



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

**“IDENTIFICACIÓN DE LA FRECUENCIA DE CONDUCTA
TIPO A EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR.”**

T E S I S
QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSTGRADO EN
LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A
DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

ASESORES:
DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
DRA. AGUSTINA MEDECIGO MICETO

DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LA UMF No. 28
GABRIEL MANCERA I.M.S.S.

CD. DE MÉXICO, D. F. AGOSTO 2005.



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.

IDENTIFICACION DE FRECUENCIA DE CONDUCTA TIPO A EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

AUTORES: Dr. Espinoza Anrubio Gilberto. Dra. Agustina Consuelo Medecigo Miceto, Dr. Augusto Bernardo Torres Salazar. Unidad de Medicina Familiar No 28.Col. Del Valle. México, D. F.

OBJETIVO:

Identificar la frecuencia de Conducta tipo A en pacientes con hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular

MATERIALY METODOS:

Tipo de investigación: Prospectivo, Transversal, No Comparativo, Descriptivo, Observacional. Criterios de inclusión: Pacientes hipertensos sin distinción de sexo y edad. Criterios de exclusión: Pacientes que no firme carta de consentimiento informado. Tamaño de la muestra: 230 pacientes con intervalo de confianza de 90%, proporción 0.30, amplitud total del intervalo de confianza 0.10.Variables: Nombre, edad, sexo, estado civil, años de portar la enfermedad, patrón de conducta tipo A ó B, factor S, factor H, Factor J. Se utilizo el inventario de actividades de Jenkis y ficha de identificación para obtener datos de investigación.

RESULTADOS

Se estudio 232 pacientes, observando predominio de sexo femenino 160 pacientes (69%), sexo masculino 72 pacientes (31%). La media de edad 64.47 años, valor mínimo de 40 años y máximo de 88 años, desviación estándar de 10.09 años. En el Estado civil se encontró a 133 pacientes casados (57.3%), viudez 59 pacientes (25.4%), 25 solteros (10.8%), 14 divorciados (6%) y 1 en unión libre (0.4%). En ocupación 60 pacientes trabajadores (25.9%) y 172 no trabajadores (74.1%). Los años de portador de hipertensión arterial con una media de 12.31, valor mínimo de 1 año y máximo de 42, desviación estándar de 9.78. Se encontró a 72 pacientes (31.9%) con Conducta tipo A y 156 pacientes (68.1%) con Conducta tipo B. Se encontró a 73 paciente (31.7%) con Factor S que se caracteriza por prisa e impaciencia; 23 pacientes (10%) presentan Factor J caracterizado por implicación mal dirigida en el trabajo y 130 paciente (56.3%) con Factor J que se caracteriza por un comportamiento duro y competitivo.

CONCLUSIONES

El patrón de Conducta tipo A se encontró en un 31.9% de los pacientes, es un factor de riesgo cardiovascular con alta frecuencia, que se relaciona con alta morbi-mortalidad en la enfermedad coronaria, que estos pacientes sufren de infarto agudo al miocardio el doble de los que tiene un patrón de conducta tipo B, que son pacientes con susceptibilidad coronaria y fallecimiento.

**“IDENTIFICACIÓN DE LA FRECUENCIA
DE CONDUCTA TIPO A EN PACIENTES
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO
FACTOR DE RIESGO
CARDIOVASCULAR.”**

AUTORIZACIONES

**DR. GERARDO VELAZQUEZ ESPEJEL
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28
“GABRIEL MANCERA”**

**DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No 28 “GABRIEL MANCERA”**

**DRA. LOURDEZ GABRIELA NAVARRO SUSANO
ADJUNTA AL COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 28 “GABRIEL MANCERA”**

ASESOR CLINICO
DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No 28 "GABRIEL MANCERA"**

ASESOR EXPERIMENTAL
DRA. AGUSTINA MEDECIGO MICETO
MEDICO FAMILIAR Y MAESTRA EN CIENCIAS

AGRADECIMIENTOS

A MI FAMILIA

Por ser mi guía, fortaleza y su apoyo en todo momento

A MI MADRE

Por darme la vida, por darme su amor, comprensión y creer en mi

A MI PADRE

Por ser un hombre de temple, por luchar por sus hijos, por ser siempre mi ejemplo

A MIS HERMANOS

Por ser parte de mi familia, por protegerme, cuidarme y sobre todo porque siempre estuvieron a mi lado.

A MI CISNE

Por comprenderme, por estar en mí vida en momentos de más difíciles, por ayudarme a madurar y ser mejor persona.

A MIS MAESTROS

Por transmitir sus conocimientos y adiestrarme, por nunca perder la fe y hacer mejor medico y persona.

INDICE

	PAGINAS
ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACION	8
OBJETIVOS	9
HIPOTESIS	10
MATERIALES Y METODOS	11
TIPO DE ESTUDIO	11
DISEÑO DEL INVESTIGACION	12
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	13
MUESTRA	14
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	15
VARIABLES	16
DISEÑO ESTADISTICO	19
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	20

	PAGINAS
METODOS DE RECOLECCION DE DATOS	21
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	22
PRUEBA PILOTO	23
CRONOGRAMA	26
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	27
CONSIDERACIONES ETICAS	28
RESULTADOS	29
CONCLUSIONES	39
DISCUSION	40
BIBLIOGRAFIA	41
ANEXOS	44

ANTECEDENTES

Epidemiología de la Hipertensión arterial sistémica:

Se estima que el mundo existen 600 millones de personas que padecen Hipertensión arterial, se calcula que ~1.5 de todos los hipertensos mueren al año por causas directamente vinculadas con Hipertensión arterial. En México ~15.2 millones de personas tienen Hipertensión arterial sistémica, es decir, 1 de cada 2 Mexicanos después de los 50 es portador de esta enfermedad. La prevalencia de la enfermedad es de 30.05 en México. ⁽¹⁾

El 61% de las personas con hipertensión arterial sistémica lo ignoran. Mientras el 49% con diagnóstico previo de Hipertensión arterial sistémica, de los cuales menos de 50% esta bajo tratamiento farmacológico. El 14.6 de la población hipertensa se encuentra en control (cifras de 140/90) además los Estados del norte de la Republica Mexicana tienen la mayor prevalencia. ⁽²⁾

Nuevas pautas para la prevención y tratamiento de la Hipertensión arterial:

Las nuevas pautas para la prevención y tratamiento son las siguientes, en personas mayores de 50 años de edad, la tensión arterial (TA) sistólica de mas 140 mmHg es un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular, siendo esta mas importante que tensión arterial diastólica. El riesgo de enfermedad cardiovascular, a partir de 115/75 mmHg se duplica cada incremento de 20/10 mmHg. Las personas con Tensión arterial sistólica de 120-139 mmHg o una diastólica de 80-89 mmHg debe nombrarse PRE-hipertensa. Los diuréticos del tipo de las Tiazidas deben utilizarse en la farmacoterapia en pacientes con hipertensión no complicada ya sea solo o en combinación con otros fármacos. La Tensión arterial meta es de 140/90, algunos paciente requieren 2 o mas antihipertensivos. La Tensión arterial normal es de menor a 120 mmHg en la sistólica y menor de 80 mmHg en la Tensión arterial diastólica. ⁽³⁾

La presencia de Tensión arterial de 140-159/90-99 mmHg se diagnostica como Hipertensión arterial en estadio 1, mientras que si la Tensión arterial es mayor o igual a 160 mmHg en la sistólica y si Tensión arterial es mayor o igual a 100 mmHg se diagnostica como Hipertensión arterial estadio 2. ⁽⁴⁾

Existen datos relevantes del estudio Framingham; como el incremento de la incidencia de hipertensión en pacientes no hipertensos, usando la clasificación del séptimo reporte del Comité Nacional Conjunto sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión, donde un 5.3% de participantes con presión arterial optima (sistólica menor 120 mmHg y diastolica menor de 120 mmHg) y 17.6% con presión arterial normal (sistólica de 120-129 mmHg y diastolica de 80-84 mmHg) y 37.3% con presión arterial normal alta con edades de 65 años progresaron a la hipertensión en 4 años. La obesidad y sobre peso contribuyen a la progresión para que se desarrolle hipertensión. ⁽⁵⁾

El estudio Framingham demostró que el riesgo de desarrollar hipertensión y ubicarse en el estadio 1 (es decir presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg) es de un 90% en personas de 55 a 65 años de edad, y la probabilidad de que estos pacientes reciba medicación antihipertensiva es de 60%. El riesgo de que desarrolle en el sexo masculino hipertensión en estadio 1 es de un 60%. En contraste el riesgo de desarrollar hipertensión arterial en estadio 2 (es decir con presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg) fue considerablemente baja en ambos sexos de un 35-44%, con estos pacientes se incrementa la individualización del tratamiento antihipertensivo. ⁽⁶⁾

Los factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial, incluyendo esta misma son: tabaquismo, dislipidemia, diabetes mellitus, edad avanzada mayor de 55 años en hombres y mayor de 65 años en mujeres, y el sexo masculino de forma independiente, la obesidad con índice de masa corporal mayor o igual a 30, inactividad física (sedentarismo), microalbuminuria o índice de filtración glomerular menor a 60 ml/min., y la historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura en varones menores de 55 años o mujeres menores de 65 años. Estos factores modifican en forma independiente el riesgo para enfermedad cardiovascular y afectan el pronóstico y guiar para el tratamiento. ^{(7) (8)}

A través de numerosas investigaciones, se ha intentado identificar las causas subyacentes de las alteraciones cardiovasculares, a partir de los años cincuentas, esencialmente después de los trabajos pioneros de Friedman y Rosenman. Se han detectado un patrón de comportamiento que se caracteriza por un estilo de vida, tendencia de sobrecargarse de trabajo y con una gran impaciencia. Dicho estilo de comportamental se ha denominado patrón de conducta tipo A. En la actualidad existe suficiente evidencia para aceptar que dicho estilo de vida de comportamiento es otro factor de riesgo coronario, al igual que el tabaquismo, dislipidemia, y es independiente de estos. ⁽⁹⁾

El patrón de conducta tipo A, o patrón de riesgo coronario, es un síndrome comportamental o estilo de vida caracterizado por extrema competitividad, motivación para el logro. Agresividad, impaciencia, apresuramiento, inquietud y sensación de estar en desafío con la responsabilidad y bajo premura de tiempo. Se puede cuantificar la conducta tipo A, y proporcionar puntuaciones separadas en tres factores de la conducta tipo A que son: Factor S: Rapidez, prisa e impaciencia. Factor J: Implicación y involucrimiento en el trabajo. Factor H: Comportamiento duro y competitivo. ^{(10) (11) (12)}

Los trabajos en el patrón de conducta tipo A han seguido dos vertientes, por una parte, desde una perspectiva eminentemente clínica. Se han realizado estudios tanto prospectivos como retrospectivos. Bien se han utilizado grandes muestras de estudios longitudinales, tratando de detectar la posible relación entre los individuos que contraen la enfermedad coronaria, con sus patrones comportamentales, ó bien estudiando muestras de pacientes con enfermedad coronaria detectada, y evaluando sus características de personalidad. Por otra parte, otro grupo de trabajos han tratado de aislar las variables relacionadas con el Patrón de Conducta tipo A, partiendo de individuos sanos, bien sea en grupo de individuos sanos, o bien sea en grupo de adultos o bien en jóvenes estudiantes universitarios. ⁽¹³⁾

CARACTERISTICAS DE LOS TRES FACTORES DE CONDUCTA TIPO A

FACTOR	CARACTERISTICA
FACTOR S (PRISA E IMPACIENCIA)	Comer rápido. Son impacientes en la conversación con otros. Apresuran a las demás personas. Tienen temple duro. Son fácilmente irritables.
FACTOR J (IMPLICACION EN EL TRABAJO)	Alta motivación del logro. Trabajar horas extraordinarias. Afrontar importantes trabajos en tiempos límites. Prefieren la promoción laboral e un aumento de sueldo. Esto lo presenta personas que en el test puntuación alta en este aspecto.
FACTOR H (COMPORTAMIENTO DURO Y COMPETITIVO)	Comprende una imagen de si mismo como: Persona con comportamiento duro. Conciente, responsable, serio y Competitivo. Poniendo mas esfuerzo en las cosas que el resto de la gente.

ANIORTE, Hernández Nicanor. Personalidad de la salud. 02 de Septiembre del 2003.

Quienes muestran el tipo de conducta opuesto al de la conducta tipo A, es decir, un estilo de vida relajado, no apresurado y maduro son designados tipo B, pueden estar interesados en progresar y ganar bienes materiales, pero tienden a su ritmo de vida en vez de forzarse. ^{(14) (15) (16).}

PATRONES DE CONDUCTA Y PROBLEMAS EN SALUD

TIPO DE CONDUCTA	CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS	RELACIONES INTERPERSONALES	RIESGOS PATÓGENOS
CONDUCTA TIPO A	HIPERACTIVO, RÁPIDO, IMPACIENTE, HOSTIL, COMPETENTE.	PROBLEMÁTICO, DOMINANCIA, TENSION, AGRESION	CORONARIOPATIAS, HIPERTENSION Y OTRAS.
CONDUCTA TIPO B	RELAJADO, TRANQUILO, CONFIADO, ATENTO A LA SATISFACCIÓN O BIENESTAR	RELAJADOS, EXPRESION ABIERTA DE LAS EMOCIONES, INCLUSO EN HASTIO	NO DETECTADO

ANIORTE, Hernández Nicanor. Personalidad de la salud. 02 de Septiembre del 2003

El patrón de conducta tipo A, es solo un trastorno cuya patogénesis es multifactorial. Ninguno de los factores cardiovasculares por sí solo son suficientes sensibles para una predicción clínica. Es importante, mencionar que las personas con altas puntuaciones de Inventario de actividades de Jenkins test que valora el patrón de conducta tipo A, tiene una mayor probabilidad de desarrollar trastornos coronarios y es importante mencionar que tienen una mayor recurrencia de ataque coronario. Las personas con conducta tipo A y tipo B, reaccionan de diferente manera en situaciones de estrés, además de que la conducta tipo A, parece generar respuestas mayores ante cambios físicos y emocionales. Y por ende, padecen más enfermedades físicas ^{(17) (18)}

Resaltar que la incidencia de infarto agudo al miocardio, angina de pecho, y recurrencia de eventos es el doble en paciente con conducta tipo A. Adicionalmente los fallecimientos como consecuencia de trastornos coronarios a lo largo de un periodo de 8 años y medio, corresponden en un 88% al grupo de personalidad tipo A. En resumen podemos decir, que el total de la incidencia encontrada es de 70% y pertenecen al grupo de la conducta tipo A ^{(19) (20)}

Existen factores de riesgo psicológicos para desarrollar hipertensión arterial sistémica en adultos jóvenes que se confirman en el estudio CARDIA. Se comenta que la personalidad tipo A con actitudes de hostilidad y el tiempo de urgencia o de impaciencia (sentimiento de presión del tiempo en general, sentimiento de presión al final de día, de trabajo y casa, poco tiempo para comer y creen tener poco tiempo para realizar actividades) son de gran importancia para desarrollar hipertensión. Se encontró que la hostilidad y el tiempo de urgencia y la impaciencia en un periodo de 15 años desarrollan hipertensión en un 15% y de 13.6% para 5 años. ⁽²¹⁾

El patrón de comportamiento tipo A: Es un conjunto de características y de síntomas de acción emoción que se dan en personas que luchan por alcanzar objetivos mal definidos, en el menor tiempo posible y en contra de las circunstancias adversas. La persona en cuadrada en él, niega este tipo de comportamiento. Se produce una alta incidencia entre los profesionales. Existe una alta relación entre prevalencia-incidencia de enfermedades coronarias y factores de riesgo coronarios en la personas con patrón de conducta tipo A. Este estudio predice la aparición de un infarto, y se ve relacionada con la gravedad de proceso documentado arteriográficamente, muchos estudios así, lo han relacionado, este tipo de personalidad favorece la aparición de enfermedades, cardiovasculares. ⁽²²⁾

La forma de comportarse: impaciencia, hostilidad, tienen una gran implicación laboral, no es en si misma patógena, pero si se vive como desagradable o impuesta de fuera. La impaciencia y hostilidad producen inseguridad y baja autoestima. ⁽²³⁾

Los investigadores declaran que el aumento de la presión arterial se debe tanto a factores psicológicos como sociales y que pueden estar produciendo un complejo grupo de mecanismos, mientras, los factores psico-sociales pueden incrementar el riesgo de hipertensión arterial. El sistema nervioso simpático, se estimula por el estrés agudo, causando por ello una serie de repercusiones en el corazón, y en los vasos sanguíneos, incluyendo un estrechamiento de estos y, por lo tanto, un incremento de la presión arterial. La impaciencia y la hostilidad al inicio de la etapa adulta fueron asociadas, a un modo de dosis respuesta, cuando era más perjudicial, con riesgo de desarrollar hipertensión arterial en 15 años después. A demás se añade que estas relaciones fueron independientes de edad, sexo, raza, tensión arterial sistólica al inicio de la investigación, educación, índice de masa corporal, consumo del alcohol, y nivel de actividad física. ⁽²⁴⁾

La hipertensión es más frecuente en aquellas personas que sufren racismo, de los que no la sufren, porque las personas que sufren racismo inhiben su ira, mientras que las que no sufren racismo, no perciben estos sentimientos, esto se estudió en 69 afroamericanos, hombres y mujeres, monitorizando su tensión arterial durante las 24 horas. Demostrando la existencia de una conexión entre la inhibición de la ira y la tensión arterial, siendo este un proceso complejo, que condiciona hipertensión arterial ⁽²⁵⁾

El Patrón de conducta tipo A, considera dos dimensiones, la primera, que definiría lo que podría catalogarse como patrón de comportamiento sano, estaría relacionado tales como ambición –competitividad. La segunda dimensión, relacionada con irritabilidad-impaciencia, aportaría un componente más insano, y probablemente con una contribución mayor a la patología coronaria que el Patrón de Conducta tipo A. Se ha evidenciado que pacientes con altas puntuaciones de competitividad obtienen mejores resultados en tareas complejas, mientras que no se tiene diferencias significativas en hostilidad. Por otra parte, la segunda dimensión se relaciona con mayor activación fisiológica, y una mayor hostilidad y parece existir relación con aspectos relacionados con ansiedad. ⁽²⁶⁾

Considerando que los factores que influyen en la toma de decisiones humana son, entre otros, las características personales de sujeto, su personalidad y su sistema cognitivo. La interrelación de estos factores dará como lugar a determinados patrones de conducta adoptados por los sujetos en situaciones de decisión. Teniendo en cuenta, en un estudio realizado por Borges y Sánchez Bruno, se trató de analizar la posible relación entre las dimensiones que caracteriza en patrón de conducta tipo A, y los diferentes estilos de decisión. Así, la dimensión ambición-competitividad se caracteriza por un estilo de decisión más personal y seguro, mientras que la segunda dimensión, irritabilidad e impaciencia, se relaciona con un estilo de toma de decisión que trata de evitar y demora la toma de decisiones, a la vez que conlleva una mayor indecisión. ⁽²⁷⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuántos pacientes son portadores del Patrón de Conducta tipo A y con hipertensión arterial sistémica en la UMF 28?

JUSTIFICACION:

El Patrón de Conducta tipo A, es un síndrome comportamental o estilo de vida, que en México, no se ha identificado su prevalencia, como en investigaciones en Latinoamérica y España. La importancia del patrón de Conducta Tipo A, radica que presentan el doble de posibilidades de tener un evento coronario, una alta incidencia de infarto agudo al miocardio, angina de pecho, y recurrencia de eventos coronarios. Adicionalmente los fallecimientos como consecuencia de trastornos coronarios a lo largo de un periodo de 8 años y medio, corresponden en un 88% al grupo de personalidad tipo A.

OBJETIVOS ESPECÍFICO:

Identificar el Patrón de Conducta tipo A como factor de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial en la UMF 28

HIPOTESIS:

HIPOTESIS ALTERNA:

H1: El Patrón de Conducta tipo A es frecuente en pacientes con hipertensión arterial sistémica en la UMF 28

HIPOTESIS NULA:

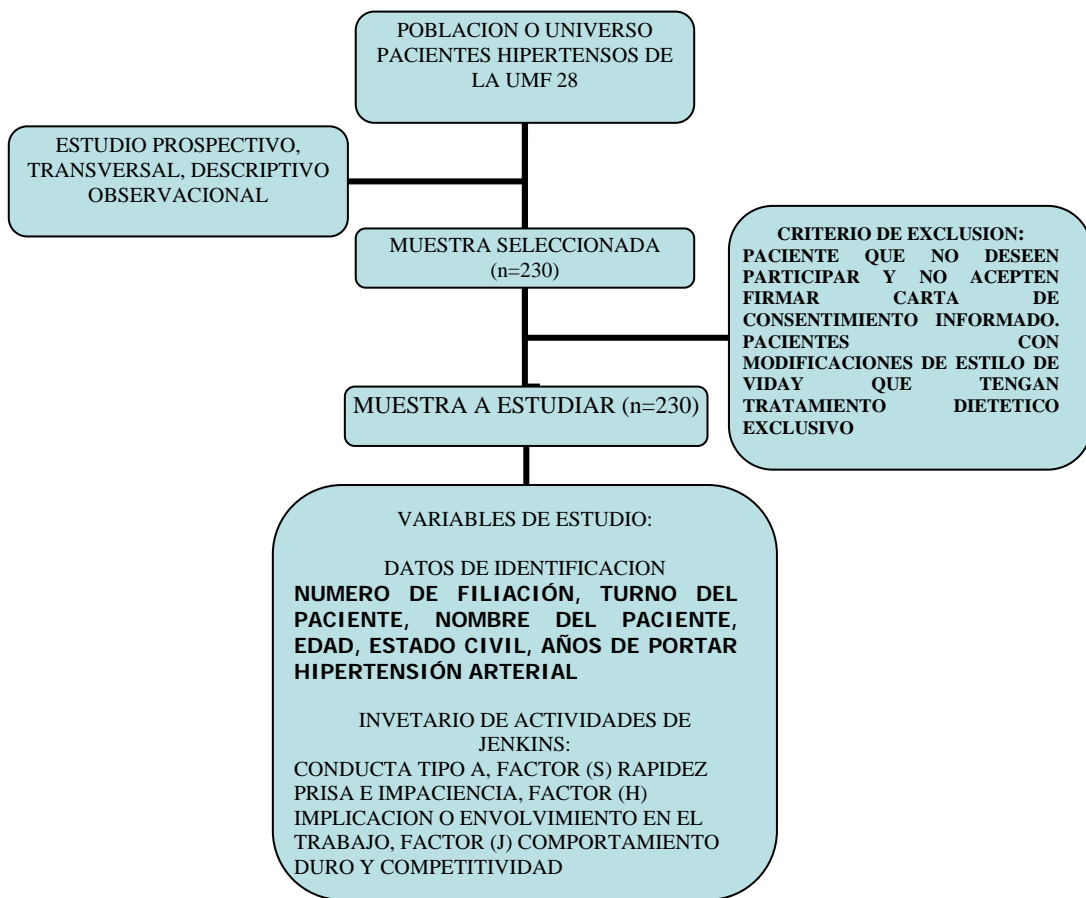
H2: El Patrón de Conducta tipo A no es frecuente en paciente con hipertensión arterial sistémica en la UMF 28.

MATERIALES Y METODOS

TIPO DE INVESTIGACION:

- a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO
- b).- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL
- c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO
- d).- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO
- e).- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:



ELABORO: GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO 2004-05-10.PROTOCOLO DE INVESTIGACION.

POBLACION Ó UNIVERSO: El estudio se realizara con pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No 28, en el Distrito Federal, México. Esta es una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se realizara en la Unidad de Medicina familiar No 28. En la Colonia del Valle que se encuentra en el Distrito Federal, México. Que se realizara en Junio del 2004.

MUESTRA:

TAMAÑO DE LA MUESTRA: El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria será de 230 pacientes con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0.30. Con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Numero total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE INCLUSION: Nuestra población diana serán pacientes hipertensos del programa de control y seguimiento de hipertensión arterial sistémica de la UMF 28 que sean regulares a su consulta. Se incluirán pacientes hipertensos sin distinción de sexo y edad, siempre y cuando tenga diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Se excluirán a los pacientes que no deseen participar y no acepten firmar la carta de consentimiento informado. Se excluirán pacientes con tratamiento médico de modificaciones del estilo de vida y que tengan un tratamiento exclusivamente dietético o que no sea responsable del tratamiento el médico familiar.

CRITERIOS DE ELIMINACION: Pacientes con pérdida de historia clínica, que no se encuentre por 3 intentos en los archivos de la UMF 28. Por fallecimiento del paciente y porque el paciente ya no sea derechohabiente al IMSS.

VARIABLES:

DATOS DE IDENTIFICACION:

- 1.- NUMERO DE FILIACIÓN
- 2.- TURNO DEL PACIENTE
- 3.- NOMBRE DEL PACIENTE
- 4.- EDAD
- 5.- ESTADO CIVIL
- 6.- AÑOS DE PORTAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL

**INVENTARIO DE ACTIVIDADES DE
JENKINS:**

- 1.- CONDUCTA TIPO A: Es un síndrome comportamental o estilo de vida caracterizado por extrema competitividad, motivación para el logro. Agresividad, impaciencia, apresuramiento, inquietud y sensación de estar en desafío con la responsabilidad y bajo premura de tiempo
- 2.- FACTOR (S) RAPIDEZ PRISA E IMPACIENCIA
- 3.- FACTOR (H) IMPLICACION O ENVOLVIMIENTO EN EL TRABAJO
- 4.- FACTOR (J) COMPORTAMIENTO DURO Y COMPETITIVIDAD

**DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES
CARACTERISTICAS GENERALES**

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
NUMERO DE FOLIO	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS CONSECUTIVOS
TURNOS DEL PACIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1=MATUTINO 2=VESPERTINO
NOMBRE DEL PACIENTE	CUALITATIVA	TEXTUAL	NOMBRE DEL PACIENTE
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3=DIVORCIADO 4=VIUDO 5=UNIO LIBRE
AÑOS DE PORTAR HIPERTENSION ARTERIAL	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMERO CONSECUTIVOS

ELABORO: GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO 2004-05-10.PROTOCOLO DE INVESTIGACION

**DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES
INVENTARIO DE ACTIVIDADES DE JENKINS. FORMA C**

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
PATRON DE CONDUCTA	CUALITATIVA	PUNTUACION CENTIL DEL INVENTARIO DE ACTIVIDADES DE JENKINS	1) CONDUCTA TIPO A: PUNTUACION CENTIL 54-99 2) CONDUCTA TIPO B: PUNTUACION CENTIL 46-1
FACTOR S RAPIDEZ, PRISA E IMPACIENCIA	CUALITATIVA	PUNTUACION CENTIL DEL INVENTARIO DE ACTIVIDADES DE JENKINS	1) SI 2) NO
FACTOR J IMPLICACION Ó ENVOLVIMIENTO EN EL TRABAJO	CUALITATIVA	PUNTUACION CENTIL DEL INVENTARIO DE ACTIVIDADES DE JENKINS	1) SI 2) NO
FACTOR H COMPROTAMIENTO DURO Y COMPETITIVIDAD	CUALITATIVA	PUNTUACION CENTIL DEL INVENTARIO DE ACTIVIDADES DE JENKINS	1) SI 2) NO

ELABORO: GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO 2004-05-10.PROTOCOLO DE INVESTIGACION

DISEÑO ESTADISTICO:

El análisis estadístico se llevara acabo a través del programa SPSS 12 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 90%. El tipo de muestra es representativa y se calculo a través de su prevaecía del 30%. Para el análisis del inventario de de actividades de Jenkins, se utilizará el software disco plantilla Informe y perfil, del departamento de informática de ediciones TEA ediciones. Programa TEA-PLANT versión 2.0 JAS.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Se diseño una presentación con los datos de identificación personalizada y se aplicara el inventario de actividades de Jenkins para determinar el patrón de Conducta tipo A, y sus factores que lo componen. El inventario de actividades de Jenkins (Forma C). Creado y validado por C. D. Jenkins, S. J. Zyzanki y R. H. Rosenman. Editado por TEA S. A. Manual de investigaciones y publicaciones psicológicas.

METODO DE RECOLECCIÓN:

Se realizará una entrevista individual a los pacientes que asistan a consulta de forma ordinaria y en grupos a aquellos pacientes que asista a plática de hipertensión arterial todos los martes. Se dará un tiempo de 30 minutos para la realización de la prueba del Inventario de actividades de Jenkins, toda esta información se obtendrá en un plazo de un año.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS:

Se debe de aplicar el inventario de actividades de Jenkins en forma individual o grupal. Se aplicara a adultos de 25-70 años de edad, y que puedan leer. Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, deberá trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas. Si el sujeto tiene dificultades para leer la primera pregunta, se debe interrumpir la aplicación de la prueba. La prueba deberá realizarse en 30 minutos. Durante la aplicación del inventario JAS, es importante recordar que las respuestas no requieren o aceptar ayuda de otras personas. NO debe hacerse mención del riesgo coronario. Hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados si la prueba es presentada con tal comentario. Los sujetos deben ser informados de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. El examinador debe decir: Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no este seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta. El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser el quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.

PRUEBA PILOTO

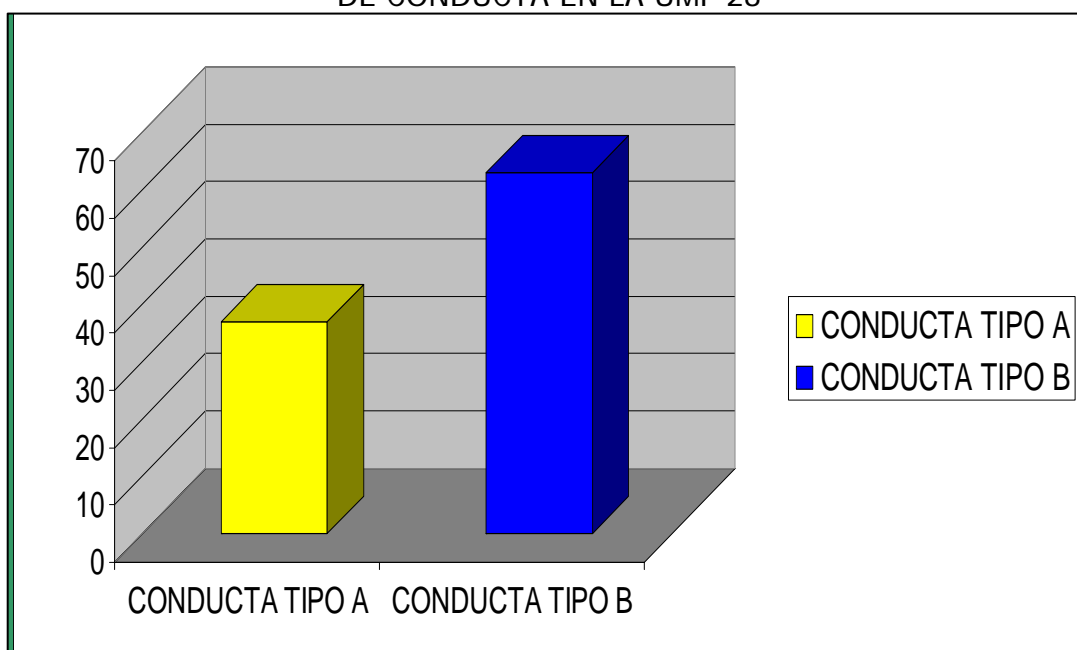
- Los resultados son preliminares teniendo hasta este momento 54 casos
- Existiendo un predominio de sexo femenino, 41 (75.9%), frente a masculinos 13 (24.1%).
- La media de edad en ambos sexos 61.9 con una desviación estándar \pm 10.3.
- Se encuentran según su estado civil, los siguientes datos: solteros 8 (14.8%), casados 34 (63%), viudos 10 (18.5) y divorciados 2 (3.7%).
- Dentro de los 54 pacientes, el predominio de ser portador de hipertensión arterial sistémica da como resultado 10.8 años con una desviación estándar de \pm 9.3 años
- El inventario de actividades de Jenkins al ser aplicado a nuestros pacientes seleccionados 20 (37%) de estos son portadores de conducta tipo A. Mientras que 34 (63%) son portadores de conducta tipo B. Tabla 1
- Dentro de los componentes de la conducta tipo A, se encontró que el Factor S tuvo una frecuencia de 18 (33%) pacientes. Mientras que para el Factor J, lo presentaron 6 (11%) pacientes y para el factor H se presentaron 35 (65%) pacientes. Tabla 2.

TABLA 1 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE PATRON DE CONDUCTA EN LA UMF 28

PATRON DE CONDUCTA TIPO A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONDUCTA TIPO A	20	37%
CONDUCTA TIPO B	34	63%
TOTAL	54	100%

ELABORO. DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO. UMF 28. AGOSTO/2004

GRAFICA PORCENTAJE DE PATRON DE CONDUCTA EN LA UMF 28



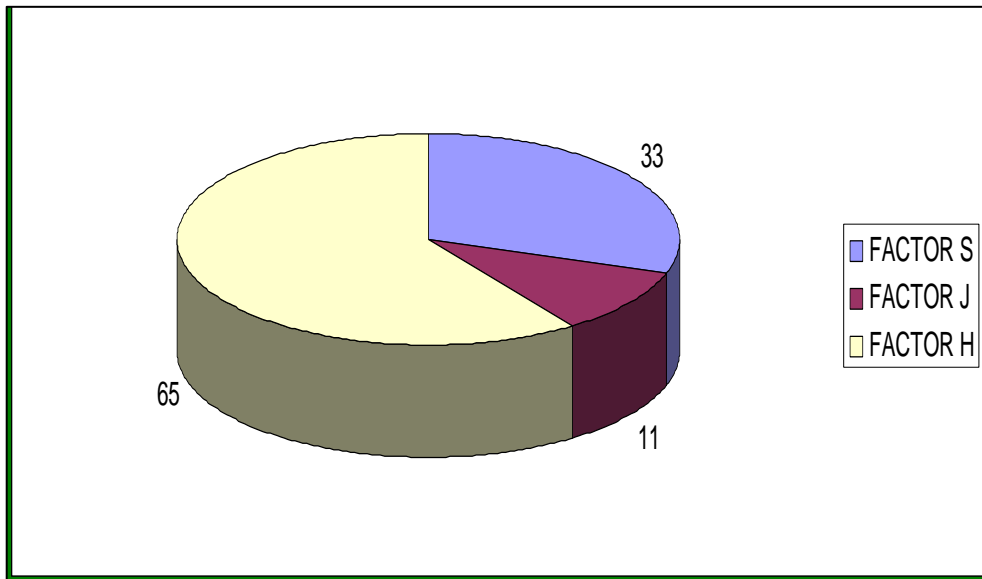
ELABORO. DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO.
UMF 28. AGOSTO/2004

TABLA 2 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE COMPONENTES DE LA CONDUCTA TIPO A

COMPONENTES DE LA CONDUCTA TIPO A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FACTOR S	18	33%
FACTOR J	6	11%
FACTOR H	35	65%

ELABORO. DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO.
UMF 28. AGOSTO/2004

GRAFICO PORCENTAJES DE LOS COMPONENTES DEL PATRON DE CONDUCTA TIPO A



ELABORO. DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO.
UMF 28. AGOSTO/2004

CONCLUSIONES:

- Nuestra muestra parcial se compone de población de predominio femenino (75.9%), la edad promedio fue de 61 años, debido a que en nuestra unidad la población ha envejecido y se encuentra polarizada.
- Se presenta un 37% de casos de Patrón de conducta tipo A. Resultando importante factor de riesgo cardiovascular. Con alta incidencia de morbi-mortalidad en enfermedad coronaria y el conocimiento de éste debe de ser usado para un manejo preventivo ya que actualmente no se le ha dado la importancia adecuada.
- Debemos intervenir en los pacientes para reducir los trastornos de conducta, esforzarse en realizar cambios en el comportamiento de estos pacientes

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:
IDENTIFICACION DE CONDUCTA TIPO A EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL
COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA UMF No 28

2004

FECHA	MA R 200 4	ABR 200 4	MA Y 200 4	JUN 200 4	JUL 200 4	AG O 200 4	SEP 200 4	OC T 200 4	NO V 200 4	DIC 200 4	ENE 200 5	FEB 200 5
TITULO	X											
ANTECEDENTE S	X											
PLANTEAMIE N TO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS		X										
PROPOSITOS		X										
DISEÑO METODOLOGIC O		X										
ANALISIS ESTADISTICO		X	X									
CONSIDERACI O- NES ETICAS			X									
RECURSOS			X									
BIBLIOGRAFIA			X									
ASPECTOS GENERALES			X									
ACEPTACION			X									

2005

FECHA	MA R 200 4	ABR 200 4	MA Y 200 4	JUN 200 4	JUL 200 4	AG O 200 4	SEP 200 4	OCT 200 4	NO V 200 4	DIC 200 4	ENE 200 5	FEB 200 5
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIE N- TO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIO- NES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Para la realización de este proyecto se cuenta con un investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos, orientación por asesor de tesis. Así como para el inventario de actividades de Jenkins. Para la realización de esta investigación se contara con una computado Compaq precario 2100, con procesador AMT talón XP, disquetes de 3/2 y un disco compacto para almacenar toda la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducir el inventario de actividades de Jenkins y cuestionario de presentación, lápices, borradores. Los gastos en general se absorberán por el residente de medicina familiar Gilberto Espinoza Anrubio.

CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. Identificación de conducta tipo a en pacientes con hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular en la UMF 28, se encuentra en anexos.

RESULTADOS

- Se estudio 232 pacientes, observando predominio de sexo femenino 160 (69%) pacientes, sexo masculino 72 (31%) pacientes.
- La media de edad 64.47 años, valor mínimo de 40 años y máximo de 88 años, desviación estándar de 10.09 años
- En el Estado civil se encontró a 133 (57.3%) pacientes casados, viudez 59 (25.4) pacientes, 25 (10.8%) solteros, 14 (6%) divorciados y 1 (0.4%) en unión libre.
- En ocupación 60 (25.9%) pacientes trabajadores y 172 (74.1%) no trabajadores.
- Los años de portador de hipertensión arterial con una media de 12.31, valor mínimo de 1 año y máximo de 42, desviación estándar de 9.78.
- Se encontró a 74 (31.9%) pacientes con Conducta tipo A y 158 (68.1%) pacientes con Conducta tipo B.
- En los componentes de la conducta tipo A se encontró: El Factor S [Prisa e impaciencia] se presento en 74 (31.9%) pacientes, Factor J [Implicación en el trabajo] su frecuencia fue 25 (10.9%) pacientes y en el Factor H [Comportamiento duro y competitivo] 132 (56.9%) pacientes
- Se observo 27 (11.6%) pacientes de sexo masculino con conducta tipo A y 45 (19.4%) pacientes con conducta tipo B, mientras que de sexo femenino 47 (20.3%) pacientes con conducta tipo A y con conducta tipo B 113 (48.7%) pacientes.

- Se encontró una distribución de patrón de conducta por estado civil la siguiente: Soltero 6 (2.6%) paciente con conducta tipo A y con conducta tipo B 19 (8.6%), casado 49 (21.1%) pacientes con conducta tipo A mientras que con conducta tipo B 84 (36.2%) pacientes, viudo 13 (5.6%) pacientes con conducta tipo A y con conducta tipo B 46 (19.8%) pacientes, divorciados 6 (2.6%) pacientes con conducta tipo A y con conducta tipo B 8 (3.4%) pacientes. No hubo pacientes separados con conducta tipo A y si se presento 1 (0.4%) paciente con conducta tipo B.

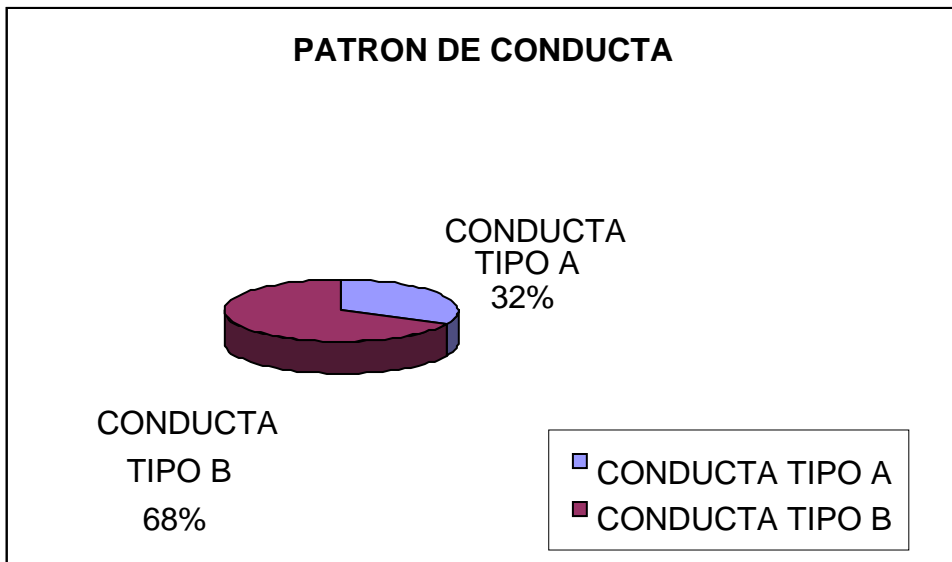
- La distribución de patrón de conducta por ocupación arrojó los siguientes datos pacientes empleados 22 pacientes (9.5%) con conducta tipo A, mientras que con conducta tipo B 38 paciente (16.4%). En los paciente no empleados 52 pacientes (22.9%) de frecuencia de conducta tipo A y 120 paciente (51.7%) con conducta tipo B.

- La años de ser portador de hipertensión arterial en rangos de 1 a 20 años, se presento una frecuencia de 66 pacientes (28.4%) con conducta tipo A, mientras que este mismo rango 135 pacientes (58.2%). Y el rango de 21 a 42 años una frecuencia de conducta tipo A de 8 pacientes (3.4%) y con conducta tipo B 23 pacientes (9.9%).

- La edad en rangos de 40-65 años se encontró 48 pacientes (20.8%) con conducta tipo A y con conducta tipo B 74% (31.9%), mientras que en la edad de 66 a 90 años 26 pacientes (11.7%) con conducta tipo A y 158 pacientes (68.1%) con conducta tipo B.

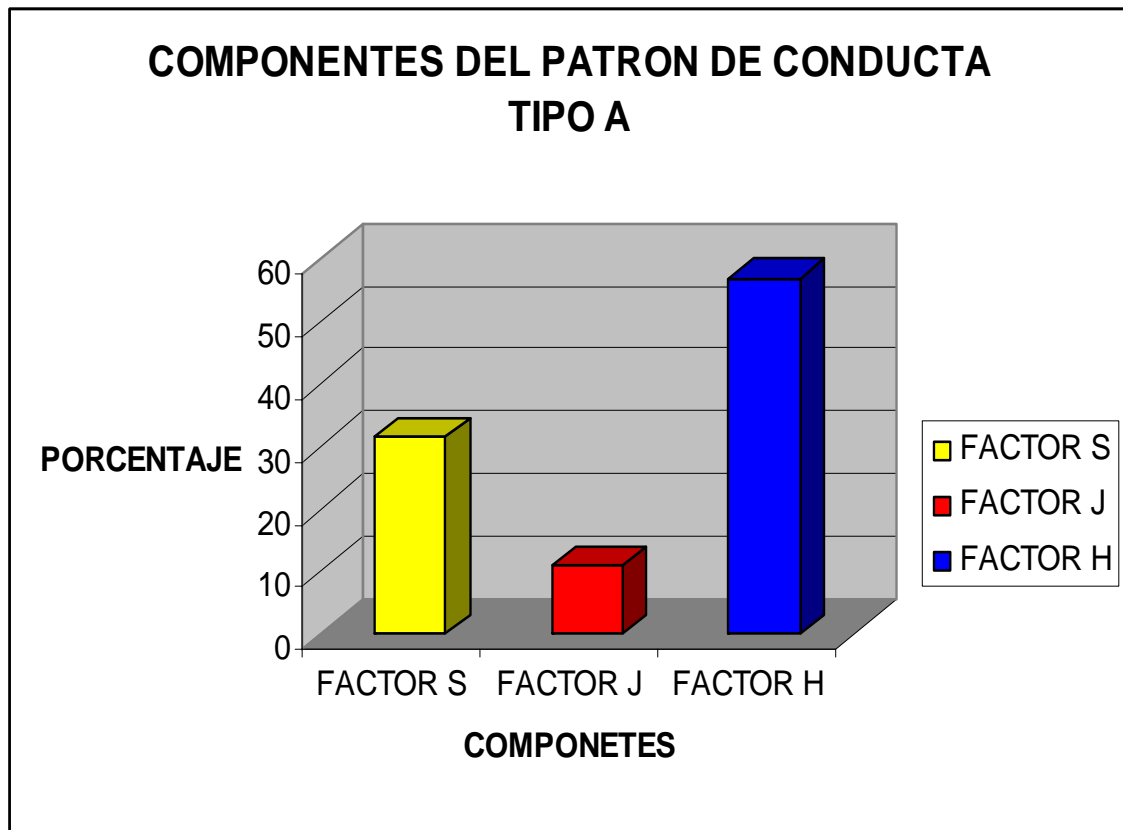
PATRON DE CONDUCTA

Tipo de conducta	Frecuencia	Porcentaje
Conducta tipo A	74	31.9%
Conducta tipo B	158	68.1%
Total	232	100%



COMPONENTES DE CONDUCTA TIPO A

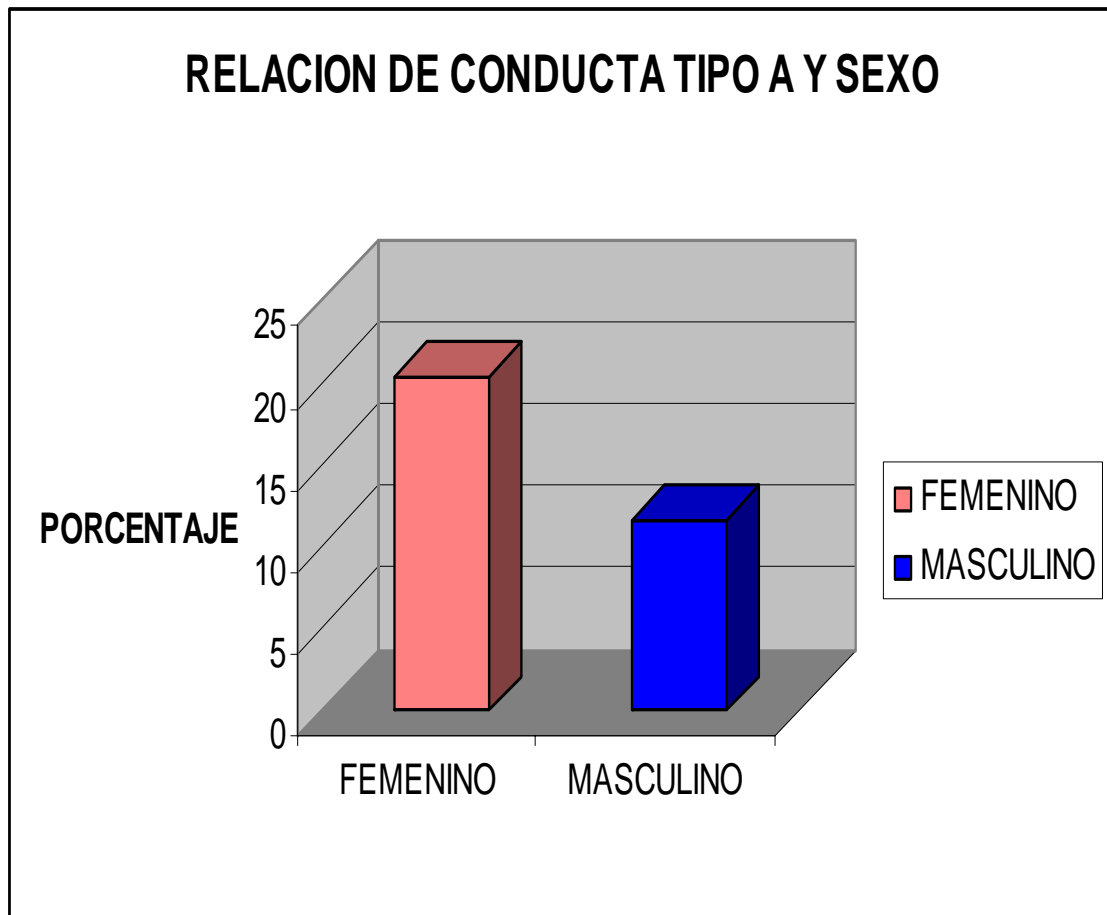
TIPO DE COMPONENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FACTOR S Prisa e impaciencia	74	31.9%
FACTOR J Implicación en el trabajo	25	10.9%
FACTOR H Comportamiento duro y competitivo	132	56.9%



SEXO Y PATRON DE CONDUCTA

SEXO	CONDUCTA TIPO A	CONDUCTA TIPO B	TOTAL
FEMENINO Frecuencia Porcentaje	47 20.3%	113 48.7%	160 68.8%
MASCULINO Frecuencia Porcentaje	27 11.6%	45 19.4%	72 31.2%
TOTAL Frecuencia Porcentaje	74 32%	158 68%	232 100

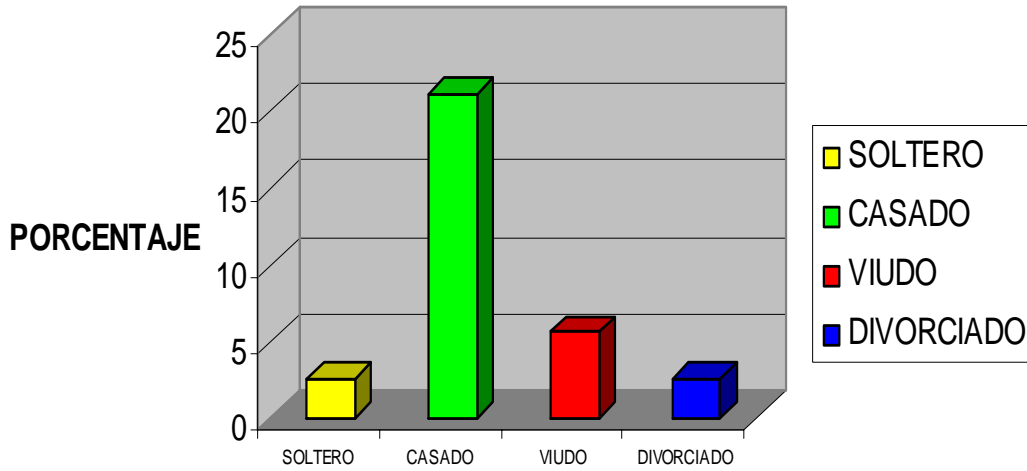
RELACION DE CONDUCTA TIPO A Y SEXO



ESTADO CIVIL Y PATRON DE CONDUCTA

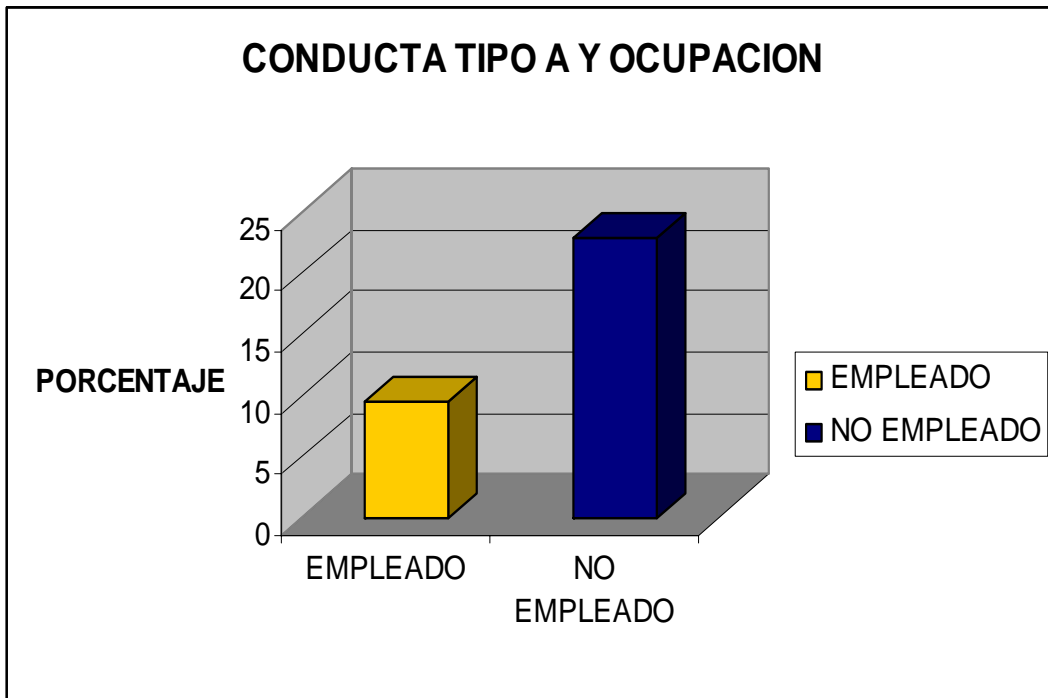
ESTADO CIVIL	CONDUCTA TIPO A	CONDUCTA TIPO B	TOTAL
SOLTERO Frecuencia Porcentaje	6 2.6%	19 8.6%	25 10.8%
CASADO Frecuencia Porcentaje	49 21.1%	84 36.2%	133 57.3%
VIUDO Frecuencia Porcentaje	13 5.6%	46 19.8%	59 25.4%
DIVORCIADO Frecuencia Porcentaje	6 2.6%	8 3.4%	14 6%
SEPARADO Frecuencia Porcentaje	0 0%	1 0.4%	1 0.4%
TOTAL Frecuencia Porcentaje	74 31.9	158 68.1%	232 100

CONDUCTA TIPO A Y ESTADO CIVIL



OCUPACION Y PATRON DE CONDUCTA

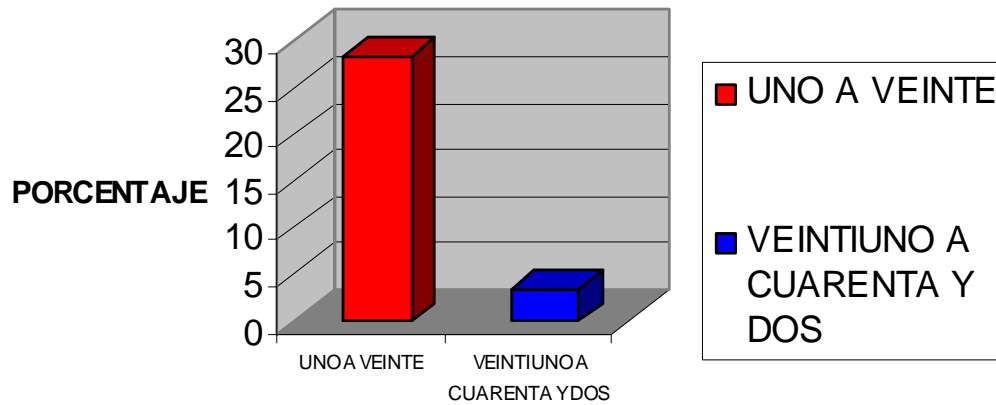
OCUPACION	CONDUCTA TIPO A	CONDUCTA TIPO B	TOTAL
EMPLEADO Frecuencia Porcentaje	22 9.5%	38 16.4%	60 25.9%
NO EMPLEADO Frecuencia Porcentaje	52 22.4%	120 51.7%	172 74.1%
TOTAL Frecuencia Porcentaje	74 31.9	158 68.1	232 100%



AÑOS DE PORTAR HIPERTENSION ARTERIAL Y PATRON DE CONDUCTA

AÑOS DE PORTAR HIPERTENSION ARTERIAL	CONDUCTA TIPO A	CONDUCTA TIPO B	TOTAL
1-20 AÑOS Frecuencia Porcentaje	66 28.4%	135 58.2%	201 86.6%
21-42 AÑOS Frecuencia Porcentaje	8 3.4%	23 9.9%	31 13.4%
TOTAL Frecuencia Porcentaje	74 31.9%	158 68.1%	232 100%

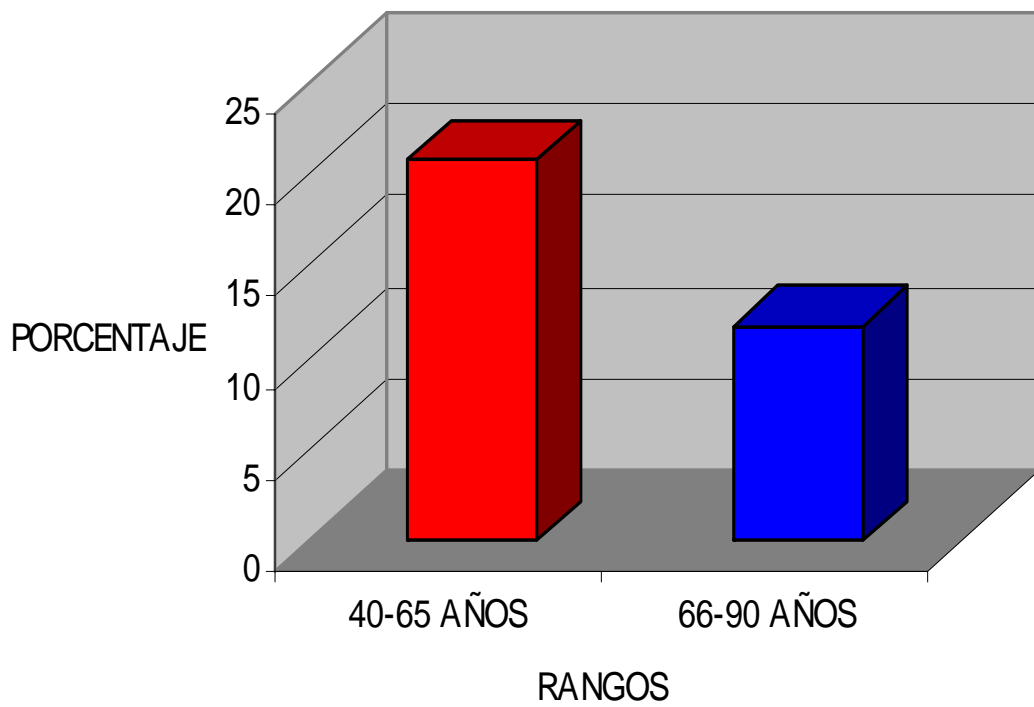
CONDUCTA TIPO A Y AÑOS DE PORTAR HIPERTENSION ARTERIAL



EDAD EN RANGOS Y PATRON DE CONDUCTA TIPO A

EDAD EN RANGOS	CONDUCTA TIPO A	CONDUCTA TIPO B	TOTAL
40-65 AÑOS Frecuencia Porcentaje	48 20.7%	74 31.9%	122 52.6%
66-90 AÑOS Frecuencia Porcentaje	26 11.7%	84 36.2%	110 47.4%
TOTAL Frecuencia Porcentaje	74 31.9%	158 68.1%	232 100%

RELACION DE CONDUCTA TIPO A Y EDAD EN RANGOS



DISCUSIONES

La conducta tipo A, es un comportamiento poco estudiado y conocido en el medio médico, estos pacientes poseen niveles elevados de aminas vasoactivas, que probablemente asociado a los demás factores de riesgo cardiovascular contribuya de forma excepcional al desarrollo de coronariopatías, es importante medir el tipo de amina vasoactiva que predomina en estos pacientes. No realizamos grupo control, por lo que consideramos que sería importante seguir este estudio, realizando un estudio, con grupos control, y con igual cantidad de género masculino y femenino.

La conducta tipo A es una enfermedad de predominio en el sexo masculino, pero en nuestro estudio se observa una mayor frecuencia de sexo femenino de 20.3%, mientras que de sexo masculino 11.6%, esto probablemente resultado del ingreso de las mujeres a la vida laboral y la competencia con los hombres por conseguir puestos, es importante resalta que en nuestro estudio predominó el sexo femenino con un 69%. , resulta importante resaltar que las personas casadas es donde más se repite la frecuencia de conducta tipo A de 21.1. Y si seguimos la evolución familiar a través de la vida observamos una franca disminución de los pacientes hasta llegar a la viudez con una disminución de 5.6%, probablemente estos pacientes ya fallecieron con alguna enfermedad cardiovascular o por infarto agudo al miocardio, pues en este estudio solo se realizó la encuesta a pacientes con hipertensión arterial y sin complicaciones. Podemos mencionar que a mayor años de evolución de portar hipertensión arterial se reducía la frecuencia de conducta tipo A, inferimos que estos pacientes, que no llegaron a tener más de 20 años de portar la hipertensión arterial ya han muerto, claro, es importante mencionar que el patrón de conducta tipo A, se combina con los demás factores de riesgo vascular potencializando su mortalidad. En cuanto a la edad presenta el mismo fenómeno. Todavía existe mucho por estudiar a la conducta tipo A, es un campo poco estudiado y virgen en México, por lo que sería importante realizar un estudio con grupos control, para obtener resultados más objetivos.

CONCLUSION:

El patrón de Conducta tipo A como factor de riesgo cardiovascular, tiene una frecuencia alta pues 31.9%, a demás esta entidad del comportamiento humano poco estudiada. Es importante hacer mención de los componentes de la conducta tipo A, en donde la Prisa en impaciencia (Factor S) tiene una alta frecuencia de 31.9%, mientras que hay un decremento significativo de la implicación en el trabajo (Factor J) de 10.9, quiero mencionar que el factor H resultó con una alta frecuencia de 56.9%, este se define como comportamiento duro y competitivo. Es importante mencionar que su frecuencia en el sexo femenino es de 20.3% contrario a lo que la literatura menciona que es un comportamiento mas frecuente en el sexo masculino, aquí encontramos un 11.6% casi la mitad de la que presenta el sexo femenino, tal vez porque esta es una cuidada, y las posibilidades de trabajo en mujeres se ha incrementado. La relación de patrón de conducta tipo A y estado civil los casados furos los que mas presentaron frecuencia de conducta tipo A, seguido de los viudos con 5.6%, mientras que en solteros y divorciados la cifra se repitió de 6%.La frecuencia de presentación de conducta tipo A en empleados es de 9.5%, contrario a lo que la literatura menciona los no empleados se elevo su frecuencia alcanzando una frecuencia de 22.4%, duplicando su porcentaje. En los años de portar hipertensión arterial se observo una frecuencia de 28.4% en 1 a 20 años de portar la hipertensión arterial, mientras que 21 a 42 años de portar hipertensión arterial con 3.4%, existiendo un decremento de en significativo. De igual forma se repite en la edad donde se encontró un 48% en edad del paciente de 40-65 años y decremento en la edad 66-90 con 11.7%. Llegamos a un punto importante tal parece que el decremento presentado es porque los paciente han fallecido, porque los paciente que encontramos con conducta tipo B sigue siendo alta.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- ROSAS, Peralta Martín. La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo. Archivos de cardiología de México. Vol. 73. Suplemento 1/Abril-Junio 2003. Paginas S137-S140.
- 2.- ROSAS, Peralta Martín. La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo. Archivos de cardiología de México. Vol. 73. Suplemento 1/Abril-Junio 2003. Paginas S137-S140.
- 3.- V. Chobanian Aram y coautoria. Séptimo reporte del Comité Nacional Conjunto sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión. Reporte 7 del Comité Nacional Común. Clínicas de Corner. JAMA. Mayo. Numero 21. 2003. Vol. 283. No 19. Paginas 2560-2574.
- 4.- V. Chobanian Aram y coautoria. Séptimo reporte del Comité Nacional Conjunto sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión. Reporte 7 del Comité Nacional Común. Clínicas de Corner. JAMA. Mayo. Numero 21. 2003. Vol. 283. No 19. Paginas 2560-2574.
- 5.- RAMACHADRAN, S. Vasan, MD. y coautoria. Evaluación de la frecuencia de progresión de hipertensión en pacientes no hipertensos en el estudio Framingham del corazón. Estudio de cohorte. Lancet. Volumen 358, Noviembre 17, 2001. Páginas 1682-1686
- 6.- RAMACHADRAN, S. Vasan, MD. Y coautoria. Riesgos residual en la vida para desarrollar hipertensión arterial media de edad de hombres y mujeres. Estudio Framingham del corazón. JAMA. Febrero 27. 2002. Vol. 287. No. 8. Paginas 1003-1010.
- 7.- ROSAS, Peralta Martín. La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo. Archivos de cardiología de México. Vol. 73. Suplemento 1/Abril-Junio 2003. Paginas S137-S140
- 8.- V. Chobanian Aram y coautoria. Séptimo reporte del Comité Nacional Conjunto sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión. Reporte 7 del Comité Nacional Común. Clínicas de Corner. JAMA. Mayo. Numero 21. 2003. Vol. 283. No 19. Paginas 2560-2574
- 9.- BORGUES, Del Rosal, A. Análisis del constructo de madurez. Facultad de Psicología de la Universidad de la Laguna Madrid. Área de metodología del comportamiento de facultad de psicología. <File:///A:\IberPsicologia,GarciaHernandez.htm>. Actualizada 18 de junio del 2004
- 10.- MAINIERI, Roberto. Estrés. Artículo de la Universidad de Santa Maria la antigua (USMA). Noviembre 3, 1999. Vol. 15, Num. 2, 1999.
- 11.- ROSAS, Peralta Martín. La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo. Archivos de cardiología de México. Vol. 73. Suplemento 1/Abril-Junio 2003. Paginas S137-S140
- 12.- ANIORTE, Hernández Nicanor. Personalidad de la salud. 02 de Septiembre del 2003. Apunte de psicología en salud. Pagina de Internet. <File:///A:\Personalidadysalud.htm>.
- 13.- BORGUES, Del Rosal, A. Análisis del constructo de madurez. Facultad de Psicología de la Universidad de la Laguna Madrid. Área de metodología del comportamiento de facultad de psicología. <File:///A:\IberPsicologia,GarciaHernandez.htm>. Actualizada 18 de junio del 2004.

- 14.- C. D. JENKISNS, S. J. Zizansky y R. H. Rosenman. Inventario de Actividades de Jenkins. Forma C. Manual TEA, Ediciones. S. A.
- 15.- MAINIERI, Roberto. Estrés. Artículo de la Universidad de Santa Maria la antigua (USMA). Noviembre 3, 1999. Vol. 15, Num. 2, 1999.
- 16.- ANIORTE, Hernández Nicanor. Personalidad de la salud. 02 de Septiembre del 2003. Apunte de psicología en salud. Pagina de Internet. <File://A:\Personalidadysalud.htm>.
- 17.- C. D. JENKISNS, S. J. Zizansky y R. H. Rosenman. Inventario de Actividades de Jenkins. Forma C. Manual TEA, Ediciones. S. A.
- 18.- MAINIERI, Roberto. Estrés. Artículo de la Universidad de Santa Maria la antigua (USMA). Noviembre 3, 1999. Vol. 15, Num. 2, 1999.
- 19.- C. D. JENKISNS, S. J. Zizansky y R. H. Rosenman. Inventario de Actividades de Jenkins. Forma C. Manual TEA, Ediciones. S. A.
- 20.- MAINIERI, Roberto. Estrés. Artículo de la Universidad de Santa Maria la antigua (USMA). Noviembre 3, 1999. Vol. 15, Num. 2, 1999.
- 21.- LIJING, L. Yan, PhD. MPH y coautoria. Factores psicológicos como factores de riesgo para hipertensión. Riesgos arterial coronaria para el desarrollo en adultos jóvenes estudio CARDIA. JAMA. Octubre. 22/29. 2003. Volumen 290. Numero 16.
- 22.- ANIORTE, Hernández Nicanor. Personalidad de la salud. 02 de Septiembre del 2003. Apunte de psicología en salud. Pagina de Internet. <File://A:\Personalidadysalud.htm>.
- 23.- ANIORTE, Hernández Nicanor. Personalidad de la salud. 02 de Septiembre del 2003. Apunte de psicología en salud. Pagina de Internet. <File://A:\Personalidadysalud.htm>.
- 24.- LOPEZ, Ángeles. La impaciencia, la hostilidad, y el racismo provocan hipertensión arterial. Emociones y salud cardiovascular. <File://a:\DOSPU.htm>. Actualizada 24 de Octubre de 2003
- 25.- LOPEZ, Ángeles. La impaciencia, la hostilidad, y el racismo provocan hipertensión arterial. Emociones y salud cardiovascular. <File://a:\DOSPU.htm>. Actualizada 24 de Octubre de 2003
- 26.- BORGUES, Del Rosal, A. Análisis del constructo de madurez. Facultad de Psicología de la Universidad de la Laguna Madrid. Área de metodología del comportamiento de de facultad de psicología. File://A:\IberPsicologia_GarciaHernandez.htm. Actualizada 18 de junio del 2004
- 27.- BORGUES, Del Rosal, A. Análisis del constructo de madurez. Facultad de Psicología de la Universidad de la Laguna Madrid. Área de metodología del comportamiento de facultad de psicología. File://A:\IberPsicologia_GarciaHernandez.htm. Actualizada 18 de junio del 2004
- 28.- RODRIGUEZ, Castellanos Francisco Eugenio. Tratamiento farmacológico del paciente con hipertensión arterial. Parámetros a considerar para escoger una estrategia terapéutica. Archivo de Cardiología de México. Vol. 72. Suplemento 1. Enero-Marzo. 2002. Paginas S177-S181.

- 29.- FREGOSO, Padilla Jorge. Impacto del tratamiento antihipertensivo sobre los órganos blanco. Archivos de cardiología de México. Volumen 72. Suplemento 1. Enero-Marzo. 2002. Paginas S58-S63.
- 30.- TREVETHAN, Cravioto Sergio. El corazón en la hipertensión. Cardioprotección y cardioreparación. Archivos de Cardiología de México. Volumen 72. Suplemento 1. Enero-Marzo. 2002. Paginas S216-S219.
- 31.- K, Whelton, Paúl. y coautoria. Prevención primaria de la Hipertensión. Comisión clínica y publica del corazón del programa nacional de educación para la presión arterial alta. JAMA. Octubre 16. 2002. Volumen 288. Numero 15. Páginas 1882-1888.
- 32.- K. Magill, Michael, M. D., y coautora. Nuevos conocimiento para el manejo de hipertensión. Revista Medica de Familia Americana. Septiembre 1. 2003. Volumen 68. Numero 5. Paginas 853-857
- 33.- ARELLANO, Francisca y Maria Elena Jasso Soto. Tratamiento de la hipertensión arterial sistémica. Archivos de Cardiología de México. Suplemento 1 Enero-Marzo. 2002. Paginas S254-S261.
- 34.- Oficina y coordinación del estudio ALLHAT y grupo de colaboradores en investigación. Eventos cardiovasculares mayores en pacientes con hipertensión randomización de doxazosin contra clortalidona. Los antihipertensivos y tratamiento de disminución de lípidos en la prevención de ataques cardiacos. Estudio ALLHAT. JAMA. Abril 19. 2000. Vol. 283. Numero 15. Paginas 1967-1973.
- 35.- J. APPEL, Lawrence. MD. MPH. El veredicto del estudio ALLHAT. Los diuréticos del tipo tiazida son preferentemente como terapia inicial para la hipertensión. JAMA. Diciembre 18. 2002. Volumen 288. Numero 23. Paginas 3039-3041.
- 36.- TORRES, Salazar A. B. y Ushiyama Ramírez M. L. Propuesta de algoritmo médico familiar para el manejo de la hipertensión arterial sistémica. Archivos de Medicina Familiar. 2000. Volumen 19. Numero 3. Paginas 91-95.
- 37.- PAHOR, Marco y coautoria. Estudio del corazón asociado con calcio antagonistas comparado con otro de primera línea de la terapia antihipertensiva. Meta-análisis randomizado experimental controlado. LANCET. 2000. volumen 356. Diciembre 9. Páginas 1949-1954.
- 38.- PEREZ, García M. y coautoria. Valoración del tratamiento farmacológico antihipertensivo en un centro de salud en función de patologías crónicas asociadas y grados de control de la hipertensión arterial.
- 39.- Grupo de Expertos en Detección, Evaluación y Tratamiento del Colesterol Sanguíneo elevado en adultos, perteneciente al Programa Nacional de Educación de Colesterol. JAMA. Vol. 285. No.19. 16 de Mayo de 2001. Paginas 2486-2497. Chicago. Illinois.
- 40.- TORRES, Salazar AB. Ushiyama Ramírez ML. Propuesta del algoritmo dirigida al medico familiar para el manejo de hipertensión arterial sistémica. Archivos de Medicina Familiar. 2000. Vol. 2 Numero 3. Paginas 91-95.
- 41.- Zanchetti. Alberto. Sociedad Europea de hipertensión. Sociedad Europea de Cardiología guías para el manejo de Hipertensión arterial. Journal of de Hipertensión. 2003. Num. 21. Paginas 1011-1053.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

ASPECTOS ETICOS:
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:
Para la participación en el proyecto:

IDENTIFICACION DE LA CONDUCTA TIPO A EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL
COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y VALORACION DEL ADECUACION DEL
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL
SISTEMICA NO COMPLICADA EN LA UMF 28

NOMBRE DEL PACIENTE: _____.

FECHA: _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Valoración del adecuación del tratamiento antihipertensivo en pacientes con hipertensión arterial sistémica". El objetivo de este estudio es analizar los factores de factores de riesgo cardiovascular, estratificación del factor cardiovascular, tensión arterial meta, valoración del tratamiento farmacológico antihipertensivo, fármaco antihipertensivo más empleado y tipo de terapia empleada y dosis de fármaco empleada.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista, acudir a consulta que se programe para tomar datos de identificación, factores de riesgo cardiovascular que consisten en aplicación del inventario de actividades de Jenkins para determinar conducta tipo A, antecedente familiar de hipertensión arterial, índice de masa corporal mayor de 30, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, sedentarismo y tabaquismo, estratificación del factor cardiovascular, tensión arterial meta, valoración del tratamiento farmacológico antihipertensivo, fármaco antihipertensivo mas empleado y tipo de terapia empleada y dosis de fármaco empleada.

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: Beneficios mayor vigilancia y acceso a estudios de gabinete que normalmente no están disponibles para la atención rutinaria de los pacientes, inconvenientes y molestias como es la venopunción, responder a la entrevista dirigida. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento alternativo adecuada que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, a si como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de los que se llevara acabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificara en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, y aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente
firma de investigador

Nombre y

Nombre y firma de testigo
firma de testigo

Nombre y

ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

IDENTIFICACION DE CONDUCTA TIPO A EN PACIENTES CON HIPERTENSION
ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA UMF No 28
INVENTARIO DE ACTIVIDADES DE JENKINS JAS (FORMA C)

NUMERO DE FOLIO: _____
TURNO DEL PACIENTE: 1 () MATUTINO 2 () VESPERTINO

NUMERO DE
FILIACION: _____

NOMBRE DEL
PACIENTE: _____

EDAD: _____ AÑOS

SEXO: 1 () FEMENINO 2 () MASCULINO

OCUPACION: _____

ESTADO CIVIL: 1 () SOLTERO 2 () CASADO 3 () VIUDO 4 ()
DIVORCIADO
4 () OTROS

ESPECIFICAR: _____

AÑOS COMO PORTADOR
DE HIPERTENSION
ARETRIAL: _____ AÑOS

ANTECEDENTE FAMILIAR
DE HIPERTENSION ARTERIAL: 1 () SI 2 () NO
ESPECIFICAR QUIEN: _____

SEDENTARISMO: 1 () SI 2 () NO

TABAQUISMO: 1 () POSITIVO 2 () NEGATIVO

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

Las preguntas de esta prueba hace referencia a aspectos de la conducta que ayudan al diagnostico medico y psicológico cada persona es diferente, no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

En cada pregunta, elija una alternativa que sea cierta para usted y señale la letra que tiene delante. De solamente una respuesta a cada una pregunta. Si desea cambias una respuesta, anula la dada anteriormente y marque la nueva.

1.- Le resulta difícil encontrar tiempo libre para ir a la peluquería:

- a).- Nunca
- b).- Ocasionalmente
- c).- Muchas veces

2.- ¿Con que frecuencia su trabajo “le pone en acción” (le obliga a ser activo)?

- a).- Menos frecuente que el trabajo de la mayoría de las personas.
- b).- En torno al promedio
- c).- Más que el trabajo, la mayoría de las personas

3.- ¿Cuál de las siguientes situaciones es mas frecuente en su vida cotidiana?

- a).- Problemas que necesitan solución inmediata
- b).- Retos a los que es preciso enfrentarme
- c).- Mi vida es una rutina de hechos fácilmente predecibles
- d).- Noto la falta de cosas en las que interesarme u ocuparme

4).- Algunas personas llevan una vida tranquila y sin sobresaltos. Otras enfrentan a cambios inesperados, continuas interrupciones, inconvenientes o “cosas que van mal” ¿Con que frecuencia se encuentra usted con estas pequeñas ó grandes incomodidades o molestias?

- a).- Varias veces al día
- b).- Alrededor de una vez al día
- c).- Algunas veces a la semana
- d).- Una vez a la semana
- e).- Una vez al mes ó menos

5.- Cuándo usted esta bajo presión ó estrés: ¿Qué es lo hace generalmente?

- a).- Hago inmediatamente algo para solucionarlo
- b).- Planifico cuidadosamente antes de actuar

6.- ¿Con que rapidez suelo comer?

- a).- Normalmente soy el primero en terminar
- b).- Como algo más rápido que los demás
- c).- Como aproximadamente a la misma velocidad que la mayoría de la gente
- d).- Como más despacio que la mayoría de la gente

7.- Su esposo/a ó algún amigo ¿Le ha dicho alguna vez que come demasiado rápidamente?

- a).- Si, a menudo
- b).- Si, una o dos veces
- c).- No, nunca.

8.- ¿Con que frecuencia hace más de una cosa al mismo tiempo, tal como trabajar mientras come, leer mientras viste, o resolver problemas mientras conduce?

- a).- Hago dos cosas a la vez siempre
- b).- Hago esto solo cuando estoy escaso de tiempo
- c).- Raramente ó nunca hago más de una cosa ala vez

9.- Cuando esta escuchando a una persona y esta da muchos rodeos para llegar al grano ¿Con que frecuencia tiende a urgir a esa persona?

- a).- Frecuentemente
- b).- Ocasionalmente

c).- Casi nunca

10.- Actualmente ¿Con que frecuencia pone palabras en boca de alguien para abreviar la conversación y acelerar las cosas?

- a).- Frecuentemente
- b).- Ocasionalmente
- c).- Casi nunca

11.- Si se cita con su esposo/a o con un amigo ¿Con que frecuencia llega usted tarde?

- a).- De vez en cuando
- b).- Raramente
- c).- Nunca llego tarde

12.- ¿Con que frecuencia se apresuran para llegar tarde a un sitio aunque tenga tiempo de sobra?

- a).- Frecuentemente
- b).- ocasionalmente
- c).- Casi nunca

13.- Supóngase que esta esperando a alguien en un lugar publico (Esquina de la calle, puerta de un edificio, restaurante), y que la otra persona se retrazo 10 minutos ¿Qué haría usted?

- a).- Me siento y espero
- b).- Doy vueltas mientras espero
- c).- Normalmente llevo algo para leer ó escribir; así puedo hacer algo mientras espero

14.- Cuando tiene que esperar en la cola de un restaurante, una tienda o una oficina de correos ¿Qué es lo que hace?

- a).- Aceptarlo con calma
- b).- Me impaciente, pero no lo manifiesto
- c).- Me impaciente tanto que cualquiera que me observa vera que estoy inquieto
- d).- Rehusó a esperar en la cola y busco la forma de evitar esperar

15.- Cuando juego con niños de unos 10 años (ó cuando lo hizo en el pasado), ¿Con que frecuencia le dejaba ganar?

- a).- La mayoría de las veces
- b).- La mitad de las veces
- c).- Solo ocasionalmente
- d).- Nunca

16.- Cuando era mas joven, la mayoría de la gente consideraba que usted era:

- a).- Sin duda, impulsivo y competitivo
- b).- Más bien, impulsivo y competitivo
- c).- Más bien, relajado y tranquilo
- d).- Sin duda, relajado y tranquilo

17.- Actualmente se considera una persona:

- a).- Sin duda, impulsiva y competitiva
- b).- Más bien impulsiva y competitiva
- c).- Más bien relajada y tranquila
- d).- Sin duda, relajada t tranquila

18.-Su esposo/a (ó amigo íntimo) le califica como:

- a).- Sin duda, impulsivo y competitivo
- b).- Más bien impulsivo y competitivo
- c).- Más bien relajado y tranquilo
- d).- Sin duda, relajado y tranquilo

19.- Su esposo/a (ó amigo íntimo) considera que su nivel de actividad es de:

- a).- Demasiado lento; debería ser mas activo
- b).- Con el término medio, ocupa la mayor parte del tiempo
- c).- Demasiado activo, debería tomarse las cosas con calma

20).- Quienes lo conocen bien ¿Están de acuerdo en que usted toma el trabajo demasiado seriamente?

- a).- Terminantemente, si
- b).- Probablemente, si
- c).- Probablemente, no
- d).- Terminantemente, no

- 21.- Quiénes lo conocen bien ¿Esta de acuerdo en que usted tiene menos energía que la mayoría de la gente?
- Terminantemente, si
 - Probablemente, si
 - Probablemente, no
 - Terminantemente, no
- 22.- Quienes lo conocen bien. ¿Están de acuerdo en que tiende a irritarse fácilmente?
- Terminantemente, si
 - Probablemente, si
 - Probablemente, no
 - Terminantemente, no
- 23.- Quienes los conocen bien ¿Están de acuerdo en que tiende a hacer la mayoría de las cosas apresuradamente?
- Terminantemente, si
 - Probablemente, si
 - Probablemente, no
 - Terminantemente, no
- 24.- Quienes lo conocen bien ¿Están de acuerdo en que le gusta competir e intentar ganar por todos los medios?
- Terminantemente, si
 - Probablemente, si
 - Probablemente, no
 - Terminantemente, no
- 25.- Cuando usted era más joven ¿Cómo era su temperamento?
- Irascible y difícil de controlar
 - Firme, pero controlable
 - Sin problemas
 - Nunca me irritaba
- 26.- Actualmente ¿Cómo es su temperamento?
- Irascible y difícil de controlar
 - Firme, pero controlable
 - Sin problemas
 - Nunca me irrita
- 27.- Cuando está en pleno trabajo y alguien (no su jefe) le interrumpe ¿Cómo suele sentirse interiormente?
- Me siento bien, porque trabajo mejor después de una pausa ocasional
 - Solo me siento ligeramente molesto
 - Realmente me siento irritado, porque la mayoría de estas interrupciones son innecesarias
- 28.- ¿Con qué frecuencia hay en su trabajo límites fijados de tiempo (plazos de entrega) para terminar su tarea?
- Diariamente o más a menudo
 - Semanalmente
 - Mensualmente, menos
 - Nunca
- 29.- Los plazos o límites de tiempo, para terminar, generalmente lo producen:
- Poca tensión, por sus actividades rutinarias
 - Mucha tensión, ya que trastornan mi trabajo retardándolo
 - En mi trabajo no hay límites de tiempo
- 30.- Se pone a veces en sí mismo límites de tiempo o plazos en el trabajo o en casa o en casa:
- No
 - Sí, pero solo ocasionalmente
 - Sí, una vez a la semana o más
- 31.- Cuando tiene que trabajar “Contra reloj para terminar una tarea” ¿Cuál es la calidad de su trabajo?
- Mejor
 - Peor
 - Igual (la tensión no influye en el resultado)
- 32.- En el trabajo ¿Realiza a veces 2 tareas al mismo tiempo cambiando rápidamente de una a otra?
- No, nunca
 - Sí, pero solo en emergencias

c).- Si, habitualmente

33.- ¿Esta satisfecho con el puesto que ocupa en su trabajo actual como para permanecer en el durante los 5 años.

a).- Si

b).- No, quiero progresar

c).- Terminantemente, no, me esfuerzo para progresar y no estaría satisfecho si no lo consiguiera en este periodo

34.- Si usted pudiera elegir ¿Qué preferiría?

a).- Un pequeño incremento en el sueldo sin promoción o un puesto superior de su trabajo

b).- Una promoción a un puesto superior sin incremento de sueldo

35.- En los últimos años ¿Ha tomado menos días de vacaciones que los que le corresponden?

a).- Si

b).- No

c).- Mi tipo de trabajo no me permite vacaciones regulares

36.- En los últimos años ¿Cómo cambiaron sus ingresos anuales?

a).- Se han mantenido igual o se han reducido

b).- Han subido ligeramente (como resultado del coste de vida) o aumento automático basado en los años de servicio

c).- Han aumentado considerablemente

37.- ¿Con que frecuencia lleva trabajo a casa para hacerlo por la noche o estudiar materias relacionadas con su trabajo?

a).- Raramente o nunca

b).- Ocasionalmente (Menos de una vez a la semana)

c).- Una vez a la semana

38.- ¿Con que frecuencia va a su lugar de trabajo cuando no tiene obligación de ir (tal como de noche o fin de semana)?

a).- No, es posible en mi trabajo

b).- Raramente o nunca

c).- Ocasionalmente (menos de una vez a la semana)

d).- Una vez a la semana ó mas

39.- Cuando se encuentra cansado en el trabajo ¿Qué es lo que hace generalmente?

a).- Ir mas despacio un rato hasta que me recupero

b).- Esforzarme en mantenerme al mismo ritmo a pesar del cansancio

40.- Cuando esta en grupo ¿Con que frecuencia los demás ven como líder?

a).- Raramente

b).- Tan a menudo como los demás

c).- Más a menudo que los demás

41.- ¿Con que frecuencia escribe listas para ayudarse a recordar lo que tiene que hacer?

a).- Nunca

b).- Ocasionalmente

c).- Frecuentemente

Para responder las preguntas 42-46 compárese con los trabajadores de su ocupación actual y señale la respuesta que describa de manera precisa

42.- En relación con la cantidad de esfuerzo realizado, usted se esfuerza

a).- Mucho mas que los demás

b).- Un poco mas que los demás

c).- Un poco menos que los demás

d).- Mucho menos que los demás

43.- En relación con el sentido de responsabilidad, su responsabilidad es de:

a).- Mucho mayor que la de los demás

b).- Un poco mayor que la de los demás

c).- Un poco menor que la de los demás

d).- Mucho menor que la de los demás

44.- Considera necesaria la prisa:

a).- En mucho más ocasiones que los demás

b).- En pocas más ocasiones que los demás

- c).- En pocas menos ocasiones, que los demás
- d).- En mucho menos ocasiones que los demás

45.- En cuanto a ser preciso (cuidadoso con los detalles) usted es:

- a).- Mucho más preciso que los demás
- b).- Un poco más preciso que los demás
- c).- Un poco menos preciso que los demás
- d).- Mucho menos preciso que los demás

46.-Se toma la vida en general:

- a).- Mucho mas seriamente que los demás
- b).- Un poco mas seriamente que los demás
- c).- Un poco menos seriamente que los demás
- d).- Mucho menos seriamente que los demás

Para responder a las preguntas 47-49 compare su trabajo actual con el de hace 5 años si no ha estado trabajando 5 años compare su trabajo actual con su primer trabajo.

47.- El numero de horas de trabajo semanales:

- a).- Es mayor en mi trabajo actual
- b).- Era mayor hace 5 años
- c).- No puedo decidir

48.- La responsabilidad en el trabajo:

- a).- Es mayor actualmente
- b).- Era mayor hace 5 años
- c).- No puedo decidir

49.- El nivel de prestigio o consideración social:

- a).- Es mas alto en mi trabajo actual
- b).- Era mas alto hace 5 años
- c).- No puedo decidir

50.- ¿Cuántos puestos de trabajo han ocupado en los últimos 10 años? (Asegúrese de contar los cambios en el trabajo, los cambios a nuevos empleos y ascensos o descensos dentro de la organización)

- a).- 0-1
- b).- 2
- c).- 3
- d).- 4
- e).- 5 ó más

51.- ¿Qué estudios ha cursado?

- a).- Algún curso enseñanza general básica
- b).- Bachillerato completo
- c).- Diplomado universitario
- e).- Licenciado universitario

52.- Mientras estudiaba ¿Tuvo cargos en algún grupo tal como en el consejo de estudiantes, tuna, asociación juvenil o capitán de equipo deportivo?

- a).- No
- b).- Si, tuve uno de estos cargos
- c).- Si tuve 2 o más de estos cargos

TABLAS DE PUNTUACION TIPICAS NORMALIZADAS Y CENTILES INVETARIO DE
ACTIVIDADES DE JENKINS

INVENTARIO DE ACTIVIDAD DE JENKIS (FORMA C)

C.D. JENKIS, S. J. ZYZANKI Y R.H.ROSEMAN

ADAPTACION ESPAÑOLA: E.G. FERNANDEZ-ABASCAL

ADMINISTRACION INDIVIDUAL Y COLECTIVA

DURACION VARIABLE 15 A 20 MINUTOS

APLICACIÓN: ADULTOS

SIGNIFICACIA: EVALUACION DEL PATRON DE CONDUCTA TIPO A Y

DIMENSIONES RELACIONADAS

TIPIFICACION: TABLAS DE PUNTUACION TIPICAS NORMALIZADAS Y CENTILES

PESOS PARA EL CALCULO DE PUNTUACION DIRECTA TIPO A

PREGUNTA	EN BLANCO	ALTERNATIVAS DE LAS PREGUNTAS			
		A	B	C	D
3	7	11	10	1	12
5	8	17	2		
6	9	23	14	2	2
7	-10	-26	-10	-3	
9	37	54	20	3	
10	9	18	8	1	
11	9	2	2	15	
16	31	58	43	9	3
17	-4	-11	-8	-1	-1
18	40	81	67	9	4
19	12	2	7	26	
21	8	14	2	3	14
25	16	31	20	7	2
28	6	11	4	1	1
30	12	2	8	21	
32	-9	-1	-5	-15	
35	6	13	2	17	
37	6	2	10	16	
40	15	2	12	25	
43	8	14	2	2	2
46	10	20	10	4	1

PESOS PARA EL CÁLCULO DE LA PUNTUACION DIRECTA DE ESCALAS

PREGUNTA	EN BLANCO	ALTERNATIVAS DE LAS PREGUNTAS			
		A	B	C	D
1	16	3	16	40	
2	-8	-8	-3	-19	
6	21	56	25	4	7
7	17	39	14	3	
8	6	10	5	1	
9	24	43	8	3	
10	20	40	15	2	
12	-5	-11	-5	-1	
13	10	1	11	17	
14	13	2	11	28	20
17	-11	-28	-20	-6	-3
18	14	28	21	2	5
22	8	19	14	4	1
23	11	21	12	5	2
25	12	32	15	2	7
26	12	32	20	4	2
30	9	2	5	16	
32	13	2	9	20	
35	6	14	2	14	
39	5	2	13		
44	-9	-18	-9	-4	-2

PESOS PARA EL CÁLCULO DE LA PUNTUACION DIRECTA DE LA ESCALA J

PREGUNTA	EN BLANCO	ALTERNATIVAS DE LAS PREGUNTAS					E
		A	B	C	D		
3	17	24	26	2	9		
4	7	10	11	7	3	1	
10	17	17	20	3			
11	5	9	9	1			
17	-9	-14	-13	-7	-1		
21	11	5	2	13	14		
24	15	17	17	11	1		
25	19	5	24	24	29		
30	5	1	4	8			
31	7	15	1	6			
32	14	1	9	20			
33	-4	-1	-5	-8			
34	16	2	27				
36	11	2	6	19			
37	12	2	19	26			
38	10	2	2	18	19		
41	9	1	7	12			
44	-32	-42	-35	-25	-4		
47	9	18	4	2			
48	12	14	3	1			
49	15	18	3	2			
50	17	2	11	20	26	28	
51	21	2	9	11	15	31	
52	20	3	31	20			

PESOS PARA EL CÁLCULO DE LA PUNTUACION DIRECTA DE LA ESCALA H:

PREGUNTA	EN BLANCO	ALTERNATIVA A	DE B	LAS C	PREGUNTAS D	E
2	1	0	1	3		
3	6	8	9	1	6	
7	10	10	5	16		
15	3	7	3	2	8	
16	9	28	9	2	2	
17	3	10	5	1	4	
18	-1	-2	-1	0	0	
19	-2	-1	-1	-5		
20	8	15	6	1	4	
22	-7	-18	-11	-4	-4	
24	5	10	4	1	2	
26	7	16	9	2	9	
27	6	9	3	18		
29	3	1	5	1		
31	12	12	4	16		
42	12	25	7	3	1	
43	11	19	4	3	1	
45	10	18	8	3	1	
46	3	8	3	1	1	
51	10	38	17	17	10	10

BAREMOS GENERALES

56

PUNTUACION CENTIL	PUNTA CIONES			PUNTUACION TIPICA
	TIPO A	FACTOR S	DIRECTAS FACTOR J	

99	433-450	351-400	319-350	197-250	31
99	491-432	339-350	309-318	191-196	29
99	405-418	327-338	300-338	185-190	27
99	391-404	315-326	291-299	179-184	25
99	377-390	302-314	282-290	174-178	23
98	363-376	290-301	273-281	168-173	21
97	348-362	278-289	263-272	162-167	19
95	334-347	265-277	254-262	156-161	17
93	320-333	253-264	245-253	150-155	15
92	317-319	250-252	243-244	148-149	14
90	310-316	244-249	238-242	146-147	13
88	303-309	238-243	233-237	143-145	12
86	296-302	232-237	229-232	140-142	11
84	288-295	226-231	224-228	137-139	10
82	281-287	219-225	220-223	134-136	9
79	274-280	213-218	215-219	131-133	8
<hr/>					
76	267-273	207-212	210-214	128-130	7
73	260-266	201-206	206-209	125-127	6
69	253-259	195-200	201-205	122-124	5
66	246-252	189-194	197-200	119-121	4
62	239-245	183-188	192-196	116-118	3
58	232-238	177-182	187-191	113-115	2
54	225-231	170-176	183-186	110-112	1
<hr/>					
50	218-224	164-169	178-182	107-109	0
<hr/>					
46	211-217	158-163	173-177	104-106	-1
42	204-210	152-157	169-172	101-103	-2
38	197-203	146-151	164-168	98-100	-3
34	190-196	140-145	160-163	95-97	-4
31	183-189	134-139	155-159	92-94	-5
27	176-182	127-133	150-154	90-91	-6
<hr/>					
24	168-175	121-126	146-149	87-89	-7
21	161-167	115-120	141-145	84-86	-8
18	154-160	109-114	137-140	81-83	-9
16	147-153	103-108	132-136	78-80	-10
14	140-146	97-102	127-131	75-77	-11
12	133-139	91-96	123-126	72-74	-12
10	126-132	84-90	118-122	69-71	-13
8	119-125	78-83	114-117	66-68	-14
7	108-118	69-77	107-113	61-65	-15
5	94-107	57-68	97-106	56-60	-17
3	80-93	45-56	88-96	50-55	-19
2	66-79	32-44	79-87	44-49	-21
1	52-65	20-31	70-78	38-43	-23
1	38-51	8-19	61-69	32-37	-25
1	24-37	0-7	51-60	26-31	-27
1	10-23	-----	42-50	20-25	-29
1	0-9	-----	0-41	0-19	-31