el Patrón Conductual Tipo A (PCTA) el cual se define como: un complejo característico patrón activo-emotivo exhibido por aquellos individuos comprometidos en una lucha casi constante por obtener en el mayor tiempo posible un número ilimitado de cosas en su entorno, no muy claramente definidas, incluso si es necesario, oponiéndose a situaciones o personas en su entorno.

El PCTA, es un magnífico ejemplo de una conducta observable que puede dar indicio de la posible presencia, o de riesgo de presentar enfermedades coronarias (EC), lo cual evidencia la necesidad de realizar investigaciones y seguimiento sobre este tópico para demostrar cómo los jóvenes con PCTA, que presentan hiper respuesta fisiológica se convierten en sujetos con enfermedad cardiovascular subclínica. Para ello se requiere realizar monitoreos periódicos que faciliten detecciones tempranas y seguimiento de los casos sobre todo en aquellas instituciones que formen o empleen jóvenes con carreras en las cuales se manejan altos niveles de estrés, que puedan estar reforzando el desarrollo de características del patrón, el establecer estas medidas permitirá a los individuos desarrollar respuestas de afrontamiento de estrés coherentes con las exigencias propias del trabajo, sin dejar de lado el desarrollo profesional del individuo.

En el presente trabajo, se planea presentar al lector elementos necesarios para conocer e identificar qué es el patrón conductual tipo A, así como hacer una pequeña revisión de algunas investigaciones de diversos autores y por último presentar los resultados de la investigación desarrollada en jóvenes estudiantes de las diferentes carreras de la FES Iztacala.

Así el capítulo uno, “Salud”, contiene una revisión de diversos significados que se le han dado al termino y cómo éstos se han ido modificando, en la medida

en que se han desarrollado diversos sistemas médicos y teóricos para hacer más funcionales los sistemas de salud, no sólo en México, sino en todo el mundo.

Dichos esfuerzos surgen de diversas profesiones, líneas de investigación y áreas de estudio, de tal suerte que surgen de diferentes modelos encargados de la investigación, procuración y difusión de los sistemas de salud. Entre los modelos más destacados se encuentran:

El modelo médico, que contempla a la salud como un concepto contrario al de enfermedad, en este modelo la mirada está fijada sólo en los órganos que han dejado de funcionar y la preocupación primordial es cómo “curarlos”, fragmentando al individuo que presenta algún padecimiento.

El modelo ecológico, consiste en llevar un tratamiento equilibrado entre las funciones biológicas propias del organismo y el medio que lo rodea, ya que tiene como premisa que el hombre es una parte del ecosistema.

El modelo biopsicosocial, el cual considera al proceso salud-enfermedad como un proceso dual, ya que además de considerar la parte “funcional” del individuo biológico, considera también el entorno social en que este ente biológico se desempeña, pretendiendo encontrar un equilibrio entre ambos.

Modelo Psicológico de la Salud, aporta la introducción de tópicos de psicología, con lo que adquiere las siguientes características:

Da cuenta del proceso psicológico referente al mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica, el cual comprende la interacción de tres factores fundamentales: a) la historia interactiva del individuo, b) las competencias funcionales al interactuar con la situación general determinada; y c) la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación. Estos factores interactúan de manera diferencial uno respecto al otro, siendo la modulación de los estados biológicos el tipo de referencia de dicha interacción.

Este modelo plantea, además que los estilos de vida son lo que tradicionalmente se llama la personalidad del individuo y constituyen la manera conciente e idiosincrásicamente en que un individuo se enfrenta ante una situación al interactuar por primera vez con ella (Ribes, 1990).

El objetivo de este modelo es analizar dichos procesos, para sopesar su influencia relativa en la afectación de los estados biológicos del organismo, pertinente a una mayor o menor propensión de la enfermedad.

El modelo analiza además las conductas instrumentales de salud, las cuales se definen como las acciones de los individuos que, directa o indirectamente disminuyen o aumentan la probabilidad de que contraigan una enfermedad, constituyen factores que aumentan o disminuyen el riesgo de

enfermedad o coadyuvará la decisión de su proceso e incluso a su remisión total. Éstas podrían clasificarse en conductas productoras de patología directa o indirectamente, ya que facilitan el contacto con el agente patógeno.

Otro de los puntos de análisis que rigen este modelo, es el estilo de vida, el cual abarca todos los aspectos en los que el individuo se desarrolla y no sólo aquellos que tienen que ver directamente con la enfermedad o el medio, también considera los aspectos psíquicos del individuo, por ello deben de considerarse con más peso que cualquier otro aspecto.

Las enfermedades cardiovasculares (EC), son otro tópico abordado en el primer capítulo, ya que están íntimamente ligadas al estilo de vida y además representan ya un problema de salud pública.

Dentro del capítulo dos, se lleva a cabo una revisión teórica sobre el Patrón Conductual Tipo A, (PCTA) que es un patrón del que se presume tienen influencia en el medio biológico y psicológico, de forma tal que podría estar incidiendo directamente en la salud del individuo, sobretodo en lo que se refiere a las enfermedades cardiovasculares.

El PCTA, puede considerarse como una serie de conductas entre las que destacan comportamientos disruptivos, entre los que se encuentran: esfuerzos extralimitados para terminar muchas tareas en el menor tiempo posible, llevándolas a cabo con un espíritu de competencia aun contra ellos mismos, hostilidad, hiper alerta, explosión verbal, tensión, excesivo control y orden, desconfiados y con imposibilidad de relajarse.

Por el contrario, los individuos con Patrón Conductual Tipo B, son individuos, relajados, serenos, fácilmente satisfechos, y menos preocupados en la obtención de beneficios y/o progresos. Con lo anterior no significa sólo que los individuos clasificados como Tipo B, carezcan de características del PCTA, sino más bien, son sujetos, que tienen una manera muy particular y diametralmente opuesta para resolver las situaciones que se les presentan.

El tercer capítulo, contiene la descripción metodológica de la investigación. En el capítulo 4, se describen los puntajes luego de la evaluación del PCTA, en jóvenes universitarios mediante la aplicación de dos instrumentos, uno diseñado por Ávila (1997) y el otro el desarrollado por Wrzesniewski (1990), se presenta además un análisis comparativo entre los cuestionarios.

El quinto y último capítulo, permitirá realizar una discusión de los resultados obtenidos, relacionados con los antecedentes teóricos proporcionados al inicio del presente.

# CAPÍTULO 1. SALUD.

## 1.1 DEFINICIÓN.

Dentro de este capítulo se presentará un recuento de la evolución que ha tenido el término salud, así como algunos modelos teóricos que lo han abordado, para conocer el término y el modelo teórico en cuyas premisas se basa la presente investigación.

El campo de la salud es amplio y múltiple, sus fronteras son imprecisas, la antigüedad de su contenido está confirmada por la evolución etimológica de la raíz indoeuropea “*sar*” (conservación de sí mismo) que ha dado lugar a la vez a “*sanitas*” (de salud) y a “*salvatus*” (la salvación).

San Marín (1985) menciona que la salud no es un fin en sí misma sino que va acompañada del goce pleno y equilibrado de las facultades del hombre sano y del proceso social. Es decir, la salud más que la función biológica debe tener en cuenta todos los factores que intervienen en su determinación y variación ecológica, ambiente, sociedad, cultura, economía, etcétera.

La definición que da San Marín ejemplifica la dificultad que existe al tratar de definir el término salud, un concepto que va más allá de los términos tradicionales y/o la cultura de una sola población, es decir debe ser operante en diversas culturas, medios socioeconómicos, intereses políticos, etcétera.

El concepto de salud es dinámico e histórico, cambia de acuerdo a la época, para ser más precisos, lo hace con las condiciones de vida de las poblaciones y de las ideas de cada época, de aquí que la idea que tiene la gente de salud no sea siempre adecuada, ya que está limitada por el marco social en que ésta actúa, la salud es una constante en la vida del individuo y su sociedad.

Rose (1994), afirma que la salud tiene dos aspectos: uno que se refiere a *sentirse bien* y el otro que implica “la capacidad de función”. Sobre estas bases, el concepto evoluciona, actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) da la siguiente definición: “salud, es un estado de completo bienestar físico, mental, social; capacitado para el funcionamiento idóneo y no solo la ausencia de enfermedad (en cualquier grado) o invalidez”. Así, la definición del término salud, al ser tan ambigua o subjetiva, dependerá sólo del criterio de los investigadores.

## 1.2 MODELOS TEÓRICOS.

El acuñar un término no sólo implica hacer referencia al concepto, exige además, en el ámbito de las ciencias, que se brinden una serie de criterios que a la larga deberán considerarse dentro de una línea de investigación y procesos metodológicos que permitirán teorizar acerca de dicho concepto, tal es el caso de la salud, término sobre del que a lo largo de la historia se han constituido diversas definiciones y líneas de investigación.

A continuación se presenta un recuento de los modelos más importantes, con los que se ha abordado el proceso salud-enfermedad, concluyendo con el modelo psicológico de la salud, modelo que permite abordar el tema de manera más eficaz y que además contiene por su línea teórica conceptos que permitirán la comprensión y análisis de la presente investigación.

**MODELO MÉDICO:** es quizás uno de los más importantes, ya que pertenecen a éste los primeros esfuerzos dentro de las investigaciones científicas y aportaciones con respecto a la salud, dicho modelo, se basa en la etiología, es decir se centra en la identificación del origen de la enfermedad, a principios del siglo XIX se vio reforzada por la teoría bacteriana de Pasteur que postula la idea del origen microbiano. Fleck (1935 citado en Ribes 1990) hace una crítica al modelo médico, ya que éste adopto una versión modificada del modelo demonológico en que el cuerpo es poseído por agentes extraños. Concibe la salud como una metáfora, en donde el organismo actúa como fortaleza, defendiéndose de invasiones externas, aun cuando se reconocen los factores auspiciadores genéticos y externos, se considera a la salud como un estado intrínseco del organismo en tanto resiste los embates de los agentes externos nocivos”.

Algunos aspectos que se consideran dentro del modelo médico son:

\*Validez, es decir debe evaluarse si el padecimiento se trata realmente de una situación anormal y no sólo el parecer del paciente o en su defecto algún padecimiento psicosomático, en cuyo caso no será objeto de atención médica.

\*Incapacidad temporal, se “retira” algunos días al paciente de sus actividades normales para su observación, con el objeto de que vuelva a la vida productiva en el menor tiempo posible.

\*Evidencia del propósito; el paciente “debe dejar en claro” frente al médico, que tiene efectivamente el propósito de sanar.

\*Expresión de molestia, el paciente nuevamente tiene que mostrar dolor, pena, desesperanza u otras emociones con respecto al malestar, que al ser suprimido, dará cuenta que se ha concluido el proceso de curación.

Al respecto Franco (1990) menciona que la concepción médica en el campo de la salud-enfermedad significó un avance histórico y abrió horizontes

insospechados en el oscurantismo anterior, sin embargo, ha generado también reducciones, desenfoques, exclusiones y desviaciones de graves consecuencias. Ha priorizado la atención al enfermo sobre el cuidado de la salud, reduciendo científicidad al territorio y a los métodos de las ciencias bionaturales.

Este modelo se considera eficaz sólo en algunos campos de acción, ya que se enfoca a un sólo aspecto del ser humano, así se ocupa del funcionamiento atípico o padecimiento de algún órgano y no así de las consecuencias que tiene este padecimiento individual y socialmente, el paciente se convierte en una especie de “máquina” a la que hay que arreglar.

**MODELO ECOLÓGICO:** este modelo considera una mejor comprensión de la estructura de las funciones de la vida en la que vemos un conjunto de relaciones concretas que expresan un equilibrio dinámico entre todas las funciones orgánicas de los seres vivos y del medio ambiente en su conjunto. Así, el hombre forma parte integral del medio ambiente (biósfera); debe existir armonía con el medio natural y social, si bien él es, por su actividad, el principal motor de cambio del medio, e incluso el perturbador de los ecosistemas naturales.

El estado de cambio permanente constituye día a día el factor dominante en la vida humana, estos aspectos innumerables de la condición humana, son la lucha del hombre para adaptarse al medio (biósfera) que cambia continuamente. Este es el destino de todo ser vivo y es también la esencia misma de la vida sobre la tierra.

La vida sobre la tierra, así como los fenómenos biológicos (ejemplo de ello es el proceso salud-enfermedad) derivados de ella, constituyen un sistema ecológico abierto que está en relación necesariamente estrecha con el medio, así cuando el sistema de intercambio no es específico a la especie, sobrevienen los trastornos fisiopatológicos y finalmente cuando este sistema de intercambio desaparece sobreviene la muerte.

Si bien el hombre es parte de un ecosistema, cuyo sólo funcionamiento equilibrado con el resto del medio no es suficiente como para explicar el lado subjetivo que es intrínseco al hombre y lo influye de la misma manera o de manera aun más importante que con su sola pertenencia al sistema.

**MODELO BIOPSIICOSOCIAL:** este modelo se caracteriza porque por primera vez se contempla al proceso salud-enfermedad como un proceso dual, ya que además de considerar la parte “funcional” del individuo como un ente biológico, considera también el entorno social en que este ente biológico se desempeña, pretendiendo llegar a obtener equilibrio entre ambos.

Kisnerman (1990) manifiesta que este modelo, contempla a la salud como un concepto contrario al de enfermedad, que no existe por sí mismo como independiente del hombre y de su medio, que está estrechamente ligado a los

modos de vida humanos, a las condiciones económicas y a las condiciones culturales y sociales que son muy variables dentro de la sociedad humana, las condiciones por las relaciones del individuo y de la población con la sociedad y el medio.

La vida humana se desarrolla en una situación dinámica e intermedia entre el bienestar físico, los traumatismos, malestares y las patologías agudas y crónicas. El hombre se ha vuelto cada vez menos dependiente del “estado biológico” y más del “estado social” es decir de su grado de integración social, de las condiciones de vida y de las respuestas ofrecidas por la sociedad a los diversos problemas y necesidades con los que el hombre se enfrenta.

Dentro de los factores que determinan el proceso de salud-enfermedad para este modelo, se consideran los siguientes:

- \*Estructura y equipamiento biológico individual; reserva genética de la población.

- \*Estructura socio-económica de la sociedad estudiada, modos de producción y relaciones sociales de producción, clases socio-económicas, distribución de renta nacional, desigualdades sociales, etcétera.

- \*Nivel de vida de la población: costo de vida, salarios o rentas; etcétera.

- \*Tipo y grado de desarrollo social y económico de la población, de cada familia; grado de independencia económica, política y cultura del país, nivel de deterioro de la naturaleza.

- \*Medios de vida de la población y de los grados de participación, comportamientos, hábitos, creencias, etcétera.

- \*Calidad ecológica y sanitaria del entorno global de la población.

- \*Condiciones sociales y sanitarias del trabajo.

- \*Existencia o no de desigualdades socio-profesionales cara a la salud, enfermedad y muerte: origen y consecuencias.

- \*Nivel de educación general del individuo y la población.

- \*Nivel de educación para la salud del individuo y la población.

- \*Grado de participación del individuo y la población en los problemas de salud-enfermedad y la gestión de su propia salud.

Delpino y Pérez (1993), refieren que este modelo sirve como un proyecto unificador para el entendimiento, el desarrollo, el diagnóstico, las reacciones y tratamiento de enfermedades y trastornos psicológicos. Este modelo (biopsicosocial) intenta demostrar las interacciones y los efectos de interacción y reforzamiento de innumerables procesos anatómicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos de un individuo.

Este modelo no es del todo efectivo, ya que no explica eficazmente la génesis de muchas de las enfermedades que siguen aquejando al hombre, ya que al igual que el modelo anterior vuelve a dejar a un lado las características psíquicas del individuo.

MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD: Ribes (1990), contrapone la efectividad de los modelos anteriores a los que considera infuncionales y aporta un modelo de salud con bases psicológicas, el cual tiene las siguientes características:

Es un proceso psicológico referente al mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica, comprende la interacción de tres factores fundamentales: a) la historia interactiva del individuo, b) las competencias funcionales al interactuar con la situación general determinada; y c) la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación. Estos factores interactúan de manera diferencial uno respecto al otro, siendo la modulación de los estados biológicos el tipo de referencia de dicha interacción.

Los factores son descritos como:

\*La historia interactiva del individuo, es la historia de sus interacciones, es decir cómo se ha comportado en el pasado respecto de situaciones y de las relaciones comprendidas en dichas situaciones. Constituye además la disposición de un individuo a interactuar con una situación presente, en un momento dado, con base en sus formas y modos de dicha situación, es un factor que facilita o interfiere con la emisión de ciertas conductas, pero que no constituyen el factor decisivo para que dichas conductas sean pertinentes, funcionalmente en una situación determinada.

\*Competencias funcionales presentes, están constituidas por la capacidad conductual del individuo, así como los requerimientos de la situación en el campo de la contingencia y los factores que defienden el contexto de la interacción y que son identificables como características de la situación (tipo de escenario, condiciones físicas y sociales que lo configuran como personas que auspician las interacciones sin participar de ellas), las condiciones biológicas momentáneas del individuo, así como la capacidad del individuo para interactuar con dicha situación dada su experiencia particular.

\*Modulación de los estados biológicos, entendidos como una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que, dichos factores desencadenantes o de contagio directo, el individuo desarrolle una enfermedad aguda o crónica.

Ribes (1990) plantea además que los estilos de vida son lo que tradicionalmente se llama la personalidad del individuo. Constituyen la manera consiente e idiosincrásicamente en que un individuo se enfrenta ante una situación al interactuar por primera vez con ella.



El objetivo de este modelo es adaptar el análisis de dichos procesos, para sopesar su influencia relativa en la afectación de los estados biológicos del organismo, pertinentes a una mayor o menor propensión de la enfermedad.

El modelo se basa además en las conductas instrumentales de salud, las cuales se definen como las acciones de los individuos que directa o indirectamente disminuyen o aumentan la probabilidad de que contraigan una enfermedad, constituyen factores que aumentan o disminuyen el riesgo de enfermedad o coadyuvarán la decisión de su proceso e incluso a su remisión total.

Otro factor que contempla este modelo, es la combinación de las influencias patológicas, las cuales son:

\*Conductas que son instrumentales de alto riesgo y alta vulnerabilidad biológica, que resultarán inevitablemente en el desarrollo de una combinación patológica.

\*Conductas que son instrumentales de alto riesgo o baja vulnerabilidad biológica, que resultarán en probabilidades variables de aparición de condiciones patológicas, con base en la naturaleza de estas últimas.

Así, el modelo es eficaz en la medida en que prepara al individuo para reaccionar de manera que sea capaz de disminuir los factores ambientales que inciden en la vulnerabilidad biológica, previene las enfermedades mediante conductas instrumentales, habilitándolo para desarrollar las contingencias necesarias para afrontar las situaciones de riesgo que se le presenten en la vida cotidiana y no sólo la información del estado salud y enfermedad que pone al individuo sólo como un espectador cualquiera que lo incapacita, lo pone en una situación estática frente a un sistema dinámico.

Ribes (op cit.) señala que es indudable que en ciertos casos, la información per-se aparenta ser suficiente para regular y producir cambios efectivos de comportamiento en los individuos, sin embargo, esto tiene lugar porque la información se presenta a individuos que poseen competencias en el nivel extra y transituacional. De esta manera las conductas instrumentales son eficaces para dos casos, el primero, provocar una alta vulnerabilidad, la segunda bajar la incidencia de padecer una enfermedad, así plantea una posición frente a la prevención en la que considera que el estado o condición patológica es consecuencia desde el punto de vista psicológico de la convergencia de dos factores: el estado de baja vulnerabilidad biológica y el ejercicio de conductas instrumentales productoras de contacto o efectos de alto riesgo de inducir patología biológica, (estas últimas representan las manifestaciones individuales y culturales de competencias situacionales efectivas de cada persona).

Por otro lado, la vulnerabilidad biológica constituye un estado resultante de la interacción de dichas competencias efectivas, con las contingencias situacionales que modulan reacciones de estrés e inmunitarias en el organismo.

Enumera además a las conductas instrumentales en formas de “saber hacer”, es decir:

- \*Saber qué se tiene que hacer, en qué circunstancias se tiene que hacerlo, cómo decirlo y cómo reconocerlo.

- \*Saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes o haberlo practicado.

- \*Saber porqué se tiene que hacer o no –sus efectos- y reconocer si se tiende o no a hacerlo.

- \*Saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y no hacerlo.

- \*Saber hacer otra cosa en dicha circunstancia, o saber hacer lo mismo de otra manera.

Con estos saberes el individuo reconocerá el alto riesgo en el que se encuentra de padecer enfermedades situación que le permitirá afrontar la situación llevándolo a tomar medidas preventivas.

El modelo psicológico de la salud, introduce a la psicología al estudio del proceso de salud, atribuyendo así al individuo, responsabilidad dentro del proceso de salud-enfermedad, con el peso suficiente como para generar, modificar y sostener el padecimiento de alguna enfermedad.

### **1.3 PREVENCIÓN Y ESTILOS DE VIDA.**

En las consideraciones que deben de hacerse para realizar programas eficaces, en contra de una enfermedad determinada, están incluidos, la definición precisa, la administración de los recursos y el nivel en que se encuentra cada uno de los individuos a los que se pretende dirigir la información para lograr que ésta tenga los resultados más eficaces posibles.

Para Higashida (2003), la prevención consta de tres niveles:

Prevención primaria. Se lleva a cabo durante el periodo de génesis (prepatogénico), con el propósito de mantener la salud, promoverla y evitar la aparición de la enfermedad. Entre las medidas preventivas se encuentran:

- \*La alimentación que debe ser balanceada.

- \*Educación de higiene para la salud.

- \*Tener consideraciones generales sobre el medio ambiente físico del individuo.

- \*Atención al desarrollo general de los individuos.

- \*Estudios generales.

\*Genética.

Prevención secundaria. Esta tiene lugar en caso de que el individuo ya esté contemplado dentro de los factores de riesgo o bien se encuentre afectado por alguna enfermedad sin que esta lo comprometa de alguna manera, las medidas que se deben seguir son:

- \*Diagnóstico y tratamiento temprano.
- \*Prevenir o curar la enfermedad a tiempo.
- \*Prevenir la propagación de la enfermedad.
- \*Acortar el periodo de incapacidad provocado por la enfermedad.
- \*Rehabilitar o prevenir complicaciones y secuelas.

Prevención terciaria. Se lleva a cabo cuando el padecimiento ya ha creado una afección, lo que les exige a los servicios de salud, proporcionar los medios necesarios para realizar el tratamiento y seguimiento del caso clínico, evitando así se llegue a consecuencias más graves además de brindar los elementos para una mejor calidad de vida para el paciente. La prevención terciaria consiste en:

\*Proporcionar los recursos hospitalarios, de adiestramiento y educación para tratar la enfermedad.

\*Integración social del enfermo.

\*Trabajo terapéutico para el enfermo y el personal profesional y para-profesional que tendrá que tratar con el paciente.

Acosta (1987), señala que: “desde Darwin se ha subrayado la importancia del medio ambiente geográfico para la salud física y social de la población. La topografía, el clima, la precipitación pluvial, la tierra, la flora, la fauna, las fuentes de energía, todos estos elementos ayudan a las fuentes de energía, todos los elementos ayudan a modificar los patrones de vidas tanto personales como sociales. Las costumbres, las ocupaciones, los valores, las creencias y las conductas de los seres humanos en todo el mundo, aparentemente se encuentran ligados a sus esfuerzos en su interacción con la naturaleza, el adecuado conocimiento de las diversas regiones físico geográficas de un país, permite la identificación de factores importantes en el nivel de salud física y social de la población de dichas regiones”.

Lo anterior no es del todo funcional, ya que no engloba los factores que definen y/o influyen sobre la población, enumera el aspecto geográfico, del cual posteriormente se desprenderán algunos otros como la cultura. Todos estos elementos corresponden a los estilos de vida de un individuo, que a fin de cuentas constituyen en buena parte la psique de éste.

Jiménez (1993) define los estilos de vida como: un conjunto de comportamientos que contribuyen al mantenimiento de la salud, y aleja el riesgo de morir, o aquellas conductas que dañan la salud y aceleran la muerte. Los

estilos de vida, atribuyen valores y creencias compartidas por los integrantes de un grupo social y étnico.

Proporciona además algunos aspectos que deben tenerse en cuenta sobre los estilos de vida, las conductas y actitudes:

- \*Aceptación de los patrones de conducta.
- \*Perfil de respuestas.
- \*Posición frente al cambio.
- \*Recursos para solución de problemas.
- \*Problemas a enfrentar.
- \*Actitud ante la dolencia.
- \*Actividades de auto cuidado.
- \*Tipo de locus de control.
- \*Modos de interacción social.
- \*Propósitos vitales limitados a las tradiciones: pasivo, interactivo.
- \*Opciones limitadas.

Meichenbaum (1985) considera que el estilo de vida es un como un conjunto de patrones de conducta, escogidos, a partir de las alternativas que están disponibles a la persona de acuerdo a las circunstancias socioeconómicas de tal manera que la persona es capaz de escoger entre distintas opciones.

La cultura nos permite acceder al entendimiento de las peculiaridades en la conducta no sólo de un grupo, sino también de un individuo, así, se contemplan dentro de ella, sus tradiciones, formas de ser, hacer y su ideología.

Por otro lado, Mejia (2001), define estilo de vida como las experiencias y eventos que forman el patrón diario de vida de un individuo, incluyendo:

- \*Lugar en donde vive y condiciones del ambiente en el hogar.
- \*El tipo de trabajo que realiza y las condiciones que circundan esta actividad.
- \*Lo que come y lo que bebe.
- \*Sus hábitos personales tales como fumar, beber, consumir drogas, entre otros.
- \*El grado de actividad física que realiza.
- \*La clase de actividad física que realiza
- \*Familia y amigos.

Maldonado y Mancera. (1993) afirman que los estilos de vida no son otra cosa que formas de realizar diferentes actividades, rutinas cotidianas o hábitos: horas de vigilia o de descanso, modalidades de alimentación y número de comidas diarias, hábitos como fumar, consumo de alcohol y otros estimulantes, ejercicio físico, utilización de servicios de salud, etcétera.

Así, el estilo de vida abarca todos los aspectos en los que el individuo se desarrolla y no sólo aquellos que tienen que ver directamente con la enfermedad o el medio, también considera los aspectos psíquicos del individuo, por ello deben de considerarse con más peso que cualquier otro aspecto.

La salud, lo mismo que la enfermedad, no existe por sí misma independientemente del hombre y de su medio; está estrechamente ligada a los modos de vida humana, así las condiciones económicas y las condiciones culturales y sociales que son muy variables dentro de las sociedades humanas influyen sobre la salud del individuo. Las nociones de salud enfermedad están expresadas y condicionadas por las relaciones del individuo y de la población con la sociedad y su medio.

#### **1.4 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y ESTILOS DE VIDA.**

Actualmente las enfermedades relacionadas con el corazón han despertado el interés de médicos y público en general, ya que las muertes causadas por estos padecimientos aumentan día con día, convirtiéndose así en un problema de salud pública.

La secretaria de salud reporta que en 1997 se registraron 440 437 muertes relacionadas con enfermedades coronarias y además presentan una tasa de crecimiento anual de 464 casos, superando padecimientos como la diabetes y algunos tumores. Para el 2003, la secretaria de salud en diversos comunicados de prensa estimó que en el país la causa de muerte de 4 de cada 10 hombres, en promedio, estaría relacionada con algún padecimiento cardíaco y que en el mundo cada 4 segundos muere alguien por las mismas causas.

Aunque pareciera que se habla mucho de las enfermedades cardiovasculares, deben ser definidas, para su análisis, estudio y clasificación.

Espino (1997) define a las enfermedades coronarias como el resultado de una desproporción entre la demanda del material energético que se requiere para el trabajo cardíaco y la capacidad de irrigación que presenta la red coronaria, la insuficiencia coronaria, ya sea parcial o total, suele deberse al estrechamiento de una o varias arterias coronarias.

Entre las enfermedades coronarias se considera angina de pecho, infarto al miocardio, arteroesclerosis, e hipertensión arterial, cuyas características se detallan a continuación:

**ANGINA DE PECHO:** es un dolor arriba del corazón o en el centro del pecho, y se ha descrito como sensación de habersele colocado a una persona una

pedra sobre el pecho o sobre el corazón debido a una insuficiente liberación de oxígeno en el miocardio.

**ARTEROESCLEROSIS:** el término arteroesclerosis viene de dos raíces griegas a *there* papilla y *sclerosis* dureza, es decir, depósito de material con aspecto de engrudo en la cara interna de las arterias, específicamente, bajo la capa íntima de los vasos lo que ocasiona la reducción gradual de la luz arterial.

La disminución de la luz arterial reduce la perfección de los territorios distales, también causa la isquemia.

Los músculos privados de irrigación o con flujo sanguíneo arterial insuficiente causan dolor y cansancio muscular con la marca de claudicación intermitente.

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HA):** cuando el corazón bombea sangre a las arterias, con el fin de distribuirla a través del cuerpo, la sangre ejerce tensión contra las paredes de dichos tubos firmes y elásticos. Cuando hay HA el corazón se sobre carga, se hipertrofia y se produce esclerosis vascular.

En muchos casos la presión arterial alta aparentemente es causada por un trastorno emocional, el enojo reprimido y otras tensiones emocionales pueden producir el aumento pronunciado de presión arterial; si esto ocurre con demasiada frecuencia, acabará traduciéndose en daño permanente en el músculo cardíaco. Lo que constituirá hipertensión verdadera de origen psicosomático.

Si la presión arterial es constantemente alta, se establece un diagnóstico de hipertensión. Sin embargo, él médico no juzga la gravedad de la enfermedad, solo por el alto nivel de presión arterial. sino que trata de evaluar el daño, si lo hay, infligido a los órganos que son más susceptibles a los efectos colaterales de la presión arterial alta. Estos son el corazón, los riñones, el cerebro y los ojos.

Debido a que la presión arterial alta impone al corazón y a los vasos sanguíneos un aumento en el esfuerzo, se da como posible consecuencia que los pacientes experimenten síntomas tales como dolor de cabeza.

**CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS:** los defectos del corazón y del sistema predominan entre las anomalías presentes en el momento del nacimiento en un pequeño porcentaje de bebés. En el "bebé azul" la sangre no circula apropiadamente del corazón a los pulmones. Algunos de estos estados son inmediatamente obvios en el momento del nacimiento, pero algunas anomalías congénitas no se revelan hasta muy tarde en la vida. Actualmente se han logrado grandes progresos en la corrección o mejora de semejantes estados cardíacos mediante operaciones quirúrgicas de nueva concepción.

**INFARTO AL MIOCARDIO:** el infarto del miocardio es la complicación más grave del enfermo coronario no sólo por que lo invalida, sino por que puede ser

mortal y por que cuando el paciente se recupera, en los casos de evolución favorable, se ha perdido una parte de las reservas cardiacas. El infarto producido por la oclusión total de una coronaria, equivale a la “muerte” de una porción más o menos extensa y más o menos profunda de la pared del ventrículo, sobre todo del izquierdo que es más frecuente.

El infarto ocurre por un desequilibrio súbito entre el aporte de sangre al miocardio, expresado fundamentalmente por la necesidad de oxígeno y su demanda. Esto solo causa una oclusión o menos comúnmente la reducción acentuada del calibre de una arteria coronaria. Esta reducción por lo general es brusca, en el infarto, puede ocurrir en pleno reposo pero es frecuente que un esfuerzo intenso lo precipite.

Otro factor que influye en el infarto del miocardio es la liberación de adrenalina, taquicardia, hipertensión arterial, aumento en la coagulabilidad de la sangre, aumento de la agregación plaquetaria.

## **1.5 FACTORES DE RIESGO.**

**EDAD:** aunque hasta hace una década se consideraba que después de los cuarenta años un individuo “normal”, podía ser candidato a riesgo de padecer alguna enfermedad cardiaca, hoy en día se sabe que a cualquier edad se esta en riesgo de presentar alteraciones cardiacas, ya que su incidencia, es a edades cada vez más tempranas.

**SEXO:** la mujer es menos propensa al infarto que el hombre. Las hormonas femeninas, en lo particular los estrógenos protegen a la mujer. Antes de la menopausia los anticonceptivos y el tabaquismo multiplican el riesgo de un accidente coronario en la mujer, sobre todo en el caso de presentar más de una de estas condiciones, (Figuerola, 1997).

**RAZA:** bs hombres y mujeres de raza blanca tienen un riesgo mayor de presentar este tipo de padecimientos

**HERENCIA:** este factor es muy importante, existe, según los expertos, en el 40% de los individuos, se hereda además de la conformación física, la conformación psicológica y la genética (obviamente) y estos hechos reunidos explican en buena parte la propensión al infarto.

**SOBREPESO:** el exceso de peso significa, entre otros hechos mayor trabajo muscular, aun en reposo, y mayor trabajo del corazón, buena parte de los hipertensos son obesos.

**VIDA SEDENTARIA:** la vida sedentaria es un factor de riesgo del infarto del miocardio, por el contrario, el ejercicio físico sistemático y moderado es una actividad saludable que indirectamente protege al individuo de una cardiopatía coronaria activa y mantiene en buena forma bs músculos y entre ellos muy señaladamente el corazón. Un estudio al respecto, con 3967 hombres entre 45 y 69 años de edad, mostró que el ejercicio físico produjo efectos favorables y entre otros un descenso del colesterol sanguíneo y del fibrinógeno (Gonzalez y Guevara, 1999).

**DIABETES:** en realidad los pacientes diabéticos, presentan con frecuencia alteraciones cardiacas, ya que es propio de su enfermedad el aumento del grosor del ventrículo izquierdo y mayor volumen diastólico, causan daños en pequeños vasos coronarios (microangiopatía).

**TABAQUISMO:** el aumento en la frecuencia de infarto del miocárdico en jóvenes entre 35 y 40 años de edad, es uno de los fenómenos más impresionantes relacionados con el tabaquismo.

**OCUPACIÓN:** existe un tipo de individuo susceptible; el que no tiene tiempo más que para trabajar y se olvida de la vida familiar, del esparcimiento, etcétera. Wolf (1969), se refiere a éste como un individuo que padece del complejo de "Sisifo": "Individuo que tiene compulsión por el trabajo y se fija metas muy ambiciosas pero al mismo tiempo siente internamente que no ha logrado todo lo que se propone".

**MANEJO INADECUADO DE LAS EMOCIONES:** las respuestas emocionales que el individuo presenta frente a un acontecimiento, las cuales pueden ser del tipo de: respuestas corporales, respuestas fisiológicas y representación subjetiva o interpretación personal de un acontecimiento.

De tal modo que las respuestas corporales se evidencian mediante expresiones faciales, gestos o posturas, las respuestas fisiológicas, son aquellas que se refieren a cambios dentro del organismo, sin embargo, las representaciones están directamente relacionadas con la cultura y la personalidad entre otras, aunque una influye en la otra, modificándola sin importar el origen de esta (Ostrosky, 2000).

La edad cada vez menor en la que se presentan los infartos ha aumentado en frecuencia, debido a la moderna epidemia de la tensión emocional, ya que normalmente, el infarto al miocardio, está relacionado con la edad avanzada (mayor de 60 años en hombres), aunque actualmente ha aumentado la frecuencia de este padecimiento en hombres menores de 40 años, siendo estos, individuos que presentan temperamento emotivo, agresivo, frecuentemente fumadores compulsivos, quienes durante una emoción intensa o un comportamiento de gran impacto sufren el accidente coronario. Desde luego que hay adultos mayores o



viejos que sufren infarto, sin que necesariamente tengan este tipo de características.

La importancia de analizar las enfermedades cardiovasculares, radica no sólo en que se trata de una serie de características que tienen que ver con los estilos de vida y afrontación de un individuo, entre los que se encuentran las emociones.

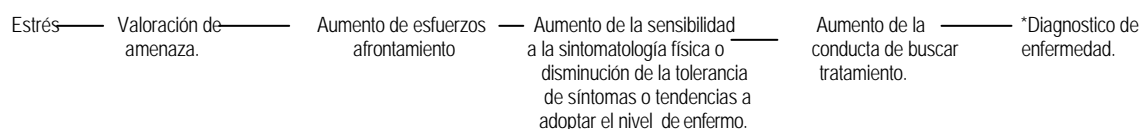
Las emociones se experimentan psicológica y fisiológicamente y aunque existe una variedad inmensa de sentimientos que se enuncian culturalmente (miedo, cólera, ansiedad, alegría, etcétera), las respuestas del sistema nervioso autónomo son más limitadas y se parecen a las que provoca el ejercicio físico: taquicardia, elevación de la presión arterial, aumento en el consumo de oxígeno, etcétera. Roskies (1987) cree que las presiones de tipo profesional, la velocidad en que el individuo tiene que trabajar, las presiones personales, constituyen un factor importante en el riesgo de padecer enfermedades cardíacas.

También Rosenman y Chesney (1988) consideran que los rasgos de personalidad y comportamiento parecen ser los que tienen más relación con las enfermedades coronarias.

Picó (1995) considera que el estrés, acompaña características biológicas particulares, soliendo presentar niveles más altos de colesterol, triglicéridos, agregación plaquetaria y rapidez de coagulación, así como mayor respuesta insulínica a la glucosa y mayor labilidad en las cifras de presión arterial, que a la larga representarán costos en la salud general y coronaria del individuo.

Cohen, Lazarus y Moos (1982), realizaron una recopilación en la que muestra mediante modelos estereotipados, diferentes procesos que muestran a su vez diversos estilos de afrontamiento de estrés y cómo estos derivan en el padecimiento de una enfermedad "física", los cuales están mediados también por la personalidad y patrones de comportamiento.

### Modelo de Valoración del Estrés.



\*NO NECESARIAMENTE EN INCIDENCIA REAL.

Modelo de dimensión de la personalidad.

(1) Modelo de tendencia de respuesta.

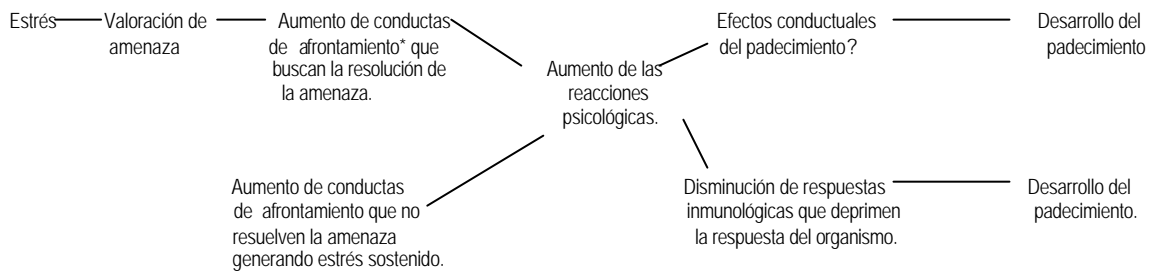
Estilo de personalidad que incluye tendencia a referir cambios en la vida decepciones o síntomas físicos. \_\_\_\_\_ Reporte de estrés en la vida y síntomas físicos. \_\_\_\_\_ Aumento en la conducta de buscar tratamiento. \_\_\_\_\_ \*Diagnóstico.

(2) Modelo de Hipersensibilidad.

Estilo de personalidad que constituye hipersensibilidad o síntomas físicos o eventos de la vida \_\_\_\_\_ Reportes de estrés en la vida y síntomas físicos. \_\_\_\_\_ Aumento en la conducta de buscar tratamiento. \_\_\_\_\_ \*Diagnóstico de enfermedad.

\* NO NECESARIAMENTE CON INCIDENCIA REAL.

Modelo de mecanismos Endócrino-Immunológicos mediados cognositivamente.



\*TALES COMO LA SECRECIÓN DE HORMONAS ADRENOCORTICALES Y ADRENOMEDULARES.  
 ?EJEMPLO: AUMENTO EN LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE.

## **CAPÍTULO 2. PATRÓN CONDUCTUAL TIPO A.**

En la actualidad algunos de los padecimientos cada vez más frecuentes entre la población no tienen necesariamente un origen de tipo fisiológico, por lo que ha sido necesario estudiar algunos otros aspectos generales de la vida de estos individuos, como sus hábitos y estilos de vida.

Así, se ha encontrado que la alimentación y el trabajo entre otros tienen una fuerte influencia en la salud de los seres humanos, pero no ha sido suficiente para explicar totalmente el fenómeno, de esta manera se ha vuelto fundamental, analizar las conductas, pensamientos y emociones de dichos individuos que son con frecuencia los causantes de determinados padecimientos, tales como el Patrón Conductual Tipo "A" (PCTA).

### **2.1 DEFINICIÓN.**

El Patrón Conductual Tipo A (PCTA), se define como: "un complejo y característico patrón activo-emotivo exhibido por aquellos individuos comprometidos en una lucha casi constante por obtener en el menor tiempo posible un número ilimitado de cosas en su entorno, no muy claramente definidas, incluso si es necesario, oponiéndose a personas o situaciones en su entorno" (Friedman y Rosenman, 1976 en Tron, 98).

Existe otro patrón conductual asociado al patrón conductual tipo "A", el patrón conductual tipo "B" (PCTB), el cual tiene la peculiaridad de considerar las mismas categorías que en el PCTA pero los individuos que lo presentan, manejan respuestas diametralmente opuestas a los tipo "A".

### **2.2 PATRÓN CONDUCTUAL TIPO B (PCTB).**

La conducta tipo B, se presenta en sujetos cuyas características son: tipos relajados, serenos, fácilmente satisfechos y menos preocupados en la adquisición de necesidades y/o progresos. Se vuelve pues aparente que la conducta tipo B es solo la ausencia de muchas de las conductas de los tipo A, pero no es así, más bien ser un individuo con patrón conductual tipo B, refleja un estilo de afrontamiento diferente caracterizado por no tener urgencia de tiempo, los que además presentan ausencia de conductas como impaciencia y respuestas hostiles (Rosenman and Chensney, citado en Rosenman, 1988).

Friedman (1996) menciona que los sujetos tipo B, en comparación con los tipo A, son más seguros y tienen mayor autoestima, los describe como personas que pueden escuchar y tolerar a otros sin impacientarse o enojarse, pasan por alto

errores triviales de otras personas, pueden dar afecto así como recibirlo, aceptan críticas, pueden delegar el trabajo en otros, etcétera.

## 2.3 HISTORIA.

Aunque pareciera que el PCTA se comenzó a presentar recientemente no es sino hasta los últimos tiempos en que se ha difundido, pero se comenzó a estudiar en décadas pasadas, Rosenman (1985), proporciona, una revisión teórica de los primeros estudios que se pueden relacionar con el PCTA, entre los que destacan los siguientes:

Van Dush (1868, citado en Picó, 1995), observó que las personas con una forma de hablar potente y con excesivo trabajo estaban predispuestas a la Cardiopatía Coronaria (CC). Durante más de dos décadas Osler (1910), hizo hincapié en que las tensiones y el trabajo excesivo estaban relacionadas con individuos con padecimientos cardiacos a los que se refería de la siguiente manera: “creo que la presión elevada a la que vive el hombre y el hábito de *trabajar la máquina al máximo* de su capacidad, son los responsables de la degeneración arterial, más que el exceso de comer o beber”. Describió además al paciente típico con CC como una persona lejos de ser delicada, es un hombre robusto, vigoroso de cuerpo y alma, un hombre avezado y ambicioso cuyo indicador señala *que su máquina* siempre está trabajando al máximo.

Picó, (op. Cit.), comenta que es en 1936 los hermanos Menninger notaron que los pacientes con CC tenían fuertes tendencias agresivas, en este mismo año Dunbar, quien es precursor de las enfermedades psicosomáticas, los describió como muy activos y con metas definidas. Kemple, en el mismo año, los catalogó como ambiciosos y compulsivos luchando por alcanzar metas que conferían poder y prestigio. Arlow y Gulden también dieron cuenta de sus características ambiciosas y de gran actividad.

Para los años cincuentas, el inglés Stewart correlacionó las condiciones de tensión con un aumento en la tasa de CC, aportando una explicación funcional del organismo y evidenciando el correlato fisiológico que permitió más adelante dar una explicación de las alteraciones funcionales en el individuo sin la presencia previa de algún padecimiento físico.

Para la década de los 60 se inician las primeras investigaciones formales de las que surge lo que puede considerarse formalmente como antecedentes propios del PCTA, Rosenman y Chesney (1967), les atribuyen a los individuos con PCTA un conjunto de rasgos del comportamiento y un estilo de vida caracterizado por un aumento en la competitividad, esfuerzo por llegar y agresividad, que puede estar fuertemente reprimida, impaciencia, inquietud, estado de alerta excesivo, tensión de la musculatura facial, estilo de lenguaje

explosivo y un sentido de urgencia crónica que conduce a la aceleración del pensamiento y la acción.

Otras características del comportamiento en individuos que presentan PCTA son:

1) intensa y sostenida energía para llevar a cabo objetivos auto-seleccionados pero con frecuencia pobremente definidos. 2) profunda y vehemente competencia. 3) un profundo deseo de reconocimiento y de progreso. 4) un continuo comprometerse en múltiples y diversas actividades sujetas a restricciones de tiempo. 5) una propensión habitual para acelerar la tasa de ejecución de muchas funciones físicas y mentales. 6) una extraordinaria alerta mental y física. 7) sentimientos agresivos y hostiles. 8) se alejan de algunas otras actividades, incluyendo amigos y familia. 9) no establecen relaciones interpersonales afectivas con sus compañeros de trabajo o vecinos. Friedman y Rosenman (1959; citados en Tron, 1998).

Tron (op. Cit.) considera que el PCTA, puede operacionalizarse como una constelación de conductas entre las que puede observarse excesiva competitividad, esfuerzos por ejecutar muchas tareas, agresividad, urgencia de tiempo aceleración de las actividades comunes, son sujetos que no buscan descansar, hostiles, con un estado de hiperalerta, tensión de músculos faciales, refieren sentimiento de lucha contra las limitaciones de tiempo y la insensibilidad del ambiente, son ordenados, bien organizados, autocontrolados, autoconfidentes que prefieren trabajar solos cuando se encuentran bajo presión, que no se distraen fácilmente cuando desempeñan alguna tarea, profundamente involucrados en su vocación, incapaces de relajarse, con un habla explosiva acelerada, un ritmo de vida acelerado, una gran impotencia ante la lentitud, personas que se concentran ante más de una actividad al mismo tiempo, una preocupación por si mismos, una gran insatisfacción con la vida, personas con una auto evaluación constante en sus actividades, tendencia a desafiar y a competir con otros incluso en situaciones no competitivas y una hostilidad permanente hacia casi todo.

## **2.4 CORRELATO FISIOLÓGICO DEL PCTA Y ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS.**

Otrosky (op. Cit.), comenta que durante las etapas estresantes, el organismo secreta hormonas y sustancias que en exceso pueden provocar problemas fisiológicos. El estrés durante periodos prolongados afecta al sistema cardiovascular porque se incrementa la presión sanguínea y envejecen las arterias, también inhibe el sistema inmunológico y promueve el riesgo de adquirir infecciones.

Friedman y cols. (1974), mencionan algunas otras reacciones físicas que se presentan en individuos con PCTA, además de cómo se han ido culturizando dichas reacciones fisiológicas de forma tal que van modificando la forma de vida de un individuo.

Las reacciones tensionales, incluyendo la descarga de catecolaminas, que preparaban al hombre primitivo a la violencia, a la lucha o a la huida, parecen ser respuestas inadecuadas a los cambios vertiginosos y las crisis que enfrenta el hombre moderno, el cual debe controlar su comportamiento en un marco socializado. Situación que aparentemente se cumple cabalmente pero que en realidad no se ha modificado del todo.

Por lo tanto es comprensible que los individuos con CC y las personas con PCTA exhiban aumento de descargas de catecolaminas en la respuesta de estrés físico o emocional, este estrés va acompañado también de agresividad empuje competitivo, ira y prisa, que son las principales facetas del PCTA, otra respuesta que manifiesta alteraciones es la respuesta al frío, la cual refleja una respuesta adrenérgica, ya que dicha sustancia se incrementa en los Tipo A y entre las personas con enfermedad arteroesclerótica

Mejia (2001), afirma que el estrés psicológico y la descarga adrenérgica han sido identificados como factores precipitantes de las arritmias ventriculares. Otro mecanismo por el cual el PCTA puede desencadenar en una CC es la trombosis, el estrés altera el tiempo de coagulación sanguínea acelerandola, aumentando así las probabilidades de padecerla.

Los sujetos clasificados como conducta Tipo A muestran elevaciones considerables en la frecuencia cardíaca, presión arterial y vasoconstricción que los Tipo B no presentan, otro parámetro de comparación que se ha encontrado para establecer diferencias entre las personas clasificados como tipo A y tipo B, es la respuesta a los retos que derivan del eje hipotálamo-hipofisiario, alterado en los individuos con PCTA.

Otra diferencia que puede establecerse entre los pacientes con PCTA y PCTB es que se encuentra poca relación entre los padecimientos cardíacos y la presión arterial en reposo. Aunque se dice que la alimentación influirá directamente en padecimientos cardíacos, se ha demostrado que la cifra de colesterol sérico que presentan algunos individuos no corresponden necesariamente a cambios dietéticos, ya que los Tipo A muestran también cifras muy elevadas de triglicéridos en ayuno.

Otros elementos de los que está compuesto el PCTA son: las cogniciones, las emociones y el estilo de vida de cada individuo y no sólo un momento aislado ya que surge en la niñez probablemente a raíz de la interacción con personas Tipo A, de los padres u otros en contacto directo con el niño, así pues se deduce que el PCTA, está altamente relacionado con la historia de este individuo y que a la larga acompañará a este en las decisiones importantes de su vida, como la elección de una carrera.

En algunas carreras relacionadas con la salud, como la medicina o la enfermería las exigencias son extremas, los horarios son extensos, se necesita estar en alerta constante y trabajar bajo una fuerte presión, por lo tanto los individuos que están inmersos en esta disciplina, necesitan exigirse más a ellos mismos, necesidad implícita para el óptimo desempeño del trabajo, por lo es de suponerse que los aspirantes a cursar o desempeñar cualquiera de estas carreras presenten una serie de características que pueden bien compararse o desencadenar en ellos una serie de conductas que correspondan al PCTA.

Es así que establecer cuáles son las conductas que son puramente adaptativas a las exigencias que por naturaleza se establecen en el ejercicio de la profesión y cuales van más allá es decir cuáles son las que dan un indicio de que se pueden presentar PCTA, lo cual beneficiará, no sólo a los profesionales, sino también a las instituciones, ya que si bien un individuo con PCTA, es altamente eficiente y comprometido en el trabajo, de no identificarse como tal y establecer algunas conductas preventivas, a la larga le acarreará al individuo el padecer una EC y a la institución el que un “muy buen elemento” se ausente durante un tiempo determinado de su trabajo.

Fanghänel y cols (1997), realizaron una investigación en la que se analizaba la prevalencia del factor de riesgo de enfermedades coronarias en 2 228 trabajadores del Hospital General de México, (personal paramédico, administrativo, de enfermería e intendencia), a los que se les practicaron mediciones antropométricas y de detección de glucosa, colesterol total y triglicéridos, en los que se encontró una diferencia significativa por el tipo de actividad, siendo el personal medico el que obtuvo resultados más altos (superando los niveles estandar).

Investigadores como Wrzesniewski, Copeland, Raikkonen, Keltikangas Matthews y Avila entre otros han desarrollado diversas investigaciones en las que no sólo se evalúa el patrón conductual tipo A en adolescentes, sino también en sus padres en los que sin duda se han encontrado algunas consideraciones importantes tales como que los adolescentes cuyos padres son autoritarios, poco afectivos y sin habilidades sociales, son considerados como PCTA, además es mayor la incidencia en los varones que en las mujeres.

Tron (op.cit), diseñó una investigación longitudinal, que duro tres años, en la que evaluó el Patrón Conductual Tipo A en niños de primaria, realizando dos evaluaciones anuales con el propósito de establecer si los padres presentaban dicho patrón y si esto correspondía a lo que se presentaba en sus hijos. Los resultados obtenidos en estas revelaron que las puntuaciones en los niños se mantenían a lo largo del tiempo y que los niños obtuvieron puntajes mayores a los de las niñas y que este comportamiento era similar en los padres (puntajes mayores en los padres que en las madres).

La evaluación a temprana edad es relevante en función de que las características propias del individuo y que corresponden a este tipo de patrón pueden ser reorientadas en bienestar del mismo individuo adaptándolo favorablemente, pudiendo ser una persona “conforme” con sí mismo y que considere a los demás tanto como individuos como en la sociedad.

## **2.5 ASPECTOS GENERALES.**

### **EVALUACIÓN DEL PCTA.**

En el estudio, la prevención e intervención, de cualquier trastorno no son del todo efectivas, si no se cuenta con un diagnóstico eficaz y efectivo, hablando propiamente del PCTA, se corre el riesgo de presentar una serie de “síntomas” que pueden ser confundidos con padecimiento un de tipo biológico. “La evaluación en psicología de la salud, está íntimamente ligada al estado biológico de los sujetos, dado que la enfermedad es estipulada como el eje de la intervención, su variación indicará la efectividad del tratamiento” (Caballo, 1993 citado en Rodríguez,2000).

En el aspecto cognitivo los inventarios son la forma más efectiva de detectar cambios en las formas de pensar y la manera en la que el paciente considera su estado de ánimo. Para finalmente analizar la relación que existe entre lo que hace (conducta) y lo que piensa (cognición).

Una buena parte de los estudio del PCTA, se centra en la evaluación de el diagnostico, para lo cual han sido diseñados diversos instrumentos, que han ido evolucionando de la mera observación de características, hasta instrumentos diseñados con especificidades de aplicación tales como la edad y lugar de origen, entre los que destacan:

#### **ENCUESTA DE ACTIVIDAD DE JENKINS.**

La encuesta Jenkins de actividad (forma c) que está basada en un auto reporte, es de elección múltiple, abarca 52 temas, diseñada para medir el patrón de comportamiento tipo A, para adultos y una escala que valora la estructura clínica multifactorial del “patrón de comportamiento” del individuo propenso a una CC.

#### **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE ROSENMAN Y CHESNEY (ES).**

Rosenman y Chesney, desarrollaron una entrevista estructurada que consta de 26 preguntas en las que el sujeto es cuestionado sobre temas tales como: la satisfacción en el trabajo, la velocidad con que realiza tareas cotidianas (ya sea en el trabajo o en general), pensamientos de auto recriminación. Este instrumento



está diseñado para ser utilizado por el médico habilitado para tales fines, quien debe acompañarlo de la observación de aspectos generales que tienen que ver con su aplicación, incluidas las interrupciones del tipo "preguntas sin importancia", el cual no tiene límite de tiempo para ser respondido.

#### LA ESCALA BORTHER.

Escala diseñada por Borthier en 1969, consta de 14 ítems, cada uno de los cuales comprende dos adjetivos o frases (indicando uno tipo A y otro tipo B) colocados en el mismo nivel en el papel y teniendo entre ambos una línea

#### ESCALA TIPO A DE FRAMINGHAN.

Esta escala diseñada por Haynes, Levine, Scotch, Feinleib, y Kannel en el año de 1978, consta de 10 ítems, en los que se evalúa competitividad, prisa sentimientos tras un día de trabajo, labilidad emocional, problemas de pareja, tensión y ansiedad, de los cuales cinco de ellos son dicotómicos y los otros cinco en escala likert, la cual está diseñada también para ambos sexos.

#### CUESTIONARIO DESARROLLADO POR MATTHEWS Y ANGULO.

Este cuestionario está diseñado para ser contestado por los profesores del niño, que evaluarán de este último las áreas de agresión, impaciencia y competitividad, componentes encontrados en el PCTA.

#### CUESTIONARIO AATABS.

Esta escala tipo likert, diseñada en 1990, por Wrzesniewski, Forgays y Bonaivuto, para jóvenes adolescentes, consta de 25 ítems en los que se indaga sobre aspectos como la agresividad, intereses y vida cotidiana. Cada uno de los ítems, tiene 5 posibilidades de respuesta, los puntajes obtenidos pueden ir de 0 a 100.

#### CUESTIONARIO DE ?VILA

En 1997, Ávila, propone una escala likert, diseñada para evaluar el Patrón Conductual Tipo A en jóvenes Mexicanos, el cual consta de 25 ítems, cuyo código de respuesta establece las siguientes opciones: y valores: 0= nunca, 1= rara vez, 2= algunas veces, 3= casi siempre, 4= siempre. Esta escala indaga aspectos como imagen ante los demás, autoimagen, agresividad y vida cotidiana. Al igual que el inventario anterior los puntajes van de 0 a 100 (Quiroga y Sánchez, 1997).

## 2.6 ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO EN EL PCTA.

El identificar a un individuo, o bien que un individuo se sepa como PCTA, es benéfico en buena medida gracias a que de esta manera puede contrarrestarse, el tratamiento más utilizado actualmente es el entrenamiento en la inoculación del estrés.

Ostrosky (2001), menciona que el PCTA, como parte de un manejo inadecuado ante situaciones tensionantes, puede ser tratado mediante técnicas de afrontamiento como pueden ser: relajación, bioretroalimentación, revisualización, entre otras.

Lazaruz y Folkman (1986) proponen para el afrontamiento del estrés, dos etapas: afrontamiento dirigido a los problemas y afrontamiento dirigido al manejo de las emociones, mismas que han de funcionar por sí solas o servir como complemento del tratamiento, ambas etapas consisten en:

- a) Afrontamiento dirigido a los problemas: implica la manipulación de una serie de estrategias o situaciones que permiten al sujeto modificar las características del evento, de tal manera que éste deja de ser un problema y pierde su capacidad de desencadenar interacciones estresantes. El afrontamiento del problema representa diferentes modalidades considerando que el problema implica un objetivo y dos procesos analíticos, uno dirigido al análisis del entorno y otro es dirigido al análisis del sujeto, así, al analizar el entorno se evalúan las características de la situación y buscar las estrategias para modificar las presiones ambientales y los obstáculos, buscar procedimientos y recursos que de acuerdo a las características de la situación que sea funcional para modificar el evento; el análisis del sujeto tiene como objetivo buscar estrategias que proporcionen cambios motivacionales y cognitivos del individuo como son formas de valoración, reducción de las aspiraciones, búsqueda de distintos canales de gratificación y desarrollo de nuevas pautas de comportamiento y nuevos aprendizajes, que finalmente están dirigidos a ayudar al individuo a manejar o resolver el problema en sí mismo.
- b) Afrontamiento dirigido al manejo de las emociones: presenta las estrategias para hacer más soportable la vida evitando las realidades que podrían resultar desbordantes si se afrontan directamente, así, se regula la respuesta emocional que se da como consecuencia de las demandas específicas de la situación, este tipo de estrategias se clasifica en tres procesos:

- 1.- Los que están encargados de disminuir el grado de trastorno emocional utilizando estrategias como minimización, evitación, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos de eventos negativos.
- 2.- Los que están dirigidos a aumentar el grado emocional, aquí se potencializa el daño o las amenazas y se favorece que el individuo reaccione y enfrente la situación al sentirse más amenazado.
- 3.- En esta categoría se dan los procesos que al otorgarle un nuevo significado a la situación favorecen la reevaluación de ésta con lo que en muchas ocasiones pierde su carácter amenazante y con ello su capacidad de desencadenar interacciones estresantes para el individuo.

Quizá uno de los hábitos más importantes que puede establecerse en la entrevista, es indagar sobre los hábitos del paciente, lo cual permitirá determinar si es o no tipo "A", además se deben analizar las causas, ya que si éstas se conocen será mucho más fácil encontrar el tratamiento más viable.

Rosenman y cols. (1985) por su parte, proponen los siguientes tres ejercicios para personas tipo "A":

#### 1) Ejercicios contra la enfermedad de la prisa:

- \* Releer su guía de ejercicios, para no olvidar como llevarlos funcionalmente a cabo.
- \* Recordarse de preferencia frente al espejo que la vida es un caso de nunca acabar y que no terminarán con sus asuntos en un solo día, que la vida sólo se termina con la muerte.
- \* En sus ratos libres escuche conversaciones detenidamente sin tratar de interrumpir, apresurar o terminar las frases de la demás gente, de preferencia alguien que sea tartamudo, recordándose a sí mismo que está usted tratando de estar tranquilo.
- \* Emplear el "pensamiento monofásico", es decir, pensar, dedicarse y hacer una sola cosa a la vez.
- \* No auxilie a las demás personas a realizar sus tareas, sólo por que son más lentas que usted, preste su ayuda sólo cuando otra persona realmente no pueda ejecutar la tarea.
- \* Cuando enfrente una tarea, pregúntese si realmente es importante a corto y largo plazo, así, como si en realidad tiene o no el tiempo suficiente como para desarrollarla.
- \* Deténgase al hablar, pregúntese si realmente es necesaria su participación o si tiene algo realmente importante que decir.

\* Dígase a sí mismo que ninguna tarea fracasará por hacerla despacio, haga una lista de gente fracasada y pregúnteles si el fracaso se debe realmente a la toma de decisiones o bien a la velocidad para actuar.

## 2) Ejercicio contra la hostilidad:

\*Si es demasiado hostil, el ejercicio más importante debe ser aquel que le recuerde a usted mismo que es hostil, ya que enterado, estará menos inclinado a sulfurarse con cualquier estímulo que no cause este efecto sobre cualquier otra persona. Trate de estar al tanto de los deseos y necesidades de sus amigos, en tanto trate de contener sus agresiones, recuerde que nadie que está seguro de sus capacidades pondrá en entredicho las de otra persona, recuerde además que la sensibilidad, combate la agresividad.

## 3) Ensayo hacia las cosas que valen la pena:

\*Recordar cada día que no importan las cosas que halla adquirido a lo largo de su vida, solo importan aquellas que han enriquecido el espíritu, preguntarse cada vez que esté empeñado en obtener algo, si realmente lo necesita o si realmente vale la pena.

\*Trate de ampliar su vocabulario.

\*Reflexione sobre temas como política, religión o arte.

\*Trate de ampliar su grupo de amigos y salir a distraerse.

Por otro lado, Rodríguez (2000), propone un programa de inoculación de estrés, el cual consiste en inducir el cambio en tres áreas:

1. Modificar la conducta. Se identifican y cambian las conductas desadaptativas y se alimentan las adaptativas.
2. Actividad reguladora. Se dedica la atención a los enunciados, imágenes y sentimientos que refieren al funcionamiento adaptativo.
3. Estructuras Cognitivas. Reconsiderar las suposiciones y creencias tácitas que contribuyen a la forma habitual de representarse a sí mismo.

Es necesario establecer adherencia terapéutica, para asegurarse de que el paciente siga el tratamiento. Las sesiones terapéuticas, están conformadas por tres fases:

Primera fase: conceptualización, en esta fase se realiza la recolección e integración de datos del paciente para identificar los problemas situacionales, conductuales, cognitivos, afectivos y fisiológicos. Estos datos pueden recabarse

por medio de la entrevista, la reconstrucción imaginaria, el auto registro y la observación conductual.

Segunda Fase: adquisición y práctica de habilidades, la cual consiste en asegurarse que el paciente desarrolle la capacidad de realizar eficazmente las respuestas de afrontamiento. Las habilidades instrumentales de afrontamiento, por ejemplo, comunicación, asertividad, solución de problemas, habilidades de estudio, toma de perspectiva, empleo de los apoyos sociales, expresión adaptativa de las emociones y relajación.

Tercera fase: la aplicación y seguimiento, esta fase consiste en poner en practica las respuestas de afrontamiento y lograr que el paciente generalice los cambios a las situaciones cotidianas, para lo cual las técnicas recomendables son: imágenes de afrontamiento, rolplaying y exposición gradual.

Así, puede observarse que el PCTA, no es sólo una característica propia de las personas que lo padecen, es un patrón complejo que va teniendo repercusiones en la vida del individuo y perjudicando directamente su salud, no es sólo el describir lo que sucede en las personas que lo presentan, sino que además es necesario indagar sobre todo el proceso, para detenerlo y contrarrestarlo, así como establecer ciertas inclinaciones de los sujetos con PACTA, como la elección de carrera o su desempeño profesional, sobretodo en el momento en que inicia para poder entrenarlos, lo cual a la larga se traduce en mejoras en la calidad de vida.

El objetivo general de la presente investigación es analizar los puntajes de PCTA en jóvenes universitarios de las carreras de psicología, medicina, optometría, enfermería y biología, obtenidos mediante la aplicación de dos instrumentos, uno diseñado por Ávila (1997) y el otro diseñado por Wrzesniewski (1990).

Los objetivos específicos son los siguientes:

Determinar si existe correlación entre los dos instrumentos.

Describir los puntajes obtenidos en cada uno de los instrumentos.

Describir los puntajes obtenidos mediante los dos instrumentos para cada una de las carreras.

Comparar los puntajes obtenidos en los dos instrumentos entre las diferentes carreras.

### 3. MÉTODO.

Sujetos: participaron 435 alumnos, 283 de ellos del sexo femenino y 152 del sexo masculino, de los cuales, 172 estudiaban psicología (132 mujeres y 38 hombres), 60 estudiantes de optometría (28 mujeres y 32 hombres), 24 de enfermería (20 mujeres y 4 hombres), 69 de biología (32 mujeres y 37 hombres) y 110 de medicina (69 mujeres y 41 hombres), cuyas edades fluctúan entre los 17 y los 31 años, todos ellos cursando en ese momento el primer semestre de sus respectivas carreras, en la FES Iztacala. Ninguno de ellos contaba con alguna experiencia en el instrumento y/o la investigación.

Instrumentos: se utilizaron como instrumentos, los cuestionarios de Ávila y el AATABS, elaborado por Wrzesniewski, (ver anexo A y B).

Cada uno de los instrumentos consta de 25 ítems y cinco posibles respuestas (nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre), a cada una de ellas se le atribuye un valor que va del 0 al 4 y en donde el puntaje mínimo que se puede llegar a obtener es de 0 y el máximo es de 100.

Situación Experimental: la aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en las instalaciones de la FES Iztacala, dentro del salón de clases, con la previa autorización de los profesores.

Procedimiento: se invitó a participar a algunos alumnos de primer semestre para cada una de las carreras y se buscó un espacio disponible dentro de su horario de clases. Posteriormente se les explicó a los alumnos acerca de la investigación y se les invitó a participar, explicándoles que el resultado de ésta sería totalmente anónimo y confidencial.

Al aplicar ambos cuestionarios se les indicó que leyeran lenta y cuidadosamente cada una de las preguntas y eligieran la que más se apegara a lo que realmente harían en una situación así, además se les solicitó fueran lo más honestos posible, ya que de lo contrario alterarían los resultados y por último que contaban con todo el tiempo que les fuera necesario, ya que la prueba no tiene límite de tiempo.

## 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Para la presente investigación se llevó a cabo el análisis estadístico, mediante la utilización del programa para computadora spss/pc plus, primeramente se presentarán los datos descriptivos para el instrumento AATABS y posteriormente se presentarán los correspondientes al instrumento de Ávila, luego se presentará la correlación que existe entre ambos.

Los participantes para ambos cuestionarios fueron los siguientes: 435 alumnos, 283 de ellos del sexo femenino y 152 del sexo masculino, de los cuales, 172 estudiaban psicología (132 mujeres y 38 hombres), 60 estudiantes de optometría (28 mujeres y 32 hombres), 24 de enfermería (20 mujeres y 4 hombres), 69 de biología (32 mujeres y 37 hombres) y 110 de medicina (69 mujeres y 41 hombres), cuyas edades fluctúan entre los 17 y los 31 años, todos ellos cursando en ese momento el primer semestre de sus respectivas carreras, en la FES Iztacala. Ninguno de ellos contaba con alguna experiencia en el instrumento y/o la investigación.

### 1.- Muestra total para los dos instrumentos.

Los puntajes obtenidos con ambos instrumentos, son muy similares, cabe señalar que con el instrumento AATABS, se obtuvieron puntajes ligeramente inferiores, para este instrumento la moda fue de 41, la mediana de 45 y la media de 46.36, mientras que con el instrumento de Ávila, los puntajes fueron los siguientes, moda de 44, media de 46.81, mediana de 46. Aunque esta condición cambia, ya que con AATABS, se obtuvieron un puntaje mínimo de 22 y uno máximo de 86, un rango de 64 y una desviación estándar de 10.55, situación contraria con el instrumento de Ávila que se obtuvieron un puntaje mínimo de 21 y uno máximo de 81, un rango de 60 y una desviación estándar de 10.27.

CUESTIONARIO	Mo	MEDIANA	MEDIA	P MIN.	P MAX.	RANGO	DESV. ESTANDAR	n
AATABS	41	45	46.36	22	86	64	10.55	435
AVILA	44	46	46.81	21	81	60	10.27	

*Tabla No. 1 Medidas descriptivas con la muestra total en ambos instrumentos*

Se aplicó el coeficiente  $r_s$  de Spearman encontrándose una correlación significativa entre los dos instrumentos ( $r_s=0.684$ ;  $p<0.001$ ), es decir los resultados obtenidos por ambos instrumentos, son igualmente confiables para su utilización, sobresaliendo el instrumento de Ávila, por su manufactura mexicana, con los que se cumple uno de los objetivos a investigar.

## 2.- Diferencias por sexo t de student.

Aplicando la t de student se comprueba que el promedio de puntajes obtenidos de PCTA, difiere significativamente entre hombres y mujeres en ambos instrumentos (AATABS  $t= 2.544$ ;  $p<0.1$ , Avila  $t= 2.545$ ;  $p< 0.01$ ).

CUESTIONARIO	n	H	MEDIA MUJERES	MEDIA HOMBRES	t	P
AATABS	283	152	45.42	48.11	-2.544	.011
AVILA	283	152	45.85	48.61	-2.545	.012

## 3.- Por carreras entre los dos instrumentos.

En el instrumento **AATABS**, la moda más alta fue la obtenida por la carrera de medicina con un puntaje de 46, por el contrario la más baja fue la obtenida por optometría en donde se obtuvo una de 36 y sólo la carrera de enfermería obtuvo un puntaje multimodal. Con respecto a la mediana la más alta fue de 49 puntos obtenida por la carrera de medicina y la más baja 42 obtenida por la carrera de enfermería. Por otro lado la media se distribuyó de la siguiente manera, 43.71, la más baja para la carrera de enfermería y 50.44 la más alta para la carrera de medicina. El puntaje máximo es de 86 con la carrera de medicina y en el puntaje mínimo coinciden las carreras de enfermería y psicología con 22 puntos. El rango más alto fue el de la carrera de medicina (63) y el mínimo fue el de la carrera de biología (47). La mayor dispersión se encuentra en la carrera de medicina (11.45), la menor en la carrera de psicología (9.328).

*Tabla 2 Medidas descriptivas obtenidas mediante el cuestionario AATABS, por carrera.*

CARRERA	Mo	MEDIANA	MEDIA	P. MIN.	P.MAX.	RANGO	DESV ESTANDAR.	N
PSICOLOGÍA	41	43	43.76	22	72	50	9.328	172
OPTOMETRIA	36	45.5	46.55	28	80	52	10.87	60
ENFERMERIA	<b>MULTIMODAL</b>	42	43.71	22	77	55	10.99	24
BIOLOGÍA	45	47	47.12	24	71	47	9.509	69
MEDICINA	46	49	50.44	23	86	63	11.45	110

Para los resultados obtenidos con el instrumento de **AVILA**, la moda más alta fue la obtenida por la carrera de psicología con un puntaje de 48, por el



contrario la más baja fue la obtenida por enfermería y biología, ambas con 42 puntos, las carreras de optometría y medicina obtuvieron puntajes multimodales. Con respecto a la mediana la más alta fue de 49 puntos obtenida por la carrera de medicina y la mas baja, 40.5 puntos, obtenida por la carrera de enfermería. Por otro lado la media se distribuyo de la siguiente manera: 49.17 la más alta para la carrera de medicina y 41.63 la más baja para la carrera de enfermería. El puntaje máximo es de 81 en la carrera de medicina y en el puntaje mínimo es de 21 para la carrera de enfermería. El rango más alto fue el de la carrera de medicina con un rango de 58 y el mínimo fue el de la carrera de psicología con uno de 46. Con respecto a la desviación estándar se obtuvo que el puntaje más cercano a la media fue el obtenido por la carrera de psicología con una desviación de 8.950 y la más alejado de la media fue la carrera de enfermería con un puntaje de 11.20.

*Tabla 3 Medidas descriptivas obtenidas mediante el cuestionario de Ávila, por carrera.*

CARRERA	Mo	MEDIANA	MEDIA	P MIN.	P MAX.	RANGO	DESV. ESTÁNDAR	N
PSICOLOGÍA	48	46	46.56	24	70	46	8.950	172
OPTOMETRIA	<b>MULTIMODAL</b>	44.5	45.85	25	74	49	10.72	60
ENFERMERÍA	42	40.5	41.63	21	69	48	11.20	24
BIOLOGÍA	42	45	46.29	23	77	54	10.95	69
MEDICINA	<b>MULTIMODAL</b>	49	49.17	23	81	58	10.90	110

Como se puede observar, en las tablas anteriores, los promedios son diferentes, dependiendo de la carrera de los sujetos para comprobar si existen diferencias significativas, se aplicó un análisis de varianza y se comprobó que las diferencias son significativas, con los dos instrumentos. AATABS,  $F= 7.644$ ;  $p= 0.000$ , Ávila  $f=3.250$   $p=0.012$ .

*Tabla 4 resultados del análisis de varianza para ambos instrumentos*

CUESTIONARIO	f	p
AATABS	7.644	.000
ÁVILA	3.250	.012

De la aplicación de la prueba scheffe, para el instrumento AATABS, se puede concluir que las diferencias significativas se encuentran entre medicina y psicología y medicina y enfermería. Con el instrumento de Ávila sólo se observa una diferencia significativa entre medicina y enfermería.

*Tabla 5 diferencia de medias para ambos instrumentos.*

PARES.	Diferencia de medias AATABS	P	Diferencia de medias Ávila.	P
PSICOLOGÍA -OPTOMETRÍA	-2.79	.362	.71	.990
PSICOLOGÍA -ENFERMERÍA	.0475	1.00	4.93	.170
PSICOLOGÍA -BIOLOGÍA	3.36	.144	.27	1.00
PSICOLOGÍA -MEDICINA	-6.68	.000	-2.61	.217
OPTOMETRÍA -ENFERMERÍA	2.84	.780	4.23	.421
OPTOMETRÍA -BIOLOGÍA	-.57	.998	-.44	.999
OPTOMETRÍA -MEDICINA	-3.89	.125	-3.32	.249
ENFERMERÍA -BIOLOGÍA	-3.41	.625	-4.66	.298
ENFERMERÍA -MEDICINA	-6.73	.029	-7.55	.009
BIOLOGÍA -MEDICINA	-3.32	.215	-2.88	.347

## 5. DISCUSIÓN.

En general, se observó que existe una correlación entre ambos instrumentos, así como también que los puntajes más altos se dan entre las carreras de medicina y psicología y cuando se hace una comparación entre pares destacan las diferencias entre las carreras de medicina- enfermería, medicina- psicología. Lo anterior nos permite concluir de alguna manera que:

° Los puntajes entre los dos instrumentos son muy similares, al menos en los resultados finales, con lo cual se puede concluir que existe correlación entre ambos instrumentos.

° De la afirmación anterior se puede determinar que la evaluación es válida en ambos instrumentos, es decir el instrumento elaborado por Ávila para jóvenes mexicanos ha mostrado su eficacia, lo cual abre una gama de posibilidades para futuras investigaciones, ya que el PCTA, es un patrón conductual, que además está relacionado con conductas de afrontamiento del individuo ante él mismo y frente a su entorno, es decir, frente a su cultura, así la relevancia del instrumento toma mayor auge al poder hacer, una serie de afirmaciones centradas en la cultura propia de los individuos a estudiar.

° Es probable, que el que no en todas las comparaciones que se hicieron por pares para cada una de las carreras, se encontraran diferencias significativas, ya que los jóvenes, en los que se basa esta investigación, están empezando sus carreras, situación que se presume ira cambiando, conforme pasen los semestres y la presión aumente.

° Los puntajes son más elevados en la carrera de medicina, como ya se había demostrado, en algunas otras investigaciones como la realizada en el Hospital General de México, en donde las personas que trabajan en esta área, tienden a desarrollar sus labores en jornadas largas y extenuantes, la naturaleza de las actividades desarrollan un alto nivel de estrés, además como lo manifiesta Jiménez, (1993), no se les capacita para controlar las emociones y/o sus niveles de estrés.

° Debe considerarse la posibilidad de entrenar a las personas que adquieren este tipo de responsabilidades (como ejercer las carreras que tienen que ver con el área médica), en inocuación del estrés, como parte de su formación académica, de manera que puedan evitar que se desarrollen las características y/o el padecimiento. Por otro lado, el hecho de que los hombres, presenten puntajes más elevados que las mujeres, puede atribuírsele, a que éstos, socioculturalmente reciben mayor exigencias de los medios sociales (en cualquier ámbito), de los que se espera: mayor destreza, determinación, enfrentamiento positivo ante situaciones límite, entre otras, que a mujeres en circunstancias iguales.

## BIBLIOGRAFIA.

Acosta, M.A y Castillo, A. L. (1987). Etress, en el trabajo relacionado con los estilos de vida. Tesis de Lic. En Psicología. ENEP Iztacala.

Cohen, F., Lazarus, R.S. y Moos, R.H. (1982) Panel report n psychosocial easements and modifiers of stress. Grelliot y C Eiddofer (Eds). Stress and human health. New York: Sponger.

Delpino, A. y Pèrez, A. (1993). Evaluación, evolución y validación de la conducta tipo A en adolescentes apartir del MYTH. Revista de psicología general aplicada . 46 (4), 439-448.

Espino, V, J. (1997). Introducción a la cardiología. . 13<sup>a</sup>. Edición España: Manual Moderno.

Fanghanel, S. Cols. (1997). Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad coronaria en trabajadores del Hospital General de México. Salud pública de México. 39 (5): 427-433.

Figueroa, L. (1997). Factores de riesgo de hipertensión arterial en sujetos normotensos con y sin historia familiar de hipertensión. Tópicos de investigación y posgrado. 5 (3): 185-190.

Franco, A.S. (1990). Orientación biosicosocial de la educación de la salud en la sociedad. Educación Médica y salud. 24, (2): 113-114

Friedman, M. (1996). Type A behavior: its diagnosis and treatment. New York, USA: Plenum press.

Friedman, M. Rosenman, R.H. (1974) Conducta Tipo A y su corazón. Grijalbo, México.

Forgays D.K. Forgays, G.D. Bonaiuto, P.& Wrzesniewski, K. (1993) Measurement of the type A behavior pattern from adolescence through7adult type A behavior Scale (AATABS) Journal of behavioral medicine Vol.16, No. 5, 523-537

Gonzalez, M.J. y Guevara, R.M. (1999). Estilos de vida en salud, en jóvenes universitarios. Tesis de Licenciatura, UNAM-IZTACALA.

Higashida. (2003) Ciencias de la salud. 3<sup>a</sup> ed. México: Mc Graw Hill.

Jiménez, E. D. (1993). Estilo de vida: Instrumento en programas de promoción de la salud. Rev. Méd. Chile. 121: 574-580.

Kiserman (1990). Salud pública y trabajo social. Buenos Aires.

Lazarus, R.S. y Folkman, S (1986), Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, España Edit. Martínez Roca.

Maldonado, I.G. y Mancera, P.A. (1993), "Uso y control del estres". Programa aplicado a trabajadores del IMSS Gaceta medica Mexicana vol.133 No. 1

Merchenbaum (1985), Stress Inoculation training Pergamon Press Great Britain. University of Waterbool. Estrés y programas de prevención y reducción de estrés.

Mejia A, M<sup>a</sup> b. (2001) Evaluación Cognitiva Representación y Estrategias de afrontamiento en personas con VIH/sida (una aproximación de la Psicología de la salud). Tesis. Lic. UNAM. Iztacala. México.

Ostrosky-Solis, F. (2000) Cerebro y Conducta. Manual para usuarios inexpertos. Editorial Inforred, México.

Pico, A (1995) Estrés y trastornos cardiovasculares. Facultad medicina, de Murcia España.

Quiroga, Rosa, M. y Sanchez Torres, s. (1997) Evaluación del Patrón Conductual Tipo A (PCTA) en adolescentes de secundaria. Tesis de Licenciatura. UNAM. ENEP Iztacala.

Ribes, I. E. (1990). Psicología y salud: un análisis. Conceptual. Barcelona, España., Martínez Roca.

Rodríguez, V. (2000) Influencia de la psicología en la salud y el bienestar. Tesis de Licenciatura UNAM. ENEP Iztacala.

Rose, G (1994). Estrategias de medicina preventiva. España: Edit. Masson-Salvat.

Rosenman and Chesney (1983) Patrón de comportamiento tipo A y medicina coronaria. Medicina Conductual. México: Edit. Grijalbo.

Rose, G. (1994). Estrategias de medicina preventiva. España: Edit. Masson-Salvat.

Rosenman, H.R. and cols. (1985) Definition, easement and evolution of type A behavior pattern. En B.K. Houston ICR Snyder (Eds). Type A behavior pattern: Research, teory and intervention. (pp. 8-33) New York USA: Wile-Interscience.

Roskies. (1987) Stess Management for the healthy type A. New York, USA. The Guilford Press.

San Martín, H. (1985). Crisis mundial de la salud. ¿Salud para nadie en el año 2000?. México: Ciencia tres.

Tron, A. R. (1998). Patrón conductual tipo A. Un estudio longitudinal. Tesis maestría UNAM.

ANNE  
S

## ANEXO A. Cuestionario Ávila.

**NOMBRE:**

**EDAD:**

**SEXO:**

**CARRERA:**

**INSTRUCCIONES:** La presente escala tiene como finalidad obtener información sobre aspectos comportamentales en ciertas situaciones y actividades; se le solicita que conteste con sinceridad las siguientes preguntas. Marque con una X el inciso que considere apropiado en cada pregunta. El código de respuestas para cada una de las opciones se basará en los siguientes conceptos:

0=Nunca	1=Rara vez	2=Algunas veces	3=Casi siempre	4 = Siempre
---------	------------	-----------------	----------------	-------------

1. Soy agresivo	0	1	2	3	4
2. Siento que el tiempo pasa rápidamente	0	1	2	3	4
3. Camino muy rápido	0	1	2	3	4
4. Siento que el tiempo pasa lentamente	0	1	2	3	4
5. Siempre quiero ganar en todo	0	1	2	3	4
6. Frecuentemente interrumpo o termino la frase cuando alguien se encuentra hablando	0	1	2	3	4
7. Quiero ser el mejor en la escuela	0	1	2	3	4
8. Estoy satisfecho por como me ha ido en la escuela	0	1	2	3	4
9. Encuentro difícil esperar	0	1	2	3	4
10. Hablo fuerte	0	1	2	3	4
11. Siempre me siento carrereado	0	1	2	3	4
12. Tengo pensamientos de muchas cosas al mismo tiempo	0	1	2	3	4
13. Me gusta discutir y argumentar	0	1	2	3	4
14. Frecuentemente me meto en peleas	0	1	2	3	4
15. Me gusta decirles a otros que hacer	0	1	2	3	4
16. Siempre soy un líder en las actividades	0	1	2	3	4
17. Mis amigos siempre me escogen como líder (o capitán) cuando jugamos	0	1	2	3	4
18. Bebo rápidamente	0	1	2	3	4
19. Tengo muchos entretenimientos (hobbies)	0	1	2	3	4
20. Pierdo la cabeza fácilmente	0	1	2	3	4
21. Tengo muchos intereses	0	1	2	3	4
22. Hablo rápido	0	1	2	3	4
23. Hablo muy rápido	0	1	2	3	4
24. Como rápido	0	1	2	3	4
25. Me involucro en muchas actividades y pongo poco esfuerzo en las cosas que hago	0	1	2	3	4



## ANEXO B. Cuestionario AATABS.

**NOMBRE:**

**EDAD:**

**SEXO:**

**CARRERA:**

**INSTRUCCIONES:** La presente escala tiene como finalidad obtener información sobre aspectos comportamentales en ciertas situaciones y actividades; se le solicita que conteste con sinceridad las siguientes preguntas. Marque con una X el inciso que considere apropiado en cada pregunta. El código de respuestas para cada una de las opciones se basará en los siguientes conceptos:

0=Nunca	1=Rara vez	2=Algunas veces	3=Casi siempre	4 = Siempre
---------	------------	-----------------	----------------	-------------

1. Muchas situaciones me provocan entrar en competencia	0	1	2	3	4
2. Trato de ir directo a las cosas	0	1	2	3	4
3.Me irrito fácilmente	0	1	2	3	4
4.Me gusta participar en juegos competitivos o deportes	0	1	2	3	4
5.Estoy apurado	0	1	2	3	4
6.Selecciono metas difíciles y ambiciosas	0	1	2	3	4
7.Trato de ganar en cada juego	0	1	2	3	4
8. Cuando algo me desagrada, pego un puñetazo en la mesa o rompo algo.	0	1	2	3	4
9. La gente me mira como un bravucón	0	1	2	3	4
10. Hago las cosas rápidamente	0	1	2	3	4
11. Cuando algo o alguien me hace enojar, permito que todos lo sepan	0	1	2	3	4
12. Cuando estoy en grupo, siempre tomo la iniciativa	0	1	2	3	4
13. Soy impaciente mientras espero, como en las filas para pagar	0	1	2	3	4
14. Soy intolerante de algo que me impresione	0	1	2	3	4
15. Habitualmente soy un líder de cualquier grupo del que forme parte	0	1	2	3	4
16. Cuando tengo que hacer una tarea, empiezo directamente con ella	0	1	2	3	4
17. Azoto las puertas	0	1	2	3	4
18. Frecuentemente deseo gritar y regañar a la gente	0	1	2	3	4
19. Cuando tengo alguna meta por cumplir, hago todo por obtenerla y habitualmente lo consigo	0	1	2	3	4
20. Tiendo a hacer muchas actividades cotidianas más rápidamente que otras personas, como comer					
21. Tengo problemas para seguir las ordenes de los otros	0	1	2	3	4
22. La gente me mira como si siempre estuviese apurado	0	1	2	3	4
23. No permito que el coraje me quede dentro. Lo saco de alguna manera	0	1	2	3	4
24. Cuando alguien habla lento o tartamudea, lo apresuro para que termine su frase	0	1	2	3	4
25. Cuando estoy enojado con alguien se lo digo directamente	0	1	2	3	4