

01981
22/6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
División de Estudios de Posgrado

ASPECTOS PSICOSOMATICOS DE LA CARDIOPATIA.

T E S I S

Que por optar el grado de:
Doctor en Psicología Clínica
p r e s e n t a

MTRA. PATRICIA JOY SCHNEIDER GROSSMAN

Sinodales:

- Director de Tesis: Dr. Víctor Colotta
- Dra. Raquel Radosh
- Dr. Serafín Mercado
- Dra. Isabel Reyes
- Dr. José Gueli
- Dr. Raymundo Macías
- Dra. Xochitl Gallegos



México, D. F.

1988

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

RESUMEN

Esta investigación determinó la relación que tienen numerosas variables psicológicas, físicas, demográficas, familiares, escolares y ocupacionales con las Cardiopatías Isquémicas, Neumática, Congénita e Hipertensiva y delineó de manera especial la naturaleza multifactorial de la Cardiopatía Isquémica en el mexicano. El estudio incluye a 241 pacientes de ambos sexos entre los 18 y 65 años, del Hospital de Cardiología y Neumología del Centro Médico Nacional en México, D.F. Los resultados indican que los factores físicos tales como el sexo masculino, una edad mayor que 50, una estatura elevada y la obesidad se relacionan con la Cardiopatía Isquémica así como los hábitos de alto consumo de tabaco, pero no de alcohol. Los efectos de la vida sedentaria sobre este padecimiento también fueron corroborados. En cuanto a los factores psicológicos, el papel del estrés en el desarrollo de la enfermedad coronaria se corroboró parcialmente. Otros de los resultados más sobresalientes demuestran que los isquémicos e hipertensos son inteligentes, que los hipertensos son más emotivos que los otros cardiopatas, que los isquémicos son sutiles y flexibles en sus puntos de vista, ansiosos, responsables, dominantes, audaces, desinhibidos socialmente, aventurados, agresivos, ambiciosos, confiados en sí mismos, impulsivos y vigorosos. Otros hechos incluyen el que el hipertenso es rápido para reaccionar y sobresale en el ámbito social y los isquémicos demuestran lealtad grupal. Las dimensiones independencia-dependencia de campo y locus de control interno-externo no son variables decisivas para el diagnóstico de Cardiopatía Isquémica. Se explicaron los resultados a la luz de los hallazgos de diferentes autores interesados en lo psicosomático, de sus divergencias y acercamientos al Patrón de Comportamiento Tipo A y del rol de la herencia y del aprendizaje en la Cardiopatía Isquémica. Se habló también acerca de la personalidad pre-isquémico patente en el hipertenso. La falta de la obtención de diferencias significativas entre los grupos de las distintas cardiopatas para algunas variables fue discutida en relación a las limitaciones de las pruebas y a los postulados que conciernen a estas y a otras variables consideradas. Se sugirió que a futuro se debería de estudiar los componentes de las variables como el locus de control, por separado, y su asociación con la Cardiopatía Isquémica, o bien, a constructos más amplios. También se enfatizó la necesidad de separar a los sujetos del grupo isquémico de acuerdo a sus manifestaciones físicas distintas de la enfermedad (angina de pecho, hipertensión arterial, infarto del miocardio), para precisar un diagnóstico psicológico. Se mencionaron otros métodos para averiguar los factores de la personalidad y su asociación con la Cardiopatía Isquémica, como el psicoanalítico y el psicofisiológico. Los hallazgos de esta investigación concuerdan en lo fundamental con las características de la Personalidad Tipo A asociada tradicionalmente con la Cardiopatía Isquémica, pero se discute también el fenómeno de que la naturaleza de la Personalidad Tipo A puede extenderse a otras enfermedades ateroocleróticas.

Otro propósito del estudio en cuestión fue averiguar la confiabilidad del Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad, dado que se aplicaron las formas A y B a los sujetos. Solamente cinco factores lograron coeficientes de confiabilidad mayores que .50, lo que limita el significado de las puntuaciones obtenidas en dicho cuestionario. El valor más alto de confiabilidad alcanzado por las pruebas utilizadas fue .90, lo que representa las correlaciones entre las puntuaciones en las páginas 1 y 2, obtenidas en la prueba de Figuras Ocultas. Se discutieron estos hallazgos haciendo referencia a las intercorrelaciones entre algunas variables.

ABSTRACT.

This investigation determined the relationship between numerous psychological, physical, demographic, family, educational and occupational variables and Ischemic, Rheumatic, Congenital and Hypertensive cardiopathies. It particularly emphasized the multifactorial nature of Ischemic Cardiopathy in Mexican subjects. The study included 241 patients of both sexes between the ages of 18 and 65. All of these subjects were patients at the Hospital of Cardiology and Neurology at the National Medical Center in Mexico City. Results indicated that physical factors such as masculine sex, ages above 50, an elevated height and obesity are related to Ischemic Cardiopathy. Habits of high tobacco, but not alcohol consumption and the effects of a sedentary life style are also associated with this disease. In so far as psychological factors, the role of stress in the development of Ischemic Cardiopathy was partially proven. Some other of the most outstanding results stipulate that ischemic and hypertensive patients are intelligent, that hypertensive patients are more emotionally oriented than other cardiopathies, that ischemic patients are subtle and flexible in the expression of their opinions, anxious, responsible, dominant, audacious, socially uninhibited, daring, aggressive, ambitious, self confident, impulsive and vigorous. Hypertensive patients showed the fastest reaction times and are socially oriented and ischemic subjects are loyal to the group. The dimensions of field independence-dependence and of internal-external locus of control are not decisive variables for diagnosing Ischemic Cardiopathy. The results were explained in view of the findings of different authors interested in psychosomatics, of their divergence and similarity to the Type A Behavior Pattern and of the role of heredity and learning in Ischemic Cardiopathy. The pre-ischemic personality evident in the hypertensive subjects was also referred to. The lack of significant between group differences on some variables was discussed in relation to the limitations of the tests used and to some of the postulates concerning these and other variables considered. It was suggested that in future studies components of variables such as locus of control and their relation to Ischemic Cardiopathy should be studied separately. Other wider range constructs should also be considered. The need to separate subjects from the ischemic group according to their distinct physical manifestations of the illness such as angina, hypertension and myocardial infarct was emphasized for the purpose of psychological diagnostic precision. Other potential methods for examining the relationship between personality factors and Ischemic Cardiopathy such as the psychoanalytical and psychophysiological were mentioned. The findings of this investigation support the basic characteristics of the Type A Personality traditionally associated with Ischemic Cardiopathy, but the possibility that the Type A personality extends to other arteriosclerotic diseases was discussed.

Another goal of this study was to determine the reliability of the 16 Personality Factors Questionnaire, since forms A and B were administered to the subjects. Reliability factors greater than .50 were obtained for only five factors which limits the significance of the scores obtained on this questionnaire. The Occult Figures Test was the most reliable of the tests considered. The scores on pages 1 and 2 result in a reliability coefficient of .90. These findings were discussed in light of the intercorrelations between some of the variables referred to.

INDICE DE CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCION	1
Algunos Fundamentos Fisiológicos del Estrés Emocional en Relación a la Cardiopatía	3
Neurosis Cardíaca	8
La Ansiedad como Causa de la Enfermedad Coronaria	11
Efectos de la Ansiedad Sobre una Cardiopatía Establecida	12
Hipertensión Arterial	12
Angina de Pecho	14
Infarto Agudo del Miocardio	15
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	16
Muerte Repentina	17
Cardiopatía Orgánica Avanzada	17
Invalidez Cardíaca Psicogénica	18
Conducta Tipo A	19
Características Psicológicas de las Personas Potencialmente Propensas a la Cardiopatía Isquémica Apreciadas Mediante los Resultados de Pruebas Psicológicas	30
Problema	74

Objetivo General	74
Objetivos Específicos	75
Hipótesis	78
Definición de Términos	80
Definición de Población del Estudio	99
Definición de Instrumentos y Personal	100
Alcances y Limitaciones	120
REVISION DE LA LITERATURA	128
Algunos Aspectos Psicosociales de la Enfermedad Coronaria	128
Factores Socioculturales Asociados a la Cardiopatía Isquémica	200
Factores Etnicos	201
Clase Social	202
Factores Demográficos Relacionados a la Enfermedad Coronaria Isquémica	212
Edad	212
Sexo	213
Estado Civil	217
Medidas de las Características Psíquicas Asociadas con la Cardiopatía Isquémica	217
Valoración de la Personalidad Tipo A por Entrevista y por el Jenkins Activity Survey	217

Valoración por el Neuromental Questionnaire, de los Predictores del Infarto Miocárdico que no son Factores de Riesgo ya Establecidos	248
Valoración por un Cuestionario Psicológico de los Sentimientos de Agotamiento Vital y de la Depresión como Precursores del Infarto Miocárdico y/o de la Muerte Súbita	262
Valoración por el Schedule of Recent Events y por el Social Readjustment Rating Scale de los Eventos de la Vida que Engendran la Cardiopatía Isquémica	268
Valoración por la Prueba AB de Locus de Control que Repercute en una Personalidad Asociada con un Evento Coronario	303
Diferencias Sexuales en el Locus de Control	448
La Implicación de Factores Etnicos en el Estudio de Locus de Control	481
El Concepto de Locus de Control en los Estudios Transnacionales	482
Valoración de la Resonancia de la Independencia de Campo en la Personalidad Mediante la Prueba de Figuras Ocultas	488
Evolución Histórica	490
Independencia-Dependencia de Campo como las Tendencias para usar el Cuerpo o el Campo como Referentes para la Percepción de la Proyección Vertical	491
La Independencia de Campo como Modo de Superar los Contextos de Encaje en la Percepción	496

Enfoque Articulado versus Global	501
Diferenciación Psicológica	503
La Dependencia de Campo	515
Nuevos Hallazgos Relacionados con la Reestructuración Cognoscitiva	515
La Independencia de de Campo Relacionada a Otras Medidas No Verbales de la Ejecución Perceptual y de la Habilidad Cognoscitiva	517
La Relación entre la Reestructuración Cognoscitiva y la Independencia de Campo en la Percepción de la Proyección Vertical	519
Comportamiento Social-La Evidencia Actual	521
Autonomía en las Relaciones Interpersonales	522
Competencias Interpersonales	541
Revisión de la Teoría	583
La Distinción entre la Reestructuración Cognoscitiva y la Dependencia en Referentes Vestibulares versus Visuales	583
La Autonomía de los Referentes Externos en el Comportamiento Perceptual y Social	584
Las Interrelaciones entre la Autonomía, las Habilidades de Reestructuración Cognoscitiva y las Competencias Interpersonales	584
La Independencia-Dependencia Como Estilo Cognoscitivo	594
Estilos Cognoscitivos, Habilidades e Inteligencia	600

Movilidad-Fijeza	603
Los Orígenes de los Estilos Independiente y Dependiente de Campo	605
Desarrollo de la Independencia-Dependencia de Campo Durante la Ontogénesis	606
Factores Biológicos en el Desarrollo Ontogenético	610
Determinantes Hormonales	610
Los Factores Genéticos en la Independencia-Dependencia de Campo	619
Entrenamiento, Crianza de los Niños y Factores Culturales en el Desarrollo Ontogenético	623
Entrenamiento	624
Prácticas en la Crianza de los Niños	629
Las Influencias Culturales	646
Los Factores Ecoculturales en la Adaptación Cultural y Desarrollo Ontogenético	650
La Independencia-Dependencia de Campo en Sociedades Móviles de Caza y Sedentarias de Campesino Labradores	651
El Desarrollo Histórico de la Independencia-Dependencia de Campo	654
El Constructo del Estilo Cognoscitivo comparado con otros Constructos Psicológicos	659
MÉTODOS	669
Diseño de la Investigación	670
Diseño de la Muestra	670

Procedimiento	671
RESULTADOS	672
Integración de los Resultados de χ^2 y del Análisis Discriminante	723
Grupo 1: Cardiopatía Isquémica	723
Grupo 2: Cardiopatía Reumática	724
Grupo 3: Cardiopatía Congénita	724
Grupo 4: Cardiopatía Hipertensiva	725
Intercorrelaciones y Confiabilidad de Algunas de las Pruebas	726
16FP	726
Tiempo de Reacción	728
La Prueba de Figuras Ocultas	728
Análisis de las Correlaciones entre las Variables Predictores más Confiables	729
DISCUSION	731
Relaciones entre las Variables Psicológicas y los Grupos Diagnósticos	732
Relaciones entre las Variables Físicas y los Grupos Diagnósticos	850
Relaciones entre las Variables Demográficas y los Grupos Diagnósticos	861
Relaciones entre las Variables Familiares y los Grupos Diagnósticos	863

Relaciones entre las Variables Escolar y
Ocupación y los Grupos Diagnósticos 865

Otras Consideraciones 867

BIBLIOGRAFIA 894

APENDICE 1032

Sir William Osler, médico Canadiense (1849-1919) dijo: "Algunas veces es menos importante saber qué enfermedad tiene el paciente que saber cuál paciente tiene la enfermedad".

INTRODUCCION

El propósito de esta investigación es saber si hay rasgos de personalidad o de temperamento, o bien, valores específicos relacionados con cardiopatías nosológicamente establecidas. Pretende precisar si las cardiopatías reumática, congénita e hipertensiva son condiciones diferentes a la cardiopatía isquémica en su aspecto psíquico, y si lo son, que características las hacen diferenciables.

El método utilizado con el fin de responder a estas preguntas sería el de representar los grupos de cardiopatías con los pacientes cardiopatas que han acudido al Hospital de Cardiología y Neumología del Centro Médico Nacional. Se les aplicará a estos pacientes un total de ocho pruebas y un cuestionario.

La cardiopatía isquémica es un problema médico que se ha convertido en un problema social dadas las tasas de morbi-mortalidad en los países industrializados. En los Estados Unidos de Norteamérica, por ejemplo, 1.3 millones de pacientes sufren de infarto miocárdico cada año (Alpert y Braunwald, 1980). En países técnicamente avanzados, la muerte cardíaca súbita constituye del 15 al 20 por ciento de todas las fatalidades naturales (Lown, 1980). Un hombre norteamericano tiene una posibilidad del 20 por ciento de sufrir infarto miocárdico o muerte súbita debido a isquemia miocárdica antes de la edad de 65 años (Stamler, 1974). Es factible que las grandes ciudades y la lucha diaria que implica vivir en

ellas han moldeado un psicotipo que constituye un factor de riesgo determinante para la cardiopatía isquémica. Hoy en día, se sabe a través de la creciente literatura en el área, que las emociones afectan la función cardiovascular en forma importante. El invalidismo cardíaco inducido por vía emocional es un problema muy amplio.

Por ello, a continuación elaboraré sobre los principales hallazgos que engloba el tema y su enlace con la estructura psicológica potencial que caracteriza a las víctimas de la cardiopatía isquémica. Primero, es imprescindible hablar acerca de los fundamentos fisiológicos del estrés emocional en relación a la cardiopatía para después entender la dinámica global de la neurosis cardíaca, de la ansiedad como causa de la enfermedad coronaria, de los efectos de la ansiedad sobre una cardiopatía ya establecida y del rol de lo psíquico en la cardiopatía orgánica avanzada. Este panorama servirá para introducirnos al tema de la invalidez cardíaca psicogénica.

También, abordaré el tema de la conducta Tipo A en la esfera de la personalidad así como las características psicológicas de las personas potencialmente propensas a la cardiopatía isquémica, como pueden ser determinadas por las pruebas psicológicas.

Como es el objetivo de esta investigación, que de los resultados de las diferentes pruebas, algunas de las cuales no han sido utilizadas con sujetos cardíacas, se desprende una descripción del comportamiento y de algunos rasgos físicos, familiares y demo-

gráficos asociados a la cardiopatía isquémica en el mexicano, abordaré tanto los aspectos psicosociales y socioculturales de la enfermedad coronaria de modo general. También analizaré los resultados de las pruebas que han sido empleadas en el pasado y que utilicé en este estudio, con tal fin.

Todo lo anterior especifica el marco conceptual que orienta la investigación en su diseño y en la interpretación de los datos obtenidos.

ALGUNOS FUNDAMENTOS FISIOLÓGICOS DEL ESTRÉS EMOCIONAL EN RELACION A LA CARDIOPATÍA

Cannon (1920) estableció que es por medio del sistema nervioso autónomo que la emoción tenga un impacto en el sistema cardiovascular. Además, precisó que la relación se fundamenta en una interacción hormonal. Con mucha perseverancia a lo largo de la historia, se han tratado de dilucidar las relaciones entre el estrés emocional y la enfermedad cardíaca. La acumulación de experiencias conflictivas activan los sistemas de retroregulación y desencadenan de esta manera, estrés. De igual manera que otros estímulos mentales, la ansiedad ejerce su efecto mediante la corteza cerebral, el hipotálamo y la sustancia reticular. El sistema reticular activador ascendente regula el grado de alerta de diferentes partes de la corteza, controlando así las acciones cognoscitivas y efectores del individuo. Esto tiene relación con la experiencia y con la activación de la emoción. La ansiedad y la ira, por ejemplo, requieren

atención y estado de alerta. Desde hace ya mucho tiempo, los experimentos realizados en el hombre y en animales revelaron que estimulando puntos claves en estas áreas cerebrales, es posible generar cambios, en la frecuencia cardíaca y en la presión arterial, que asemejan los efectos del estrés emocional (Rushmer y Smith, 1959). Por otro lado, extrayendo quirúrgicamente pequeñas zonas del cerebro de monos, se eliminan las respuestas cardiovasculares a la emoción, sin intervenir en la demás conducta (J. Amer. Med. Ass., 1968).

El sistema nervioso simpático recibe el estímulo de estrés y éste descarga al mismo tiempo adrenalina a través de la médula suprarrenal y noradrenalina mediante las terminaciones nerviosas postganglionares en el corazón. Con distintos estímulos de estrés estas catecolaminas incrementan en la orina (Bogdonoff et al., 1960; Tolson et al., 1965). Hay a su vez un aumento en la concentración de noradrenalina (alguna vez adrenalina) en la sangre. Puede determinarse con gran exactitud la concentración de estas hormonas que normalmente se encuentran en la sangre en cantidades de menos de una gamma por litro.

Varios síntomas asociados con un síndrome cardiovascular se presentan a razón de la liberación de catecolaminas circulantes provocada por estrés emocional. Entre ellos están: la aceleración de la frecuencia cardíaca, el aumento de la presión sanguínea, el incremento en el gasto cardíaco y el consumo de oxígeno por parte del

miocardio, una aceleración del pulso, un aumento de la presión arterial y diaforesis (Hickam et al., 1948). Aunque es más raro, puede generar arritmias cardíacas o cambios anormales en el electrocardiograma aún cuando no existe una cardiopatía auténtica (Magendanz y Shortleeve, 1951). Las catecolaminas secretadas durante la hiperactividad emocional facilita la liberación de corticosteroides adrenales y reduce la cantidad de potasio en el miocardio, precipitando o agravando la enfermedad cardiovascular. En algunos experimentos realizados, aumentan simultáneamente los corticoides y las catecolaminas durante las épocas de perturbación emocional (Tolson et al., 1965; Mason et al., 1961). Utilizando el microscopio electrónico se ha visto que las catecolaminas contribuyen a la aglutinación de plaquetas dentro de las arterias coronarias. Tal acumulación de plaquetas se convierte en un núcleo para la formación de la placa aterosclerótica (Haft et al., 1971). Así, el estrés emocional participa en la patogénesis de la enfermedad coronaria (Mustard et al., 1969).

Las catecolaminas actúan también en el control periférico vasomotor y en la presión venosa central que regula los mecanismos asociados (Ackner, 1956). Además, estimulan un aumento en el colesterol sérico, los ácidos grasos libres y la glucosa sanguínea, todo ello de gran importancia en lo que respecta a la etiología de la cardiopatía isquémica. La ansiedad aguda tiene que ver con un aumento de colesterol sérico y otros lípidos. Se ha evidenciado un aumento en los lípidos en los estudiantes de medicina durante

los exámenes y en los oficinistas durante la preparación de los balances comerciales (Thomas y Murphy, 1958; Friedman et al., 1958). Se supone que las catecolaminas y los corticoesteroides han estimulado la movilización de la grasa desde sus depósitos y la respuesta lipídica correspondiente. Estos niveles lípidos sanguíneos altos dan lugar al desarrollo de la aterosclerosis coronaria.

A veces suele suceder que el estrés emocional se ejerce primordialmente sobre el sector parasimpático del sistema nervioso autónomo, más que sobre el componente simpático. Cuando ésto ocurre, la frecuencia del pulso disminuye, la presión sanguínea decrementa y el latido cardíaco pierde fuerza. Todo esto promueve un colapso circulatorio repentino. Estas manifestaciones son asociadas con las lipotimias observadas a consecuencia de inyecciones intravenosas, por ejemplo.

A modo de resumen, el estrés emocional específico está relacionado a respuestas cardiovasculares específicas (Gelhorn, 1965).

1. Liberación de Adrenalina. La ansiedad se refleja en un aumento de la excreción de la adrenalina y con un leve incremento en la descarga de noradrenalina (Elmadjian et al., 1957). Este estímulo emocional se ha nombrado "angustia introyectada", "señal ansiosa", "ansiedad inconsciente" o "temor subagudo". Van a la mano con este tipo de ansiedad, la frecuencia y gasto cardíaco incrementados y la presión sanguínea y consumo de oxígeno por parte del miocardio, apenas aumentadas. Si el sistema parasimpático es activa-

do, las consecuencias de ello son obnubiladas por la respuesta sim
pática. Tal respuesta cardiovascular es la más frecuente ante el
estrés emocional.

2. Liberación de Noradrenalina. Al contrario a lo aconteci-
do a causa de la liberación de adrenalina, la noradrenalina es ex-
cretada primordialmente cuando la angustia es ligada a la agresi
vidad. Ahora, la frecuencia cardíaca apenas aumenta pero el gasto
cardíaco incrementa ostensiblemente debido al efecto directo ino-
trópico de las catecolaminas. Además, aumenta el tono periférico
vascular por la elevación de la presión sanguínea.

3. Dominancia Parasimpática. Esta reacción en la cual decre
mentan la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco, la presión ar-
terial y la resistencia periférica, está relacionada con un estado
de temor. Generalmente, uno no haya el modo de liberarse de tal
estado.

Hay cierto grado de cambio autónomo asociado con otras emocio
nes como la depresión. Por ejemplo, puede surgir un incremento en
la excreción renal de sodio y agua con un aumento de volumen total
de sangre que obliga al corazón a trabajar más. Esta misma reac-
ción se aplica también a la vergüenza y a estados de actividad mar
cada de la corteza. En algunos otros pacientes, persiste un esta-
do emocional desagradable que a menudo adquiere un carácter de in-
tranquilidad o de desamparo.

Es pertinente considerar además, que aparte de su ejercicio sobre el sistema nervioso autónomo, el estímulo activado por el estrés inicial procedente del cerebro, actúa también sobre el lóbulo hipofisiario anterior. Estimula la liberación de la hormona adre-nocorticotrópica con la secreción de 17-hidroxycorticoides desde la corteza suprarrenal. Juegan un papel determinante también, el control de la aldosterona y la hormona antidiurética, todos factores críticos en la dinámica circulatoria.

Este bosquejo fisiológico sencillo podrá servir de antecedente en la comprensión de los elementos de la emoción y su rol en la enfermedad cardíaca ficticia, como causa de la enfermedad cardíaca, y en la cardiopatía ya establecida.

NEUROSIS CARDIACA

Podemos deducir de lo anterior que la somatización de la ansiedad engendra síntomas cardiovasculares que incluso pueden ser meros simuladores de la enfermedad cardíaca. Siguiendo esta línea de pensamiento, es interesante notar que no obstante las cifras impresionantes de la frecuencia de cardiopatía en el mundo industrializado, los pacientes que acuden al cardiólogo o al médico familiar por síntomas cardíacos padecen de manifestaciones cardíacas de ansiedad o de síntomas conversivos. Los cardiólogos estiman que alrededor de un 20% de las personas que llegan a sus consultorios no son auténticas cardíacas. Sufren de neurosis cardíaca o de cardiopatía funcional.

La neurosis cardíaca es "la preocupación por un decremento en la integridad del sistema cardiovascular y la consecuente renuencia a participar en cualquier actividad que pudiera retar a este sistema generando así su disfunción" (Finlayson y Mc Ewen, 1977). Se conoce a la neurosis cardíaca a raíz de la Primera Guerra Mundial en la cual muchos soldados resultaron imposibilitados. Los términos como "corazón del soldado" o "astenia neurocirculatoria" sirven para identificar el mal. Cuando la génesis emocional de la enfermedad quedó patente, se pusieron de moda los términos "neurosis cardíaca", "cardiopatía funcional" y el "Síndrome D'Acosta" (Cohen et al., 1948).

En la práctica médica, la neurosis cardíaca es una de las más comunes agravaciones de la ansiedad. ¿Porqué tantos individuos sufren de esta manifestación? Quizá esto se podría explicar en parte al contemplar la verdadera naturaleza del mismo sistema nervioso central como una estructura primitiva no ajustada al mundo actual. Básicamente, surgió con el fin de defender al hombre contra los peligros, reaccionando pronto ante condiciones de emergencia. En esta tarea participa el flujo de catecolaminas que moviliza el cuerpo para la lucha o huida. El sistema hipotalámico medio-ventral está ligado a estas reacciones de emergencia. Así mismo, la acetilcolina cumple una función en el sistema hipotalámico medio ventral, en relación al aprendizaje de evitación de conflictos. Solo que hoy en día la lucha contra las amenazas a la sobrevivencia, como los animales salvajes, no es justificada. En cambio, el mundo

moderno se caracteriza por amenazas ficticias implicadas en las exigencias de la civilización. Pero, el sistema nervioso autónomo es in competente para percatarse de la distinción entre las amenazas rea les y ficticias y responde con una energía desproporcionada, a fin de sobrevivir, cuando se enfrenta con las situaciones de emergencia. De ahí, uno entiende porqué el sistema nervioso autónomo se rebela tan desmesuradamente ante un estímulo insignificante de estrés emocional.

Por otra parte, el que muchos individuos presenten neurosis cardíaca, tiene que ver con que el corazón en particular es el órgano central para la elaboración de la ansiedad. El corazón es un foco frecuente de quejas basadas en la emoción, no sólo por su res puesta real ante el estrés psicológico, sino también por su importancia psicológica y simbólica. En el transcurso de la historia, se han denominado al corazón virtudes mágicas ya que se le reconoce como núcleo de las emociones, del espíritu, como la fuente del valor y como origen único del amor y del odio. Es común decir que una persona, no muy estimada, carece de corazón. Las mujeres frecuentemente traen un collar en forma de corazón. Las personas fe teján el día de San Valentín con obsequios que traen forma de cora zón. Llama la atención que el ser humano es un fiel creyente en este simbolismo. Se refleja su resonancia en el lenguaje común al referirnos a la "cordialidad" o a la "no cordialidad", y al hecho de que amamos con "todo nuestro corazón". Se les apoda a las per sonas más cercanas como "dulces corazones" o "querido corazón". La

valentía de un hombre sigue la imagen de un corazón fuerte. Los religiosos idolatran al "sagrado corazón". Estas expresiones continuamente nos dirigen a ser concientes del corazón.

En su manifestación clínica, la neurosis cardíaca brota con síntomas o signos aislados exhibidos mediante presentaciones repetitivas de palpitaciones o de taquicardia, o como un red de varios síntomas que interactúan. El panorama general de la enfermedad consiste de: disnea, taquicardia, palpitaciones, diaforesis, debilidad y especialmente una incapacidad general para el ejercicio físico.

Existen rasgos clínicos precisos que son específicos a la neurosis cardíaca y que permiten que el médico diferencie los síntomas inducidos por la ansiedad de los que proceden de una cardiopatía orgánica.

LA ANSIEDAD COMO CAUSA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA

Los pacientes con desórdenes psiquiátricos pueden atribuir su estrés a alteraciones en el funcionamiento corporal y buscar un tratamiento médico en vez de psiquiátrico. En realidad, los síntomas físicos objetivos se derivan de condiciones funcionales específicas. Un ejemplo serían los estallidos de taquicardia que se presentan con los ataques de pánico o de ansiedad. Las valoraciones de pacientes con quejas derivadas de la ansiedad se llevan a cabo con una frecuencia del 10 al 14% en la práctica cardiológica (Marks y Lader,

1973). No obstante, los pacientes ansiosos no sufren menos que el paciente con una enfermedad física primaria.

La ansiedad crónica con que vive el hombre moderno es realmente una adaptación a las demandas socioeconómicas, culturales y morales, pero a su vez desencadena la aterosclerosis coronaria. Bruhn, Chandler y Wolf (1969), Rimé y Bonami (1973) y Zyzanski, Jenkins, Ryan, Flessas y Evarist (1976) han sugerido que la ansiedad como rasgo es un precursor de la enfermedad coronaria.

Ahora enfocándome en hechos aislados, se ha comprobado un ascenso en la frecuencia de la enfermedad coronaria entre los mamíferos residentes en el Zoológico de Filadelfia. Puesto que la dieta y el ejercicio han permanecido estables durante mucho tiempo, se ha propuesto la hipótesis de que la enfermedad es la respuesta al estrés emocional experimentado por la creciente competencia a nivel social (Ractcliffe, 1963).

EFFECTOS DE LA ANSIEDAD SOBRE UNA CARDIOPATIA ESTABLECIDA

Suelen presentarse alteraciones emocionales secundarias a una cardiopatía orgánica. La ansiedad en sí y como característica de otros desórdenes mentales, es la condición más comunmente aparente y la que complica o agrava el problema cardiovascular por sus potenciales efectos adversos sobre la función cardíaca.

Hipertensión Arterial. Estudios socioecológicos del estrés

confirman el hecho de que quien vive en una situación altamente es tresante tiene un mayor índice de presión arterial elevada que aquellos que viven en condiciones de menor estrés (Harburg, Erfurt, Chape, 1973). La tensión emocional opera a través del sistema nervioso vegetativo causando la vasoconstricción. Específicamente, la ira, el miedo y la frustración generan una elevación en la presión arterial (Friedman y Kaplan, 1975). Además, los pacientes hipertensos responden con incrementos más altos y más prolongados en la presión arterial, que las personas normotensos. La ira es asociada con un incremento en la presión diastólica y con taquicardia. Sujetos experimentales expuestos a una tarea que indujo ira y en la cual podían agredir al agresor, mostraron un descenso en su presión diastólica aumentada, mientras experimentaron poca culpa en relación a su agresión (ibid). Los sujetos que sentían culpa después de expresar su agresión mostraron un incremento ligero en la presión diastólica. Se ha observado una presión arterial diastólica incrementada en los sobrevivientes de desastres, en soldados después de combate, en la población de una ciudad asediada (Leningrado) y después de una pérdida de trabajo (ibid). El aumento de la presión significa la preparación para enfrentar situaciones amenazantes. Aunque el hipertenso aparenta ser sereno, experimenta un conflicto entre el expresar su agresividad hostil y conformarse para mantener relaciones con las figuras de autoridad, de las cuales suele ser dependiente (Kolb, 1977). Generalmente, la hipertensión arterial se produce en personas que poseen un conflicto intrapsíquico

entre tendencias pasivo-dependientes e impulsos agresivos con re-
presión crónica de la ira o del resentimiento (ibid).

No expresan sus impulsos hostiles por el miedo de perder la aprobación y su seguridad. Por lo mismo, manifiestan rigidez y compulsión, lo que encubre su tendencia al perfeccionismo y su dicultad para movilizar sus afectos por vfa motriz o verbal (ibid). El no expresar la agresividad que sienten predispone al hipertenso a los sentimientos de culpa y a la inseguridad, lo que también pro-
voca tensiones (ibid). La taquicardia es la salida a su agresivi-
dad. Todo sucede como si la carencia de control emocional que ca-
racteriza al histérico, encontrara una especie de compensación. Las
arritmias cardíacas están asociadas con la misma hostilidad de que
he hablado, también con el miedo de expresar la ira, con la compul-
sividad, con la angustia crónica y con la depresión provocada por
los conflictos interpersonales (ibid). Generalmente, estas actitu-
des empiezan en la adolescencia y provocan neurosis y estrés emo-
cional (ibid).

Angina de Pecho. Hay numerosas confirmaciones de la ansiedad
como precipitadora o intensificadora de los ataques anginosos en
pacientes con una cardiopatía coronaria ya patente (Burch y Giles,
1973). Se ha postulado que el mecanismo psicofisiológico descansa
en que el estrés acompañado por una liberación de catecolaminas
produce un incremento significativo en el consumo de oxígeno por
parte del miocardio generando isquemia de este tejido junto con

angina. Como se mencionó anteriormente, las catecolaminas influyen también en la aceleración de la frecuencia cardíaca, en el aumento de la presión arterial, en el gasto cardíaco, en la viscosidad sanguínea y en el vasoespasma coronario. Estas manifestaciones favorecen la producción de angina de pecho. Es necesario emplear fármacos como el propranolol para bloquear los impulsos adrenérgicos a partir del sistema nervioso simpático, apaciguando así el dolor anginoso. Esto apoya la proposición de que la secreción de catecolaminas es fundamental en el problema que se está tratando (Keelan, 1965).

La angina también se introduce como respuesta a un espasmo de las arterias coronarias. Es una creencia popular que la nitroglicerina empleada en forma profiláctica, previene la angina de pecho durante los períodos de estrés emocional agudo.

Por lo anterior, se puede suponer que la ansiedad influye en el síndrome anginoso de manera tan importante como el ejercicio físico. Por lo demás, distintos estudios comprueban que las respuestas hemodinámicas al estrés emocional, aún en sujetos sin cardiopatía, son parecidas a las que se dan por la actividad física agotadora (Brod, Fenel, Hell, Jirka, 1959; Stephenson, Duncan, Wolff, 1949). La terapéutica del estrés emocional forma parte de la del síndrome anginoso.

Infarto Agudo del Miocardio. La ansiedad severa refleja un grave riesgo especialmente durante los primeros días después del

infarto agudo del miocardio. La respuesta determinante inmediata ante el infarto miocárdico es el miedo que da lugar a arritmias mortales y a la minimización del estado de urgencia, lo que a su vez implica un retardo en el inicio del tratamiento. La supervivencia es una función de que la circulación en cuestión pueda cumplir aún con las exigencias metabólicas del miocardio, pero con la oclusión de los vasos coronarios, el suministro de oxígeno al miocardio está disminuido. Si hay un vasto daño al miocardio y el bombeo cardíaco falla, puede haber muerte por choque cardiogénico o por arritmias. A modo de resumen, el peligro de la ansiedad aguda se podría postular de la siguiente manera. El estrés induce una elevada secreción de catecolaminas, lo que a su vez aumenta el consumo de oxígeno miocárdico, predisponiendo al corazón a una falla como una alteración rítmica grave. Una ansiedad grave conlleva en sí un curso clínico pobre, y de modo especial cuando se acompaña de taquicardia.

Insuficiencia Cardíaca Congestiva. El estrés emocional es capaz de producir una insuficiencia congestiva del corazón o un edema agudo pulmonar en pacientes con cardiopatía orgánica (Chambers y Reisner, 1953). Existe otra alternativa a la premisa que la elevación de catecolaminas sea capaz por sí solo a inducir falla ventricular izquierda y edema pulmonar. Es más factible que dadas estas condiciones, la falla cardíaca sea el producto del estrés generado por la secreción de corticoesteroides y culmina con la retención de sal y agua (Barnes y Schottstaedt, 1960). De cual

quier modo, la cardiomiopatía congestiva define un estado en el cual el funcionamiento defectuoso del miocardio hace que el corazón no sea capaz de bombear la suficiente sangre para las necesidades metabólicas de los tejidos. A veces esta enfermedad conlleva en su aspecto psicológico, una hiperafectividad acompañada por la angustia, ira, tristeza, depresión, desesperación, amenaza de pérdida de una relación importante y conflictos interpersonales violentos.

Muerte Repentina. Casi siempre la fibrilación ventricular es el mecanismo responsable por la muerte cardíaca súbita. Es ampliamente sabido que la adrenalina y la noradrenalina promueven esta arritmia mortal (Surawicz y Pellegrino, 1964). Los cambios electrocardiográficos son inducidos por la ansiedad y consisten en la inversión de la onda "T" en las derivaciones precordiales (Stephenson, Duncan, Ripley, 1951; Weiss, 1956). Eventualmente, propician una muerte súbita.

CARDIOPATIA ORGANICA AVANZADA

Los estudios han mostrado que si los pacientes han estado gravemente enfermos, es decir, han sido inválidos cardíacos antes del tratamiento quirúrgico cardíaco, las posibilidades de volver a llevar una vida útil después, a pesar de que la operación haya sido un éxito, son extremadamente escasas. La incapacidad emocional en estos pacientes es demasiado profunda para que sea posible una re-

recuperación funcional. Cuando la incapacidad preoperatoria se extiende a dos años o más, el índice de recuperación es cero. Aunque los cirujanos pueden sustituir las válvulas cardíacas, salvar las arterias obstruidas o incluso trasplantar el corazón, todo ello con gran minucia, muchos de estos pacientes no son capaces de adaptarse a una vida normal debido a la naturaleza fulminante del componente emocional de su enfermedad. Quizá el sistema solo es capaz de tolerar un estrés emocional durante cierto período, antes de que se haga irreversible.

INVALIDEZ CARDIACA PSICOGENICA

Muchos cardiopatas logran una recuperación física notable pero debido a una reacción emocional que tienen ante su enfermedad, no vuelven a su vida normal. Una paciente con una enfermedad cardiovascular puede desarrollar una neurosis reactiva que siempre implica angustia, relacionado al significado que tengan para él, la enfermedad y sus síntomas.

Las respuestas psicológicas ante la enfermedad agravan la disfunción cardiovascular e implican en su mayoría, una mala adaptación en cuanto a las limitaciones vitales, como también provocan un descuido en el tratamiento médico. La regresión excesiva y el invalidismo psicogénico que implican rechazo de roles sociales previos e incapacidad ocupacional, familiar y sexual, no están apoyados por las limitaciones impuestas por la enfermedad o por el médico. La angustia a nivel psicológico se convierte en depresión, en

sentimientos de minusvalía, en irritabilidad, en hostilidad y en cefalea, insomnio, fatiga y debilidad. El simbolismo que tradicionalmente se asocia con el corazón favorece la presentación de síntomas hipocondríacos, conversivos y fóbicos que se relacionan con el conflicto, con la culpa y con el miedo del castigo.

Las observaciones descritas hasta ahora han girado en torno al estrés y a la ansiedad, síntomas casi siempre onnipresentes en toda perturbación mental y malestar psicossomático. Por ello, ahora tomo la oportunidad de enterar a los lectores de las características psicológicas más específicas asociadas con la cardiopatía. Un sinnúmero de investigaciones a este respecto han sido estimuladas a consecuencia de los hallazgos preliminares anotados en el breve marco de referencia arriba elaborado. Para esta investigación, la precisión del psicotipo del cardiópata y los instrumentos que han servido para su detección, son de interés primordial.

CONDUCTA TIPO A

Sin duda alguna, el hallazgo más sobresaliente con respecto a los aspectos emocionales o psicológicos de la cardiopatía, se imprimió en la historia en 1950 por los Dres. Meyer Friedman y Ray H. Rosenman del Harold Brunn Institute, Mount Sinai Hospital and Medical Center en San Francisco, California. Ellos iniciaron y se han dedicado desde entonces a la investigación acerca de que si el desarrollo de la enfermedad coronaria es una función de ciertas características específicas del comportamiento, enfocándose en el ti

po de personalidad manifiesta, llamando a ésta Patrón de Comportamiento Tipo A (Friedman y Rosenman, 1974).

Estos investigadores definieron el Patrón de Comportamiento Tipo A que hace que un individuo sea propenso a la enfermedad coronaria como: "un complejo acción-emoción característico, exhibido por aquellos individuos involucrados en una lucha crónica para obtener un sin límite de cosas pobremente definidas de su ambiente en el período de tiempo más corto posible, y si es necesario, contra los esfuerzos opuestos de otras cosas y personas en el mismo ambiente" (Friedman, 1969). Definieron como una persona con un Patrón de Comportamiento Tipo B, como alguien libre de los siguientes hábitos y que además no exhibe ninguno de los rasgos enlistados que caracterizan a la persona severamente afligida por la Personalidad Tipo A.

1. a) el hábito de acentuar explosivamente varias palabras claves en el habla normal aún cuando no existe una necesidad para tal acentuación.

b) una tendencia a decir las últimas palabras de las frases mucho más rápido que las palabras con que principian.

La explosividad vocal implica la agresión excesiva o la hostilidad que caracterizan a la persona Tipo A. El dar prisa a las partes finales de las frases revela la impaciencia, típica de la persona Tipo A, aún con respecto al tiempo que se requiere para su propia habla.

2. El mover, caminar y correr siempre rápido.

3. El sentir una impaciencia con la rapidez en que la mayoría de los eventos ocurren, exhibiendo ésto a los demás. Las personas Tipo A que así se caracterizan sienten una necesidad imperativa para dar prisa al habla de otros que dicen en forma rápida y repetida, "Uh huh, uh huh" o "sí, sí, sí" al que habla obligándole inconcientemente a avanzar en su plática. Las personas Tipo A muestran su impaciencia también en su intento a terminar las frases de las personas, hablándoles antes de que éstas puedan terminar.

Otros signos de este tipo de impaciencia incluyen el llegar a la irritación o ira indebida al observar que un carro adelante de uno en su carril march demasiado lento, el experimentar angustia al estar formado en una fila o esperar su turno para que le den asiento en un restaurant, el sentir una intolerancia al ver que otros ejecutan tareas que uno siente poder hacer más rápido, el llegar a ser impaciente con uno mismo, al sentirse obligado a ejecutar deberes repetitivos como el llenar formas de depósito en los bancos, el escribir cheques, lavar los trastes, etc., que son necesarias pero que quita tiempo para dedicarse a cosas en que uno realmente tenga interés, el dar prisa al leer o el intentar obtener resúmenes de literatura verdaderamente valiosa.

4. El practicar pensamiento o ejecución polifásico. El pensar en o hacer más de dos cosas simultáneamente (ejemplo: mientras escucha a otras personas, persistir en pensar en un tema irrelevante.

Mientras está de pesca, continúa pensando en los problemas de negocio o profesionales). Esto es uno de los rasgos más comunes del hombre Tipo A.

5. El encontrar dificultad en dejar de hablar o llevar el tema de cualquier conversación a aquellas temas que más le interesan y al no poder lograr eso, simula que escucha mientras realmente permanece preocupado con los propios pensamientos.

6. El sentirse vagamente culpable al relajarse y no hacer nada durante varias horas o días.

7. El no observar los objetos más importantes o interesantes que uno encuentra en su medio ambiente. Por ejemplo, al entrar a una oficina, tienda o casa extraña, uno no recuerda lo que vió dentro. No observa bien. No goza de la vida.

8. El no tener ya tiempo para llegar a ser las cosas dignas de ser porque uno se preocupa con obtener las cosas dignas de tener.

9. El intentar llevar a cabo más y más en menos y menos tiempo, permitiendo menos y menos tiempo para contingencias no tomadas en cuenta. La traducción de esto es el sentido crónico de urgencia con respecto al tiempo, uno de los componentes nucleares del Patrón de Comportamiento Tipo A.

10. Al encontrar otra persona severamente afligida por la

personalidad Tipo A, en vez de sentir compasión por ella, lo quiere retar. Este rasgo es muy revelador de la Personalidad Tipo A porque nadie despierta los sentimientos agresivos y los hostiles de un sujeto Tipo A más rápidamente que otro sujeto Tipo A.

11. El mostrar ciertos gestos o tics nerviosos característicos. Por ejemplo, el cerrar el puño durante la conversación para enfatizar un punto es típico de la persona Tipo A. Otro ejemplo - las esquinas de la boca se mueven espasmódicamente hacia atrás como un tic - Implica una lucha continua, característica de la persona Tipo A.

12. El creer que el éxito se ha debido a la habilidad para terminar las tareas más rápido que otro y el sentir miedo a dejar de hacer las cosas más y más rápido.

13. El traducir y evaluar las actividades propias y de los demás en términos de "números".

La persona Tipo B además, nunca sufre de una sensación de urgencia con respecto al tiempo, tampoco de la impaciencia que la acompaña. No experimenta hostilidad flotante y no siente la necesidad para mostrar o discutir sus logros salvo que ésto sea exigido por la situación. Al pasar un rato jugando experimenta gozo y relajación y no trata de exhibir su superioridad sobre los demás. Puede relajarse sin sentir culpa y trabajar sin agitarse. La persona Tipo B está mucho más conciente de sus capacidades que preocu

pado por lo que otros compañeros y superiores pudieran pensar de sus acciones. Conoce sus virtudes y deficiencias al contrario de la persona Tipo A. A través del autoanálisis, la persona Tipo B establece confianza en sí misma. La persona Tipo A busca su seguridad en la adquisición de un conjunto e incremento, de "números". La persona Tipo B intenta ser algunas de las cosas dignas de ser. Pudiera sentir urgencia con respecto al tiempo pero esto se asocia más con las actividades vocacionales que con las que no lo son.

Shapiro (1979) estipuló que el Comportamiento Tipo A influye en la predisposición, en la precipitación y en la perpetuación de la enfermedad coronaria. Se ha pensado que el Patrón de Comportamiento Tipo A es una adaptación al estrés incontrolable (Glass, 1977). La competencia y refuerzo de la sociedad inducen formas ex tremas de esta personalidad. Las personas se vuelven agresivas y perseverantes ante la oportunidad de competir. Unos quieren gozar de su esfuerzo. Otros actúan así como una estrategia contra la ansiedad, la de presión o la culpa, e incluso otros actúan así por una fuerte nece sidad de aprobación. Algunos son competitivos por sentirse impedi dos en su impulso a triunfar. Están frustrados por conflictos y fracasos en las áreas ocupacionales e interpersonales. Las emocio nes agudas concomitantes son reflejadas en el descontento, en el tabaquismo o en la bulimia. Estos factores incrementan aún más la posibilidad de contraer una enfermedad coronaria. El tabaquismo, la obesidad y la hipercolesterolemia, por ejemplo, son todos factores de riesgo coronario.

Los pacientes con este modelo de conducta siempre han tenido niveles muy elevados de lípidos (Friedman y Rosenman, 1959). Se ha pensado que el estrés emocional ligado a la conducta Tipo A engendra otras anomalías bioquímicas que determinan el desarrollo de la enfermedad coronaria.

En el Western Collaborative Group Study, Rosenman y co-trabajadores clasificaron hombres estadounidenses en grupos, en base a la prominencia del Patrón de Comportamiento Tipo A, medido en una entrevista diseñada para examinar el comportamiento de cada sujeto. El seguimiento a los cuatro y medio, seis y medio y ocho y medio años, reveló que los hombres con un Comportamiento Tipo A al inicio del estudio, experimentaron de 1.7 a 4.5 veces más, nuevos eventos coronarios, que los hombres Tipo B (Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Straus, Wurm, 1975; Rosenman, Friedman, Straus, Jenkins, Zyzanski, Wurm, 1970; Jenkins, 1978). En parte de este mismo estudio prospectivo de ocho y medio años que incluyó 3154 hombres estadounidenses inicialmente sanos, Rosenman et al. (1976) observaron que quienes desarrollaron la enfermedad coronaria mostraban un Comportamiento Tipo A independiente de cualquier asociación con los factores de riesgo estándar para la enfermedad coronaria (Rosenman, Brand, Scholtz, et al. 1976).

Originalmente se describió la Personalidad Tipo A en una población homogénea: blanca, varón, clase media de California (Rosenman, Friedman, Strauss, Wurm, Kositchek, Hahn, Worthessen, 1964). Exis-

ten muchos estudios de caso-control y de frecuencia sobre el Patrón de Comportamiento Tipo A en los Estados Unidos (por ejemplo, Kenigsberg, Zyzanski, Jenkins, Wardwell, Licciardello, 1974; Shekelle, Schoenberger, Stamler, 1976; Friedman, Hellerstein, Eastwood, Jones, 1968; Cohen, 1974; Stokols, 1973; Keith, Lown, Stare, 1965). Sus resultados serán tratados en detalle en la revisión de la literatura de este trabajo. En general, los autores comprueban la existencia de componentes de la Personalidad Tipo A en pacientes con enfermedad coronaria cuando éstos sean comparados con sujetos control.

Dimsdale (1980) examinó si ciertas poblaciones eran particularmente susceptibles al riesgo engendrado por la Personalidad Tipo A. No halló relación entre la extensión de la enfermedad coronaria y tres grupos étnicos estudiados: Católico Irlandés, Católico Italiano y Protestante Anglosajón.

Haynes, Feinleib, Levine, Scotch y Kannal (1973) utilizaron el Cuestionario Framingham para detectar el Patrón de Comportamiento Tipo A en el estudio de Framingham. Se estudió a 1822 personas de 45 a 75 años de edad en ocasión de su octavo o noveno examen médico biennal. Entre los hombres de 45 a 64 años de edad, aquellos con antecedentes de infarto miocárdio, tenían calificaciones significativamente más altas que sujetos controles. Los investigadores del Estudio Framingham postularon que la asociación de la Personalidad Tipo A con la enfermedad coronaria es afectada por la ocupación, la edad y el sexo (Haynes, Feinleib y Kannal, 1980).

Las investigaciones realizadas en otros ambientes demográficos y geográficos consistentemente relacionan el Patrón de Comportamiento Tipo A con la enfermedad coronaria (Jenkins, 1971; Jenkins, 1976). Estos estudios se diferencian de los anteriores en la estructura de la clase social de la población (Kornitzer, 1981). Se han realizado estudios sobre la frecuencia del Comportamiento Tipo A en poblaciones europeas (Kittel, Kornitzer, Zyzanski, Jenkins, Rustin, 1978; Appels, de Haes, Schuurman, 1979; Heller, 1979; Zyzanski, Wrzesniewski y Jenkins, 1979). En el Belgian Heart Disease Prevention Project (Kornitzer, 1981), parte del World Health Organization European Collaborative Study (World Health Organization European Collaborative Group, 1974), se demostró una relación entre el Patrón de Comportamiento Tipo A y la frecuencia de enfermedad coronaria, independientemente de otros factores de riesgo coronario. La asociación era más fuerte con angina de pecho y con anomalías electrocardiográficas en sujetos con enfermedad coronaria conocida. Sin embargo, aspectos del Patrón de Comportamiento Tipo A asociados a la prisa, también se relacionaban con las anomalías electrocardiográficas en pacientes sin angina de pecho y sin historia de enfermedad coronaria. Muchos autores relatan hallazgos similares a éstos: Kornitzer, Kittel, Rustin, Degré, Bramaix, De Backer y Thilly (1975); Kornitzer, De Backer, Dramaix y Thilly (1979) y De Backer, Kornitzer, Thilly y Deporter (1977). Las investigaciones hechas en Europa, Australia e Israel apuntan la importancia transcultural de algunos aspectos del Patrón de Comportamiento Ti-

po A (Jenkins, 1978). Tres estudios claves realizados en poblaciones europeas son dignos de mención. Son los realizados por Appels, de Haes y Schuurman (1979) llevado a cabo en Holanda y por Zyzanski, Wrzesniewski y Jenkins (1979) llevado a cabo en Polonia. Ambos comprueban calificaciones más altas obtenidas por pacientes con cardiopatía isquémica en relación a sujetos control.

Está claro que la asociación entre la Personalidad Tipo A y la enfermedad coronaria es afectada por la ocupación, el sexo, la edad y otros factores demográficos y geográficos, hecho que justifica la necesidad de la presente investigación en México y el empleo de una muestra heterogénea en ocupación, sexo y edad para propósitos de correlación y comparación entre diferentes grupos de cardiopatas.

Es necesario además aislar las relaciones entre el Comportamiento Tipo A o simplemente entre el comportamiento diferencial de las distintas cardiopatías y una serie de constructos motivacionales que se parecen a estos comportamientos. Así mismo, la presente investigación se justifica en cuanto a su capacidad para precisar el comportamiento asociado a las cardiopatías distintas como conjuntos estrictos de tendencias limitadas o como constructos individuales, o como un tipo de personalidad pervasivo con implicaciones para todas las áreas del estilo de vida y comportamiento de un sujeto. En otras palabras, este estudio contesta en parte la pregunta acerca de si el patrón de comportamiento predisponente a

diferentes cardiopatías existe y si es así en al menos la cardiopatía isquemia, si es un síndrome o depende de un solo determinante. La necesidad de identificar y reidentificar los componentes específicos del Patrón de Comportamiento asociados específicamente con el riesgo coronario y de considerar combinaciones apropiadas de constructos en el contexto social mexicano, queda patente.

Médicos, epidemiólogos y sociólogos han especulado acerca de cómo un cierto estilo de vida puede estar asociado con el estado de salud (Kenigsberg, 1974).

Este estudio se justifica además porque al admitir la validez de los elementos funcionales en al menos los pacientes con enfermedad coronaria, es indispensable saber si el Patrón de Comportamiento es la variable psicosocial central que está relacionada con esta enfermedad, o bien, si existe una variable psicosocial que sea el factor causal de la personalidad en cuestión. Por otro lado, el tipo de personalidad precisada puede ser causal solamente cuando es considerada en conjunto con algunas variables psicosociales. En este sentido esta investigación pavimenta un camino para la investigación futura. Por ejemplo, se podrá preguntar, ¿es la clase social a que pertenece una persona con determinada personalidad un riesgo coronario por sí solo o debe ser considerada en el contexto de otros factores de riesgo coronario como son: la edad, el nivel de colesterol sérico, los niveles de la presión arterial y el tabaquismo? Se espera que futuros estudios describirán el papel de los mecanismos

mediante los cuales una personalidad estipulada contribuye a la enfermedad coronaria. Algunos de estos mecanismos pudieran definirse como: el medio ambiente, el carácter, la patofisiología.

Originalmente, para medir la prominencia de patrones de comportamiento Tipo A, se emplearon técnicas estándar de entrevista y cuestionario (Kornitzer, 1981). La entrevista psicológica (Brand, Rosenman, Jenkins, Sholtz, Zyzanski, 1977), predice la aparición de la enfermedad coronaria en base al estilo de respuesta. Por ejemplo, un modo agresivo en el habla, así como ritmos explosivos del habla, son características de la Personalidad Tipo A (Friedman y Rosenman, 1975).

Esfuerzos para hallar un sustituto para la entrevista Tipo A incluyen estudios para evaluar medidas como la respiración y el hábito de cerrar el puño durante un monólogo aburrido (Friedman y Rosenman, 1960), volumen de voz al estar leyendo (Friedman, Brown y Rosenman, 1961) y baterías de medidas conductuales específicas tales como la rapidez con que uno escribe su nombre (Bortner y Rosenman, 1967).

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LAS PERSONAS POTENCIALMENTE PROPENSAS A LA CARDIOPATIA ISQUEMICA APRECIADAS MEDIANTE LOS RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLOGICAS

Rosenman, 1975 refiere que el California Personality Inventory (CPI) (Gough, 1980) y el Cuestionario de 16 Factores de la Per-

sonalidad (16 FP) (Cattell, Eber y Tatsuoka, 1970) han sido estudiados como sustitutos de la entrevista Tipo A.

El Inventario de Actividad de Jenkins que en su forma original en inglés es conocido como el Jenkins Activity Survey (JAS), es un cuestionario que ha sido usado para medir el Comportamiento Tipo A (Jenkins, Rosenman, Friedman, 1967; Jenkins, Lyzanski, Rosenman, 1971; Lyzanski, Jenkins, 1970). Este cuestionario fue establecido para adultos empleados y predice el tipo de comportamiento en base al contenido de la respuesta. Jenkins et al. (1971) revisaron calificaciones derivadas del Jenkins Activity Survey para determinar la frecuencia de la enfermedad coronaria asociada con ellas y con el fin de desarrollar un procedimiento más cuantitativo para juzgar la Personalidad Tipo A (Jenkins, Friedman, Rosenman, 1965).

Existe también un JAS para estudiantes que estima el Patrón de Comportamiento Tipo A (Krantz, Glass, Snyder, 1974).

Jenkins, Friedman y Rosenman (1965) desarrollaron otro cuestionario calificable por medio de computadora, con el nombre de The Jenkins Activity Survey for Health Prediction. Pero, por ser auto administrable, no indicaba el estilo de respuesta reflejado por ejemplo, en una musculatura facial tensa, en un estado de hiper alerta o en un tipo explosivo del habla.

Algunas investigaciones han empleado a la vez el JAS y la en-

entrevista estructurada. Por ejemplo, Kornitzner (1981) define las características de varios grupos de sujetos con diferentes signos de probable o posible enfermedad coronaria usando tres subescalas del JAS y la entrevista estructurada.

Matthews (1978) empleó un cuestionario desarrollado por Lodahl y Kejner (1965) para medir involucramiento en el trabajo en sujetos con Personalidad Tipo A y halló que este constructo está relacionado con medidas de la Personalidad Tipo A detectadas por el JAS pero no por la entrevista Tipo A.

Se ha encontrado que otros cuestionarios enfocados en las actitudes hacia el trabajo están relacionados con el Patrón de Comportamiento Tipo A (Theorell y Rahe, 1972).

Además, las medidas proyectivas han sido exitosas en el medición del Comportamiento Tipo A. Matthews (1978) ha usado el Test de Apercepción Temática (Murray, 1943) como índice de motivación hacia el logro, debido a la semejanza descriptiva que este constructo tiene con la Personalidad Tipo A (Matthews, 1978). A despecho de la aparente semejanza descriptiva, Matthews halló que las calificaciones de Tipo A no se relacionaban con motivos de poder o de afiliación.

Se ha relacionado el Profile of Mood States (POMS) con el Patrón de Comportamiento Tipo A (McNair, Lorr, Droppleman, 1971). Este mide la tensión, la ira, la depresión, el vigor, la fatiga y la

confusión, a veces controversialmente discutidos como medidas alternantes de la Personalidad Tipo A.

Lovallo (1980) ha empleado el Eysenck Personality Inventory (Eysenck y Eysenck, 1964), encontrando que los individuos con una Personalidad Tipo A calificaron más alto en la escala de Neuroticismo que personas con una Personalidad Tipo B. El propone que es de valor identificar subgrupos de individuos con Personalidad Tipo A que tienen un riesgo elevado para la enfermedad coronaria. Es muy factible, se me ocurre, que uno de estos podría ser compuesto por personas con Personalidad Tipo A, independientes de campo y otro por personas con Personalidad Tipo A, dependientes de campo.

En 1940, Witkin inició el estudio del estilo cognoscitivo con siderando a éste un modo característico en que un individuo percibe, piensa y reacciona ante los eventos a que está expuesto. En breve, el constructo de estilo cognoscitivo se refiere a diferencias estables en los modos individuales de percibir y de procesar información respecto a sus ambientes internos y externos. Williams (1975) dirigió su atención a los modos o estilos de procesamiento de información cognoscitivo. Uno de los estilos cognoscitivos más ampliamente estudiados es la dimensión de dependencia-independencia de campo, desarrollado por Witkin y sus asociados (Witkin, Goo denough, Oltman, 1979). Estos autores distinguen entre la indepen dencia y la dependencia de campo. La independencia de campo es un modo de percibir el mundo de una manera articulada de modo que las

partes de un campo son experimentadas como separadas del fondo organizado. Las personas independientes de campo son más autónomas en todos los sentidos que las personas dependientes de campo. El individuo dependiente de campo está dominado fuertemente por la organización total del campo y está muy conciente de los eventos que le rodean. Siente que él mismo es parte de ellos.

Mc Cranie et al. (1981) estudiaron las asociaciones entre el Comportamiento Tipo A, la dependencia de campo y los niveles de los lípidos séricos. Los individuos con una Personalidad Tipo A que son dependientes de campo, exhibieron niveles más altos de colesterol total y triglicéridos, que los individuos con una Personalidad Tipo A que son independientes de campo. Los individuos con una Personalidad Tipo A, dependientes de campo de ambos sexos, tenían más altos niveles de las lipoproteínas de baja densidad del colesterol y una relación más baja de las lipoproteínas de alta densidad del colesterol total, que los individuos con una Personalidad Tipo A, independientes de campo. Mc Cranie (1981) concluyó además que la dependencia de campo es un factor mediador de la personalidad que influye en los niveles de excitación autónoma y en el riesgo coronario entre individuos con una Personalidad Tipo A. En otras palabras, los individuos con una Personalidad Tipo A, dependientes de campo, son más crónicamente excitados en respuesta a los estímulos ambientales.

Rahe et al. (1978) han usado el CPI para estimar la herencia

del Comportamiento Tipo A. El CPI y el Gough 300 Adjective Checklist (ACL) (Gough, Heilbrun, 1975), alguna vez empleado por Rosenman (1975) como medida sustituta para la entrevista Tipo A, fueron usados anteriormente en estudios acerca de las características psicológicas de gemelos (Nicols, 1966; Scarr, 1966). Se estableció que las escalas de Autoaceptación y de Dominancia del CPI, eran hereditarias en sujetos con enfermedad coronaria (Nichols, 1966). Rahe (1978) concluyó en otro estudio, que aunque el ACL correlaciona significativamente con la Personalidad Tipo A, muestra valores no significativos de herencia. Herman (1981) postuló que el ACL diferencia adjetivos adjudicados por individuos con una Personalidad Tipo A, pero Rahe (1978) precisa que los items del ACL que se correlacionan con la Personalidad Tipo A como logro, autoconfianza y agresión, son rasgos secundarios al aprendizaje social, y no productos de la herencia.

MacDougall, Dembrowski y Musante (1979) encontraron correlaciones elevadas entre las calificaciones basadas en la entrevista, las escalas de autoreporte tomadas del Gough Adjective Checklist y el Thurstone Temperament Survey (TTS) (Thurstone, 1940). Esto se encuentra muy relacionado con lo que discute Cobb (1977) y afirma Herman (1981). Esto es, debe haber una relación lineal significativa entre la autoevaluación de características Tipo A y la clasificación de la Personalidad Tipo A por la entrevista.

Rahe (1978) halló que el TTS valora la herencia de la Persona

idad Tipo A. Halló correlaciones significativamente positivas en tre las escalas de Dominancia, Actividad, Autoconfianza, Sociabili dad y la Personalidad Tipo A. Rosenman (1975) afirma su uso como medida sustituta de la entrevista Tipo A. Es de interés anotar que la escala Activa del TTS mostró una correlación positiva de la misma magnitud que la escala A-B del JAS, con la Personalidad Tipo A (Rahe et al. 1978). Las escalas de las pruebas psicológicas The Thurstone Temperament Schedule, The JAS y el CPI tienen varios rasgos comportamentales en común, especialmente aquellos que se tratan de movimientos corporales rápidos, de la sociabilidad, de la activi dad, de la energía y de la rapidez. De estos datos, uno podría pro poner una asociación entre una dimensión hereditaria de incremento en la actividad psicomotora y la Personalidad Tipo A (ibid).

El 16 PF contribuye también al conocimiento de ciertos factores de la personalidad que sobresalen con la enfermedad coronaria aunque algunos de estos factores nunca han sido especificados directamente por los originadores del concepto de la Personalidad Ti po A, como pertenecientes a ese Patrón de Comportamiento. Bakker (1952) comparó los perfiles obtenidos en el 16 PF de pacientes con angina de pecho con los de los pacientes sin angina de pecho. Halló que los pacientes más jóvenes con angina de pecho eran poco es tables (Factor C - Fuerza del Yo) y que los pacientes de mayor edad que padecían angina de pecho eran poco estables (Factor C - Fuerza del Yo), más conformistas (Factor E - Dominancia), menos concienzudos (Factor G - Lealtad Grupal), más tímidos (Factor H - Aptitud

Situacional), más involucrados con urgencias internas (Factor M - Actitud Cognitiva) y más aprehensivos (Factor O - Conciencia) que los pacientes comparables sin angina de pecho. Otros estudios, usando el 16 FP, han llegado a conclusiones similares (Caffrey, 1970; Nowlin, Williams y Wilkie, 1972). D'Ostfeld, Lebovits y Shekelle (1964) han informado que los individuos con angina de pecho tienen un Factor C en el 16 FP más bajo que personas que sufren un infarto del miocardio. Bakker y Levenson (1967) confirmaron la baja fuerza del yo asociada con la angina de pecho y añaden que generalmente el Factor H (Aptitud Situacional) es bajo mientras que el Factor M (Actitud Cognoscitiva) es alto en estos pacientes. Cady (citado en Cattell, Eber y Tatsuoka, 1980) afirma que los ataques reales al corazón se relacionan con características de extroversión, de alta sociabilidad (A - Expresividad Emocional), de audacia (H - Aptitud Situacional) y de entrega a actividades. Miles y otros (1954) hallaron que estos sujetos extrovertidos presentaron una calificación F (Impulsividad) alta. D'Ostfeld, Lebovits y Shekelle (1964) afirman que los hallazgos varían según la edad del cardiópata. A diferencia de personas jóvenes incluidas en los estudios mencionados arriba, D'Ostfeld et al. encontraron que los hombres entre 40 y 50 años cuyo problema cardíaco no era grave, presentaron otro perfil. Otros descriptores asociados con problemas cardíacos de modo general son: la desconfianza (L - Credibilidad), la autosuficiencia alta (Q_2 - certeza individual), la independencia mental (Q_2 - certeza individual), y actitudes escépticas y críticas acerca de normas sociales existentes, todas ellas cualidades generadoras de tensión, pero frecuen-

tes en personas creativas (Cattell, Eber y Tatsuoka, 1980).

Esto nos lleva nuevamente a la consideración de los estudios hechos acerca del estilo cognoscitivo de dependencia-independencia de campo. En uno de sus aspectos más importantes, estos estudios tratan el tema de la conformidad social. Se puede pensar que la conformidad social tiene una relación más estrecha con la dependencia que con la independencia de campo. Ahora, si consideramos lo anterior en conjunto con los hechos anotados arriba acerca de la excitación autónoma crónica del individuo con una Personalidad Tipo A, dependiente de campo (McCranie, 1981), podríamos poner en duda las afirmaciones hasta ahora descritas acerca de la autosuficiencia y la dominancia, por ejemplo, del individuo con enfermedad coronaria, ya que de acuerdo a la evidencia citada en relación al estilo cognoscitivo y Personalidad Tipo A, sería factible conceptualizar la conformidad social como un rasgo en el individuo mexicano dependiente de campo, y además con una personalidad definida que le hace propenso a la enfermedad coronaria. Al menos se podría pensar en la conformidad social como generador de conflicto si bien la descripción de la Personalidad Tipo A es certera para los mexicanos que se enfermarán de la enfermedad coronaria.

Desde 1966, se ha tratado de conformidad social en su relación a diferentes grupos culturales y subgrupos dentro de la misma cultura. Berry (1966) investigó el Temne y Eskimo y Dawson (1967a, 1967b) al Temne y Mende. Brooks (1976) y Chapmay y Nicholls (1976) compararon el Pakehe y Maori. Lega-Duguet (1977) estudió niños co-

lombianos y americanos. Britain y Abad (1974), de modo semejante investigaron la conformidad social en relación al estilo cognoscitivo, en niños cubanos y americanos. Gruenfeld, Weissenberg y Loh (1973) compararon niños peruanos con niños americanos. En otros estudios se comparó a niños chicanos con niños anglosajones (Kagan, 1974; Kagan y Zahn, 1975; McGarvey, 1976; Naylor, 1971; Ramírez y Price Williams, 1974b; Sanders, Scholz y Kagan, 1976). Campbell, Crooks, Mahoney y Rock, 1973 hicieron comparaciones entre adultos chicanos y adultos anglosajones. Holtzman, Diaz - Guerrero y Swartz (1975) y Lara Tapia, San Roman y Diaz Guerrero (1967) compararon niños mexicanos con niños norteamericanos. Otro estudio se dedicó a la comparación de niños de distintos pueblos de Italia, México y Holanda (Witkin, Price-Williams, Bertini, Christiansen, Oltman, Ramirez y Van Meel, 1974). Ramirez y Price-Williams (1974a) estudiaron diferentes grupos en México. Busse (1969) ha investigado la propensión a la dependencia o a la independencia de campo en angloamericanos. Con un alto grado de regularidad, los resultados de estos estudios son consistentes con una hipótesis inicial que relaciona la dependencia-independencia de campo y la capacidad de reestructuración, con el grado de énfasis que establece la sociedad en cuanto a la conformidad social.

Varios temas elaborados en la literatura han tratado de la conformidad social como resultado de un entrenamiento severo. Es fácil de comprender que las víctimas de un entrenamiento severo sean individuos dependientes de campo. Lo anterior ha sido demos

tratado en varias culturas: la Americana, la Temne y Mende de Sierra Leone, la Eskimo, la China de Hong Kong, la de los indios del Occidente, la Zulu, la Mexicana y la Trinidadaña (Abelaw, 1974; Baran, 1971; Berry, 1966; Bruner, 1977; Dawson, 1967a, 1967b; Dawson, Young y Choi, 1974; MacArthur, 1970, 1971; Maloney, 1974; Mebane y Johnson, 1970; Nedd y Schwartz, 1977; Spuhler, 1976; Vernon, 1965), en estudios a ser comentados en la revisión de la literatura de este trabajo.

El rol materno en la crianza de los niños también tiene importantes repercusiones en cuanto a la conformidad social. Munroe y Munroe (1975) así como Dyk (1969) y Dawson (1967a, 1967b) se refieren a ello en estudios realizados en Africa y en los Estados Unidos.

El estudio del estilo cognoscitivo es un sine qua non para la identificación de las características psicológicas del cardiópata, porque la forma que toma la psicopatología, tan determinante para el desarrollo o para el progreso de la enfermedad coronaria por su efecto fisiológico en el aparato cardiovascular, está relacionado al nivel de diferenciación de las emociones. Esto podría tener una resonancia importante en las manifestaciones psicósomáticas de la cardiopatía (Parkes 1981; Witkin et al., 1954), como también en el pronóstico para la vida y la función. El poder identificar el estilo cognoscitivo de un cardiópata hará más fácil la comprensión de su psicopatología.

Jenkins ha enfatizado que los factores sociales y comportamen

tales que no son componentes del perfil Tipo A pero que influyen en la frecuencia de la enfermedad coronaria incluyen el estrés ambiental, el exceso de trabajo, conflictos crónicos, cambios en la vida, la ansiedad, la depresión, las perturbaciones del sueño, la deprivación social, la desorganización y fenómenos relacionados que generan emociones perturbantes crónicas (Shapiro, 1979).

Byrne (1979) examina medidas de ansiedad como estado con escalas análogas visuales y medidas de ansiedad como rasgo con la escala de Neuroticismo del Eysenck Personality Inventory, en sobrevivientes de infarto del miocardio y en pacientes ingresados en la Unidad Coronaria de Cuidados Intensivos (UCIC) por dolor de pecho, sin un diagnóstico de infarto miocárdico. Los resultados indican que las respuestas de ansiedad como estado ante el cuidado en la UCIC eran moduladas por una predisposición neurótica en ambos grupos de pacientes. Aquellos pacientes concientes que habían tenido un infarto miocárdico, calificaron más alto en medidas de ansiedad como estado que aquellos que a su egreso eran informados que su dolor de pecho se trataba de un infarto del miocardio, aunque no hubo diferencias entre los dos grupos en la ansiedad como rasgo. Las mujeres que habían sufrido un infarto del miocardio reportaron una mayor ansiedad como estado y como rasgo, que los hombres (Byrne, 1979).

Blumenthal, 1978 ha empleado el Lykken Activity Preference Questionnaire (Lykken y Katzenmeyer, 1967) como medida de la ansiedad como rasgo independiente de la neurosis, para relacionarla des

pués con la enfermedad coronaria.

Con los mismos propósitos, se ha utilizados el Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, el Taylor Manifest Anxiety Scale y el 16 FP.

Goble (1977) ha usado The Institute of Personality and ability Testing Anxiety Scale (IPAT) (Cattell y Schneider, 1963) para medir los niveles de ansiedad manifiesta flotante. Halló que esta escala identifica los factores de ansiedad como rasgo y no como estado y que los signos patológicos de la ansiedad como rasgo tenían un efecto adverso en el ajuste postoperatorio y en un regreso a los patrones normales de vida.

Los conceptos acerca de la ansiedad como rasgo hablan de una cierta predisposición del comportamiento de enfermedad, que quizá va ligado a la herencia de la Personalidad Tipo A o a otra diferente.

Se ha empleado además el Holland-Sgroi Anxiety Depression Scale (Holland, Sgroi, Marwitt, Solkoff, 1973) para medir el estatus mental por la ansiedad y por la depresión, en pacientes internados en la UCIC (Froese et al., 1974). Encontraron que durante los primeros dos días de hospitalización los pacientes que tuvieron un infarto del miocardio, de ellos algunos negaron su enfermedad y otros no, los primeros obtuvieron altas calificaciones indicando ansiedad. Conforme pasaron los días la ansiedad y la depresión disminuyeron más rápidamente para los sujetos que emplearon la negación que para los que no

la emplearon. Conforme se acercó el día de egreso, los pacientes que emplearon la negación mostraron un aumento en sus calificaciones de ansiedad y depresión, fenómeno que no es aplicable a los sujetos que no negaron su enfermedad.

Así mismo, se ha usado el Hackett-Cassem Denial Scale como medida de la negación de la enfermedad cardiovascular (Hackett y Cassem, 1974), pues la negación ha sido reportado como el modo principal en que los pacientes coronarios en fase aguda confrontan al estrés psicológico ocasionado por su enfermedad (Hackett, Cassem y Wishnie, 1968). A propósito de la negación, estudios previos (Hackett, Cassem y Wishnie, 1968) sugieren que la depresión y la inhabilidad para usar la negación están relacionadas a la muerte temprana en la UCIC.

Froese y Vazquez (1974) comunican que los estudios prospectivos que relacionan las calificaciones de este tipo a la morbimortalidad, son esenciales para poder valorar los casos ambiguos y minimizar o invertir los efectos dañinos o fatales de este fenómeno.

La Picture Frustration Test de Saul Rosenzweig (1944) mide las respuestas ante las situaciones psicosociales frustrantes que frecuentemente evocan una reacción agresiva, tan asociada con el estado de hiperalerta del enfermo isquémico. Van a la mano con estas respuestas los factores somáticos, ya referidos con anterioridad. La pertinencia pragmática del método ha sido demostrado en

la investigación de las condiciones psicossomáticas (Guyotat y Guillaumin, 1960). Se ha realizado una tipificación de la prueba en Argentina en 1954 (Cortada, Cornalba, Brener) y en Francia (Pichot y Danjon, 1951), después de la salida de la versión original en los Estados Unidos por Rosenzweig (1949).

Los hechos de la vida acumulados en el comienzo de la enfermedad fueron estudiados en la Universidad de Washington, lo que dió por resultado una lista de 43 hechos de la vida (Rahe, 1964). The Schedule of Recent Experience (SRE) (Holmes y Rahe, 1967) ha sido usada para registrar el número de eventos (de los 43 items) que han ocurrido a sujetos dentro de ciertos períodos de tiempo pasado. La Escala de Evaluación de Reajuste Social (SRRE) (Lefcourt, 1981) es una de las dos escalas compañeras desarrolladas por Holmes y Rahe (1967) para medir la intensidad anticipada del reajuste ante el conjunto de los 43 cambios específicos de la vida encontrados. Las escalas SRE y SRRE cuantifican el impacto que tienen los cambios de la vida, o, en otras palabras, la cantidad de estrés asociada con una variedad de eventos de la vida (Dekker, 1974; Holmes y Rahe, 1967; Rahe, Floistad, Tergen, Ringdahl, Gerhardt, Gunderson, Arthur, 1974). El estudio de Rahe, Floistad, Tergen, Ringdahl, Gerhardt, Gunderson y Arthur (1974) pone en claro cómo la cantidad de estrés es medida en unidades de cambio de vida. Calificadas en conjunto, las pruebas SRE y SRRE combinan la frecuencia y la severidad de los cambios de la vida para predecir enfermedades (Rahe, 1974) de varios tipos incluyendo el infarto miocárdico (Theorell, 1974) y varias condicio-

nes psiquiátricas (Lefcourt, 1981).

Los datos de estudios prospectivos que emplearon sujetos marinos y que fueron hechos en los Estados Unidos (Rahe, 1968; Rahe 1972; Rahe y Arthur 1968; Rahe, Mahan, Arthur, 1970; Rubin, Gundersen y Arthur, 1969) y en Noruega (Rahe, Floistad, Tergen, 1974) apoyan la idea de que los cambios de la vida son importantes en el momento del comienzo de la enfermedad. Se aplicó el cuestionario de Hechos de Experiencia Reciente (SRE) a más de 4000 marinos antes de travesías navales y se sumaron los resultados a intervalos de seis meses durante los tres años anteriores. Los marinos alistados o enganchados, con una puntuación máxima en los cambios de vida durante los seis meses previos al crucero o travesía, mostraron una frecuencia mayor de visitas al médico por enfermedades predominantemente menores. Los índices de enfermedad guardaron una relación directa con las puntuaciones de unidades de cambio de vida. Una lista de síntomas fue revisada en un subgrupo de la población. Enfocándose en el período de riesgo, se halló que más de sesenta por ciento de los marinos en el grupo con puntuaciones máximas en las unidades de cambio de vida, buscaron atención médica durante el primer mes, y más de ochenta y cinco por ciento en alto riesgo la buscaron en los primeros tres meses. De todos modos, los cambios de vida suelen ser causas necesarias aunque no suficientes de un comienzo de enfermedad (Petrich Holmes). Por ejemplo, en las investigaciones realizadas con los sujetos marinos estadounidenses y de Noruega, otros factores aparte de la puntuación de cambios de

vida, podían haber predecido el índice de enfermedad. Otros factores como el puesto que ocupaba en la nave y la dificultad global de la travesía, mostraron una correlación positiva con el índice de enfermedades. La ocupación, la experiencia con la enfermedad y la presencia de enfermedades crónicas son otros factores útiles para precisar la forma e intensidad del problema de salud que aparece.

Es relevante considerar además que los factores precipitantes de enfermedad coronaria pueden brotar súbitamente o ocurrir como una acumulación gradual de cambios de vida (De Faire Ulf, 1975). A este respecto, las escalas de la estimación de la magnitud de los cambios de vida, son influidas por experiencias anteriores (Lundberg y Theorell, 1973).

En cualquier caso, tales cambios están estrechamente ligados con la personalidad del paciente (Hinkle, Christenson, Kane, Ostfeld, Thetford y Wolff, 1958; Rahe, 1974). Dimsdale (1978) halló por ejemplo, que la Personalidad Tipo A está significativamente correlacionada con la acumulación de eventos estresantes de la vida. Los pacientes con infarto del miocardio son caracterizados por lo que muestras representativas de la población califican como eventos excesivamente estresantes (Connolly, 1976; Theorell, Rahe, 1975; Rahe, Arajärvi, Arajavi, Punsar, Karvonen, 1976). Lundberg y Theorell (1973), Lazarus (1971) y Lazarus y Opton (1966) dan apoyo experimental que demuestra que el estrés generado debido a la exposi-

ción a cualquier situación, es una función, no de la naturaleza de la situación, sino de cómo es interpretado dentro del marco personal y cognoscitivo del individuo. Un tema recurrente en la literatura reciente concierne la importancia potencial de las interpretaciones idiosincráticas del impacto de eventos de la vida (Rabkin y Streuning, 1976; Johns, 1973; Antonovsky, 1974; Lundberg, Theorell, Lind, 1975; Dressler, Donovan y Geller, 1976). Siguiendo esta línea de pensamiento, hay que tomar en cuenta la importancia del factor sociocultural del cual parte un individuo.

Originalmente, el SRRS se desarrolló para estudiar los patrones psicosomáticos en la enfermedad física (Dekker, 1974). Esta idea se derivó de los conceptos de Wolff, Wolf y Hare (1950). Ellos observaron que los eventos previos a enfermedad constituían un factor etiológico significativo en muchas enfermedades físicas. La medición de los cambios de vida que entraña la relación entre los fenómenos ambientales y los cambios en la salud cristaliza en el "Esquema Vital" de Adolfo Meyer. Este fue un método único de organizar los datos médicos según la biografía dinámica (Leif, 1948; Wolff, Wolf y Hare, 1950; Wolf, 1965; Wolf 1955). En él están incorporados los conceptos de Freud, Pavlov, Cannon y otros. Las investigaciones pertinentes al Esquema Vital aportaron pruebas de gran peso en cuanto a que los fenómenos vitales, al producir reacciones psicofisiológicas, juegan un papel importante en la génesis y evolución de muchos trastornos.

Más interesante aún es el hecho de que las evaluaciones de estrés son consistentemente más altas que las de reajuste social (Stone y Neale, 1978). El umbral de resistencia ante la posibilidad de locura o de enfermedad debe ser alta, pero no por mucho tiempo. Una acumulación de eventos de la vida puede obstaculizar eventualmente el funcionamiento psicológico y contribuir al desarrollo de la psicopatología (Dohrenwend, 1973; Myers, Lindenthal, Pepper y Ostrander, 1972; Paykel et al., 1969; Vinokur y Selzer, 1973). El criterio médico corriente acepta en forma casi irrefutable una relación entre los hechos de la vida y el comienzo de la depresión clínica. En estudios retrospectivos (Paykel, 1976; Paykel, 1969), se vio que los individuos deprimidos examinados señalaron un número de cambios de vida tres veces mayor que testigos en el período de los seis meses anteriores al diagnóstico. Se observó una disminución a un nivel cercano a aquello observado en los testigos, del número de cambios vitales en individuos que se recuperaron de la depresión (Paykel, 1971). Otros estudios hechos con sujetos deprimidos han confirmado los hallazgos de Paykel, correlacionando sus resultados con diferentes clases socioeconómicas (Beck y Worthen, 1972; Markush y Favers, 1974).

Los pacientes que habían intentado suicidarse mostraron niveles elevados de cambios de vida durante los seis meses antes del intento suicida. Sus puntuaciones SRE cuadruplicaron (Newton, 1974; Paykel, 1974).

Existe una literatura sustancial que liga los estados afectivos con el inicio de trastornos psicossomáticos (Dorfman, 1970; Lachman, 1972; Guttschalk, 1975; Seligman, 1975). Al principio de este trabajo quedaron documentados algunos afectos relacionados con la enfermedad coronaria, en particular. Las respuestas de depresión, ira o impotencia ante un evento de la vida están asociadas con el infarto del miocardio (Lundberg, Theorell, 1976; Lundberg, Theorell, Lind, 1975). En Inglaterra, Rees y Lutkins (1967) y Parkes, Benjamin y Fitzgerald (1969) indican un incremento en la mortalidad durante el primer año de luto entre viudos y otros parientes cercanos a los difuntos. Engel (1970, 1971) y Greene, Coldstein y Moss (1972) afirman que una sensación de pérdida precede la muerte súbita por enfermedad coronaria. A este respecto, se ha demostrado que los eventos de la vida que incurren cambios, están relacionados al inicio de una enfermedad física sólo cuando se acompañan de la insatisfacción (Theorell, 1975). Durante los años de estudio prospectivo con trabajadores suecos de la industria de la construcción Theorell (1976) demostró la coexistencia de la sensación subjetiva de discordia y cambios de vida en la génesis de la hipertensión y otros síntomas atribuibles al aparato cardiovascular. La exposición a eventos de la vida moviliza un rango de respuestas emocionales (Levy, 1975) y éstas están diferencialmente relacionadas al inicio de un infarto del miocardio (Byrne, 1980). Levy habla acerca de la facilidad con que uno puede postular una cadena de eventos cuyas consecuencias afectivas dan lugar a cambios en la actividad hor

monal y en la patología de los tejidos.

En relación a lo anterior, se han hecho intentos para correlacionar el SRE con la excreción de noradrenalina y adrenalina en la orina de las víctimas de infarto miocárdico (Theorell, Lind, Fröberg, et. al. 1972). En un estudio prospectivo, se vigiló a veintinueve suecos sobrevivientes de un infarto del miocardio, durante tres meses, a base de mediciones semanales de unidades de cambio de vida y de secreción de adrenalina y de noradrenalina en la orina. Los autores hallaron que la secreción de catecolaminas guardó una correlación positiva con los niveles semanales de las unidades de cambio de vida.

Ahora, enfocándose específicamente en la enfermedad coronaria, Wolff (1952) postuló que un cambio psicosocial puede general el desarrollo de un infarto del miocardio. Rahe (1967) halló una relación entre la magnitud de las calificaciones SRRS y la frecuencia de enfermedad física subsecuente entre pacientes cardíacos. Otros estudios han mostrado que las calificaciones Holmes Rahe de la Escala de Evaluación de Reajuste Social para la Medición del Estrés Psicosocial, para las víctimas del infarto del miocardio, seis meses antes del infarto, eran dos o tres veces mayores que aquellas de un grupo control (Jenkins, 1978; Rahe y Lind, 1971; Rahe, Paasikivi, 1971; Rahe, Bennett, Romo, Siltanen, Arthur, 1973). Más específicamente, las calificaciones en unidades de cambio de vida han precedido el paro cardíaco repentino (Rahe y Lind, 1970) y el

momento de ocurrencia de un infarto del miocardio (Rahe y Paasikivi, 1971; Theorell y Rahe, 1971). Un estudio retrospectivo realizado en Suecia con sujetos que habían sobrevivido un infarto del miocardio, demostró un aumento en el nivel de puntuaciones de cambio de vida durante los seis meses previos al infarto del miocardio (Theorell y Rahe, 1971). Los estudios retro y prospectivos con énfasis en la observación de la mortalidad por infarto del miocardio, realizados con sujetos suecos (Rahe y Lind, 1971; Theorell, Lind y Flodérus, 1975; Theorell y Rahe, 1975) y finlandeses (Rahe, Bennett, Romo, 1973; Rahe, Romo Bennett, 1974) muestran elevaciones muchísimo mayores en las puntuaciones de las unidades de cambio de vida seis meses antes del infarto, en comparación con los sobrevivientes. En los casos mortales, hubo puntuaciones máximas en las unidades de cambio de vida, a veces tres o cuatro veces mayores que las cifras basales. Los resultados de un estudio de De Faire Ulf (1975) indican que los cambios de vida pueden caracterizar la situación psicosocial total durante los últimos años antes de la muerte por isquemia coronaria.

Theorell (1974) y Theorell y Rahe (1974) comprueban también que los eventos que significan cambio o estrés, sean éstos pérdidas o eventos positivos de la vida, están inequívocamente asociados con el infarto miocárdico prematuro y con la muerte súbita (Rahe y Romo, 1974). Rahe (1964) halló que el SRE discriminó entre pacientes tuberculosos, con enfermedad dermatológica y con enfermedad cardíaca de grupos control, por el número de eventos es-

tresantes de la vida que habían ocurrido dentro de un período de dos años antes del inicio de la enfermedad.

Theorell, Lind y Flodérus (1975) hicieron algunas observaciones acerca de los cambios de vida que indujeron estrés en 9000 hombres en Estocolmo. Una variable de cambio con un poder discriminativo para víctimas de infarto del miocardio en un futuro cercano, versus el resto de la población era un aumento en la responsabilidad en el trabajo durante el año anterior al suceso. Esto refleja el impacto que tiene el modus vivendi laboral de las tecnocracias, en individuos a desarrollar enfermedad coronaria. Otra revisión de la frecuencia con que fueron endosados los cambios de vida en la SRE por sujetos con infarto del miocardio, mostró que una fracción importante de las puntuaciones provinieron de actividades orientadas hacia el trabajo (Romo, Siltanen, Theorell, et al. 1974). Estos, además de otros datos (Rimé y Benami, 1979; Rosenman, 1971) apoyan la hipótesis de que las víctimas del infarto miocárdico son personas que se orientan hacia un trabajo intenso y que en su generalidad, son ergómanos, esto es, envidiados con el trabajo.

La escala SRE, en su forma estructurada, es muy útil para los pacientes con una enfermedad crónica e intensa quienes no pueden identificar los factores precipitantes del ambiente con las exacerbaciones agudas de manera independiente, y quienes además, niegan el impacto de los hechos o fenómenos ambientales en su salud. Todo lo anterior ha demostrado que la magnitud de los cambios de la vida no solo guarda una correlación lineal con el peligro de enfermedad, sino también con la intensidad de la misma y con la muerte.

La demostración de la acumulación de hechos de la vida antes de la exacerbación de una enfermedad, puede dar por resultado un reajuste en el estilo de vida y cambios importantes en la conducta.

A modo de resumen, el concepto de cambio de vida pudiera tener una utilidad potencial como complemento diagnóstico en las enfermedades crónicas, así como una utilidad predictiva inespecífica en la enfermedad aguda.

Bieliaskas y Webb (1974) reportaron una relación entre las calificaciones SRRS y la frecuencia de búsqueda de ayuda para razones físicas o mentales en sujetos universitarios, pero la magnitud de esta relación no era sobresaliente. Solo un tres por ciento de la varianza de la población se explicó por las calificaciones SRRS. Estos resultados dieron lugar a dudas con respecto a la utilidad práctica del SRRS como instrumento predictivo.

Concuerdia con lo anterior, el hecho de que Theorell et al. (Theorell, Lind, Flodérus, 1975) reportaron que no habían conexiones significativas algunas entre la calificación de cambio de vida y frecuencia de infarto miocárdico agudo.

Por otro lado, se ha demostrado la validez y confiabilidad del SRRS en los Estados Unidos (Bramwell, Masuda, Wagner, 1975; Casey, Masuda, Holmes, 1967; Coddington, 1972; Dudley, Roszell, Mules, 1974; Holmes y Rahe, 1967; Pasley, sin fecha; Ruch y Holmes, 1971) y mediante comparaciones entre diversas culturas (Celadrán, 1970; Harmon, Masuda y Holmes, 1970; Komaroff, Masuda, Holmes

1968; Masuda y Holmes, 1967; Rahe, 1969; Seppa, 1972; Woon, 1971) como España, Europa Occidental, México, Japón, Dinamarca, Suecia, El Salvador y Malaysia. Se ha normalizado las experiencias recientes para la población australiana (Tennant, Andrews, 1976). Estas experiencias recientes incluyen estresores de una naturaleza patente hoy en día (Ilfeld, 1976).

Los hechos de la vida reflejan los aspectos principales de importancia dinámica en cuanto a la estructura social y el estilo de vida en cada país en el cual es empleado.

Ha habido intentos para correlacionar la enfermedad coronaria con la insatisfacción en la vida, en general, y con la insatisfacción laboral, en particular. Wolf (1967) describió un Patrón Sisyphæan en el cual el individuo lucha sin alegría. Nunca recibe premio alguno para sus logros. Surge adelante hasta llegar a un estado de agotamiento psíquico o emocional, descrito por Wolf (1967, 1969) y Bruhn (1974) como precursores del infarto miocárdico y de la muerte súbita.

El estudio, The Imminent Myocardial Infarction Rotterdam, trató de identificar a los pacientes con un alto riesgo para la enfermedad coronaria aguda (infarto del miocardio y/o muerte súbita) en el futuro inmediato (Van der Does y Lubsen, 1978). Aquellos con calificaciones elevadas en una prueba psicológica que mide los sentimientos de agotamiento vital y la depresión, tienen más posibilidades de contraer un evento coronario nuevo en un período de diez

meses que aquellos con calificaciones modales o bajas.

Se han hallado que los sentimientos neurasténico-hipocondríacos, apreciados por el perfil correspondiente, en el Cuestionario Neuromental, derivado del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) y utilizado por Friedamn (1974), preceden el inicio del infarto miocárdico y de muerte súbita en los pacientes cardíacos (Alonzo, Simm, Feinleib, 1975; Wolf, 1967).

Rosenman (1975) comentó que se había usado el MMPI como medida sustituta de la entrevista Tipo A. Así mismo, una revisión de la literatura pone de manifiesto que efectivamente el MMPI ha sido usado en estudios dedicados a detectar los aspectos psicológicos de los pacientes coronarios. En un estudio prospectivo, Ostfeld, et al. (1964) mostraron que los sujetos que desarrollaron angina de pecho, tenían patrones diferentes en el MMPI que los sujetos que habían sufrido de infarto miocárdico. Hallaron que las escalas Hs y Hy estaban elevadas en hombres antes del desarrollo de angina de pecho, pero que los hombres que posteriormente desarrollaron un infarto del miocardio, no se diferenciaban de aquellos sin enfermedad coronaria en cualquier escala clínica del MMPI. Bakker y Levenson (1967) hallaron que los pacientes con angina tenían más altas calificaciones en las escalas Hs, Hy y D del MMPI. Lebovits, Shekelle, Ostfeld y Paul (1967) hallaron que los pacientes con infarto del miocardio tenían calificaciones más altas en las escalas Hs, Hy y D del MMPI, después del evento coronario. En un estudio

retrospectivo acerca de la enfermedad coronaria (Bruhn, Chandler y Wolf, 1969), los sobrevivientes de la enfermedad coronaria a siete años, manifestaron calificaciones de ansiedad en el MMPI, más altas que los sujetos controles después de siete años, pero no fue así al principio del proyecto. Además, los pacientes con angina de pecho calificaron significativamente más alto en las escalas Hy, Hs, A y R (Represión) y significativamente más bajo en las escalas K y Es (Fuerza del Ego), que los pacientes sin angina de pecho.

Lair (1976) afirmó que una prueba de personalidad como el MMPI podía ser usada para predecir la reacción ante la cirugía cardíaca en mujeres. Este mismo autor halló que los hombres que habían y que no habían sobrevivido la cirugía cardíaca calificaron alto en las escalas Hs, D y Hy. Por otro lado, Henricks, Mackensie y Almond (1969) compararon los sobrevivientes de la cirugía cardíaca abierta con los no sobrevivientes por el sexo, y hallaron que los hombres fallecidos eran significativamente más ansiosos mientras que las mujeres fallecidas niegan más reflejando un sobrecontrol emocional. En cambio, las mujeres que fallecieron durante la cirugía cardíaca abierta en el estudio de Lair (1976) tenían elevaciones significativamente más altas en las escalas Hs y Hy, en comparación con mujeres cuyas cirugías cardíacas habían sido exitosas.

Lair (1976) sugiere que se dirija la atención al ajuste quirúrgico de la personalidad. Para las mujeres, un perfil Hs - Hy arriba de 50 antes de la intervención quirúrgica predice la mortalidad durante o después de la cirugía. Las elevaciones en las

escalas Hs - Hy son característica de la histeria de conversación: de quejas físicas, de dependencia, de superficialidad interpersonal, de la negación de problemas, de la inseguridad y de dificultades emocionales (Lair, 1976). En lo que respecta al hecho de que la escala Hi mide el grado de quejas específicas, tiene mucho que ver con los síntomas cardíacos y con la neurosis cardíaca. Bajo estrés, los efectos de la respuesta emocional facilitan un corto circuito que se manifiesta vía las reacciones psicosomáticas como la taquicardia (Kunce, 1976). En el estudio de Lair (1976), aunque algunas mujeres cuya cirugía había sido exitosa tenían elevaciones en las escalas Hs y Hy, tenían una calificación significativamente más baja en la escala L y significativamente más alta en la escala Pa que las pacientes fallecidas. A este respecto, Gilbertstadt y Sako (1967) concluyeron que la negación era una respuesta adaptativa empleada por los pacientes de cirugía cardíaca, ya que los sobrevivientes de la cirugía cardíaca abierta demostraron más negación por medio de sus altas calificaciones en las escalas L y K. Estas calificaciones resultaron ser incluso más altas que las de los pacientes fallecidos por la intervención quirúrgica. Estos últimos reflejaron mayor agitación, retraimiento y trastornos orgánicos indicados por sus calificaciones significativamente más altas en las escalas F, Pa, Ma y Si.

Swenson, Peerson y Osborne (1973) dan datos normativos para el MMPI basados en las respuestas de 50,000 pacientes externos con problemas médicos. Compararon sus perfiles con los de otras pobla

ciones y concluyeron que hay diferencias significativas entre pacientes externos con problemas médicos y estudiantes universitarios, personas que solicitan trabajo y otros adultos normales.

Esto nos lleva al concepto de Comportamiento de Enfermedad, explorado en el Illness Behavior Questionnaire (IBQ) (Pilowski y Spence, 1975; Pilowski, Chapman y Bonica, 1977). Byrne y Whyte (1976) han descrito su uso con pacientes coronarios. El IBQ evalúa las actitudes y sentimientos del paciente en relación a su enfermedad, su punto de vista acerca de su condición psicosocial actual y sus percepciones con respecto a las reacciones de otras personas significativas de su ambiente ante su enfermedad.

De igual modo en como el estrés asociado con los hechos recientes de la vida, es interpretado dentro de un marco personal, el comportamiento de enfermedad depende de la personalidad y del estilo en que el paciente se enfrenta a las situaciones nocivas (Lipowski, 1975). Depende también de una medida de ansiedad como rasgo o del grado de neuroticismo. La naturaleza de la enfermedad imparte una cualidad única a las respuestas psicológicas consecuentes (Byrne y Whyte, 1978). Las dimensiones teóricamente sensibles de comportamiento de enfermedad, deben relacionarse a los significativos afectivos, comportamentales y cognitivos que tenga la enfermedad particular para aquellos afligidos (Pritchard, 1977; Lipowski, 1975). Si los modos de percibir, evaluar y reaccionar a la enfermedad (Mechanic, 1966) son inapropiados a la naturaleza

de la enfermedad, ésta puede ser exacerbada y su curso prolongado (Wrzesniewski, 1975).

Byrne y Whyte (1978) examinan las respuestas psicológicas ante el infarto del miocardio, 14 días después de que éste ocurrió. Emplearon el IBQ. Hallaron ocho factores clínicamente significativos que son: la preocupación somática, las precipitantes psicosociales, la disrupción afectiva, la inhibición afectiva, el reconocimiento de enfermedad, la tensión subjetiva, la aceptación del rol de enfermo y confianza en el médico. Estos factores son consistentes con las respuestas afectivas, comportamentales y cognoscitivas, previamente reportadas como respuestas ante el infarto del miocardio (Dellipiani, Cay, Philip, Vetter, Colling, Donaldson y McCormack, 1976; Vetter, Cay, Philip, Strange, 1977; Wrzesniewski, 1975; Lebovits, Shekelle y Ostfeld, 1967; Cay, Vetter, Philip, Dugard, 1972). Byrne, Whyte y Butler (1981) hallaron que varios aspectos de comportamiento de enfermedad, evidentes después del infarto del miocardio, en realidad predecían el resultado. Es decir, los patrones de comportamiento de enfermedad después de un infarto miocárdico tienen que ver con el pronóstico (Byrne y Whyte, 1978). Aquellos sujetos que cursaron con pobres resultados cardiológicos a ocho meses, expresaron una preocupación con el funcionamiento somático y estrés después del infarto miocárdico inicial (Byrne et al., 1981). Las personas que no regresaron a su trabajo a ocho meses eran más propensas que otras a aceptar el rol de enfermo y expresaron sentimientos subjetivos de tensión después del infarto miocár-

dico inicial (ibid). El patrón particular de las respuestas psicológicas a una enfermedad, repercute en el enfoque activo de los componentes psicoterapéuticos de la rehabilitación y en la prevención secundaria, después de infarto miocárdico (Sternbach, 1974; Kellner, 1975).

No cabe duda que el comportamiento de enfermedad y todo lo relevante a la psicopatología evidenciada en individuos con enfermedad coronaria o propensos a ella, tenga que ver con el concepto de locus de control (Rotter, 1966). Este constructo emergió de la teoría de Rotter (1954) acerca del aprendizaje social. Como una variable actitudinal o de creencia, representa las expectativas de control sobre un refuerzo externo o interno, que tenga un individuo. Nos habla mucho acerca del grado de su fatalismo como filosofía de la vida.

Se han llevado a cabo varias comparaciones transnacionales que conciernen el locus de control. En su mayoría incluían sujetos estudiantes (Hsieh, Shybut y Lotsof, 1969; Mahler, 1974; McGinnies, Nordholm, Ward y Bhanthumnavin, 1974; Parsons y Schneider, 1974; Schneider y Parsons, 1970; Reitz y Groff, 1974). Las diferencias entre personas de diferentes naciones están relacionadas a diferentes estructuras sociales, a diferentes patrones de socialización y a las diferencias en las tradiciones o costumbres nacionales. Por ejemplo, Hsieh, et al. (1969) adscribieron la mayor externalidad hallada entre chinos, cuando éstos fueron contrastados con chinos nacidos en los Estados Unidos o con angloamericanos, a las diferen

tos tradiciones de los chinos y americanos. McGinnies et al. (1974) dieron una serie de sugerencias basadas en la cultura y sociedad japonesa, para su hallazgo de mayor externalidad entre los japoneses contrastados con individuos de tres naciones con una tradición anglosajona. Sugirieron también, que el sistema social en Suecia que maximiza la seguridad personal, puede explicar las calificaciones relativamente externas de los suecos. También, notaron que los suecos eran más jóvenes que aquellos sujetos de otros grupos nacionales en su estudio hecho que quizá responde a una mayor susceptibilidad a reforzadores externos en comparación con los internos en sujetos jóvenes.

Reitz y Groff (1974) conceptualizan el grado de locus de control en función del grado de desarrollo económico industrial de una nación. Pensando en estos mismos términos, MacDonall (1971) indicó que la membresía en un grupo social desaventajado o minoritario, conduce al desarrollo de una orientación externa. Reitz y Groff (1974) utilizaron sujetos obreros de los Estados Unidos, de México, de Japón y de Tailandia, en su estudio. Estos sujetos presentaron diferencias en las subescalas de la prueba Rotter (1966). Los individuos de las naciones occidentales tenían un locus de control más interno que los de las naciones asiáticas. En la comparación de sujetos estadounidenses con sujetos mexicanos, los sujetos norteamericanos calificaron en una dirección más interna en una escala de liderazgo y más externa en una subescala de suerte, aunque no hubo diferencias significativas entre las personas de las dos na-

ciones.

Cole (1978) estudió el grado en que un estereotipo de estudiantes mexicanos o chicanos como fatalistas, es apoyado por sus calificaciones en el constructo de locus de control. Se obtuvieron los datos de locus de control de las calificaciones de estudiantes varones universitarios de cuatro naciones: los Estados Unidos, México, Irlanda y Alemania Occidental. Sus resultados muestran que los estudiantes mexicanos son más internamente orientados que los estudiantes de otras naciones. Además los estudiantes mexicanos tenían una orientación más interna que los obreros mexicanos. Garza y Ames (1974) reportaron que los estudiantes universitarios Chicanos calificaron en una dirección más interna que los estudiantes anglosajones de la misma universidad. Lo anterior, se opone a las percepciones de los anglosajones con respecto a la pasividad y fatalismo de los mexicanos y de los chicanos (Cabrera, 1964; Cross y Maldonado, 1971; Diaz Guerrero, 1975; Heller, 1966; Justin, 1970; Lewis, 1959 y Morales, 1971).

El control personal o la internalidad ha sido significativamente relacionado con numerosos índices positivos de la salud mental, mientras que una creencia que las consecuencias son controladas por fuerzas externas a uno (externalidad), ha sido consistentemente correlacionada con diferentes formas de inestabilidad emocional (Gutkin, 1978). Goldstein y Reznikoff (1971) han dicho que las enfermedades crónicas graves pueden precipitar la adopción de orientaciones más externas en los pacientes, quizá como reflejo de

una pasividad y dependencia incrementadas. Houston (1972) halló que sujetos externos en situaciones de estrés experimentalmente inducidas, reportaron un incremento de la ansiedad, mientras que los sujetos internos mostraron una mayor respuesta fisiológica. Las personas con un locus de control interno pueden ser excitados ante la amenaza, pero defensivos en reportar su ansiedad (Wennerholm, 1976). Los hallazgos de Brady (1958) concuerdan con esta línea de pensamiento, aunque no se han podido reproducir. Halló que monos en un rol ejecutivo que pudieron controlar un choque administrado a ellos mismos y a otro mono, desarrollaron lesiones gastrointestinales, mientras que los monos en una condición externa, sin control sobre la administración de choque, no desarrollaron lesiones. Quizá las creencias generales con respecto a control están relacionadas a los patrones de respuesta fisiológica (Wennerholm, 1976).

En este sentido, si desarrolláramos técnicas psicofisiológicas, sería posible saber las diferencias psicológicas fundamentales entre personas con un locus de control externo y las que tiene un locus de control interno. Estas técnicas podrían ser utilizadas para explicar los efectos de locus de control en situaciones sociopsicológicas más complejas (Lefcourt, 1976). Berggren (1977) ha sugerido el uso de la respuesta de la frecuencia cardíaca en futuros estudios. La frecuencia cardíaca sirve como índice psicofisiológico del procesamiento de información (Lacey y Lacey, 1974). Es especialmente importante en pacientes con enfermedad coronaria por

que marca las diferencias entre los efectos de la atención y la activación (Graham, 1973). Ray (1974) usando un paradigma de retroalimentación biológica, sugiere que los individuos responden diferencialmente a la tarea de controlar su frecuencia cardíaca y que estas diferencias pueden ser observadas entre grupos identificados por medidas de la personalidad.

Aún antes de eso, Fotopolus (1970) y Ray y Strupp (1971) hallaron diferencias en los patrones de respuestas de la frecuencia cardíaca entre personas con un locus de control interno y externo bajo condiciones de retroalimentación biológica. Las personas con un locus de control interno eran significativamente más capaces de incrementar sus propias frecuencias cardíacas sin una retroalimentación o reforzamiento externo, que personas con un locus de control externo. Los sujetos con un locus de control externo solo pudieron incrementar su frecuencia cardíaca bajo un paradigma de reforzamiento.

Lachman (1972) ha hipotetizado que muchos de los desórdenes psicósomáticos se desarrollan como respuestas autónomas condicionadas ante varios estímulos. Entonces, es posible que la condicionabilidad diferencial autónoma de las personas con un locus de control externo o interno y las diferencias entre ellas para controlar su fisiología, pudiera influir en el desarrollo de trastornos psicofisiológicos, como los asociados con el corazón, por ejemplo. El proceso de condicionamiento cardíaco involucra un control gra-

dual y adaptativo de una respuesta involuntaria en anticipación de un estresor (Fenz, 1974). La respuesta condicionada o los procesos centrales que la determinan mejoran la ejecución en los casos en que el estímulo no condicionado tiene características de demanda (Obrist, Webb, Stutterer, Howard, 1970; Stephens, 1972). Este paradigma experimental tiene una analogía en la vida real, en situaciones en las que una persona aprende a reconocer señales de una fuente de estrés cuya aparición es inevitable y a prepararse para enfrentarla de una manera efectiva. Un análisis de la respuesta cardíaca condicionada a una tarea de tiempo de reacción revela similitudes con resultados obtenidos en el laboratorio (Fenz, 1974). La frecuencia cardíaca manifiesta un control adaptativo en anticipación del estrés de la vida real. En ambas situaciones, había una relación directa entre el patrón de la respuesta cardíaca y la ejecución.

Los estresores nocivos producen un incremento fuerte en la actividad fisiológica (Fenz, 1974). Se halló que la habilidad para reconocer y responder a señales de alerta y para movilizar los mecanismos para inhibir o controlar la ansiedad tiene un impacto en la ejecución (Fenz y Jones, 1972; Fenz, 1973). En un experimento conducido por Fenz y Jones (1974), los paracaidistas que ejecutaron bien mostraron un incremento temprano en la frecuencia cardíaca durante las fases tempranas de los saltos secuenciales. Siguió una gradual disminución después para que a la hora del salto, la frecuencia cardíaca se acercaba a niveles correspondientes a los

de reposo. Estos hechos concuerdan con algunos hallazgos anteriores (Epstein y Fenz, 1965; Fenz y Epstein, 1967).

Obrist et al. (1970) ofrecieron evidencia para la hipótesis propuesta por Lacey (1967) que estipula que la deceleración cardíaca está asociada con la facilitación de un comportamiento tal como la tarea de tiempo de reacción. En un experimento de laboratorio, Obrist et al (1970) lograron la deceleración cardíaca y una ejecución facilitada, inhibiendo las actividades somáticas irrelevantes y enfocando la atención en funciones relevantes a la tarea. Lacey (1967) decía que la observación atenta del ámbito externo conduce a la deceleración cardíaca. Así, en el experimento de Fenz (1974) para los paracaidistas buenos, la fase de deceleración era más pronunciada que la fase de aceleración y para los paracaidistas fracsados, la fase de aceleración de la respuesta cardíaca era más pronunciada que la fase de deceleración. La diferencia entre "buenos y malos" ejecutadores descansa en la segunda fase de la respuesta. La destreza se relaciona directamente con la manera en que una persona ha aprendido a controlar su respuesta autónoma (Fenz, 1974). Las paracaidistas más competentes presentan la respuesta más adaptativa (Epstein, 1967). De acuerdo con lo que decían Obrist et al. (1970) y Lacey (1967), un paracaidista "bueno" se fija en las tareas directamente pertinentes a su salto y un paracaidista "malo" dirige sus pensamientos a tareas irrelevantes (Fenz, 1973).

Es de interés anotar que la acción del corazón puede perturbar en alguna forma las respuestas del tiempo de reacción de mane-

ra selectiva. Consideramos el experimento de Wynn (1973). Los estímulos inducidos a diferentes puntos en el ciclo cardíaco pueden producir perturbaciones rítmicas diferentes que dan lugar a diferentes tiempos de reacción (Wynn, 1980). El tiempo de reacción ante el estímulo auditivo varió con la fase del ciclo cardíaco en el cual fue presentado el estímulo (Wynn, 1973). Wynn (1980) no cree que tales variaciones pueden ser controladas consciente o subconscientemente por el sujeto. Fenz (1974) afirma que un proceso consciente de aprendizaje no está involucrado. Wynn describe cómo el sistema cardiovascular influye en las respuestas de tiempo de reacción mediante la presión arterial y los cambios hormonales (1980). A este respecto, Lacey y Lacey (1974) han propuesto que los tiempos de reacción son afectados por la frecuencia cardíaca vía los impulsos de los baroreceptores, del seno carótido, del arco aórtico, etc. El sistema reticular activante es sugerido como sitio de interferencia entre los impulsos de los baroreceptores y los nervios motores y sensoriales involucrados en las respuestas de tiempo de reacción. Birren et al. (1963) y Callaway y Layne (1964) han hallado que existen variaciones en los tiempos de reacción relacionadas a cambios en el sistema nervioso central causados por el efecto de las fluctuaciones en la presión arterial ya que se ven comprometidos los baroreceptores del sistema arterial. Bonstock y Jarvis (1970), Botwinick y Thompson (1971) y Elliot y Graf (1972) no confirmaron estos resultados.

El tiempo de reacción quizá diferencia a diversos grupos de cardiopatas. Es una medida importante en la evaluación del impacto del estrés.

Al considerarlo sería relevante tomar en cuenta su relación con la psicopatología. Se ha encontrado que los esquizofrénicos y los deprimidos ejecutan más lentamente en pruebas de velocidad psicomorora (King, 1976; Weckowicz, 1972, 1978; Miller, 1975; Shapiro y Nelson, 1955). Aunque el retardo psicomotor se correlaciona con la edad (Hicks y Birren, 1970), la depresión afecta la ejecución en pruebas de rapidez, más que la edad (Weckowicz, Hutter, Cruise, Yonge, 1972). ¿Los aspectos psicopatológicos de la personalidad asociados con distintas cardiopatías afectan el tiempo de reacción de los integrantes de estos grupos de cardiopatías diferencialmente?

Para esta consideración a ser descrita con mayor detalle más adelante en este trabajo, valdría la pena hablar un poco acerca del aspecto mecánico del tiempo de reacción. Donders (1868) fue el primero en afirmar que el tiempo de reacción oportuno podría ser dividido en dos componentes: el tiempo de decisión y el tiempo de movimiento. Se ha llamado el componente de decisión del tiempo de reacción, tiempo de reacción (Woodworth, 1938; Henry, 1952) y más recientemente, tiempo de iniciación (Kerr, 1979). El tiempo de decisión se refiere al tiempo entre el inicio del estímulo y la iniciación de la respuesta ante el estímulo. Welford (1968) distingue

tres etapas del tiempo de reacción: 1). el tiempo para que el estímulo active el órgano del sentido y para que los impulsos neurales alcancen el cerebro. 2). el tiempo que toma el proceso central para identificar el estímulo y señalar al efector que inicie la respuesta; y 3). el tiempo requerido para energizar los efectores y producir la respuesta evidente. El tiempo de decisión representaría las primeras dos etapas del modelo de Welford. El tiempo de decisión, entonces, representa los aspectos centrales o cognoscitivos del proceso de la toma de decisión. Wargo (1967) cree que los procesos centrales representados por el tiempo de decisión pueden ser divididos en componentes perceptuales y cognoscitivos. De acuerdo a este modelo, el tiempo de decisión consiste en: 1). una transmisión receptor y aferente, 2). un componente perceptual, y 3). un componente cognoscitivo.

El tiempo de movimiento representa un proceso motor. Es el intervalo entre la iniciación de la respuesta motora, el estímulo y su terminación. Ha sido identificado como el componente periférico del tiempo total de reacción y refleja la actividad de los efectores (Welford, 1968).

El aparato utilizado en el estudio de Landauer (1980) ilustra el proceso involucrado en el tiempo de reacción. Este aparato consiste en un botón de control operado por el experimentador, y un panel de demostración operado por el sujeto. Se le instruye al sujeto que cuando vea la luz en el tablero de exhibición, tiene que apagarla tan rápido como sea posible oprimiendo el botón de respues-

ta. El sujeto puede usar una sola mano y regresarla a la posición vertical después de responder. Se da un ensayo de práctica. El experimentador activa la luz y registra las respuestas del sujeto con un cronómetro digital, en milisegundos. Registra el tiempo que pasa desde que se registra la luz en el tablero de demostración, hasta que el sujeto pone su dedo en el botón.

De los antecedentes anteriores, queda patente que no sólo la personalidad de un individuo está reflejando su comportamiento social y cognoscitivo, sino también su fisiología. Estas relaciones deben de especificarse en la población cardiópata mexicana.

Refiriéndome ahora a la investigación que se propone, si la etiología de la enfermedad coronaria fuera exclusivamente biológica, las personas obesas tendrían la misma propensión a infartarse que las personas delgadas y las mujeres se infartarían con igual frecuencia que los hombres. Los rusos presentarían una incidencia igual de infarto miocárdico que los mexicanos. En suma, si esta enfermedad fuera biológica, todos tendríamos la misma predisposición a ella, pues todos tenemos el mismo corazón. Pero, sabemos que la cardiopatía isquémica tiene una mayor incidencia entre la gente obesa que entre la gente delgada, entre los hombres que entre las mujeres, etc. Lo anterior nos permite afirmar en forma tentativa que la Personalidad Tipo A u otra personalidad especificada, es algo aprendido. El psicotipo de la Personalidad Tipo A está incompleto. No todos están de acuerdo con los planteamientos

citados acerca de él. Muchos dudan que la Personalidad Tipo A tenga una mayor incidencia que la Personalidad Tipo B en víctimas de la enfermedad coronaria o en sujetos con altos niveles de colesterol. Tampoco existe un consenso unánime acerca de si el estrés ocupacional aumenta el riesgo de enfermedad coronaria (Dunbar, 1943). En un estudio realizado por Lee y Schneider (1958), la enfermedad coronaria se presentó con menor frecuencia entre los ejecutivos que entre los empleados.

Mi tesis intenta definir los rasgos individuales manifiestos y latentes de las personas que padecen de la enfermedad coronaria, distinguiéndolos de los que se presentan en personas con cardiopatía reumática, con cardiopatía congénita y con cardiopatía hipertensiva si la comparación entre grupos permite tal distinción. La tesis en cuestión se justifica en cuanto a que explora el comportamiento de enfermedad en cada uno de los grupos. Mediante la psicometría se obtiene una estructura de la personalidad y los resultados de las diferentes pruebas podrán distinguirse entre los individuos con cardiopatía isquémica, con cardiopatía reumática, con cardiopatía congénita y con cardiopatía hipertensiva para una comparación posterior entre los grupos mencionados.

Debe mencionarse que los intentos originales de medir el comportamiento para determinar si un individuo es propenso a la enfermedad coronaria (la entrevista estructurada y el JAS, descritas con anterioridad), muy frecuentemente producían un diagnóstico falso de

la Personalidad Tipo A y Tipo B. Esto sugiere que los métodos de entrevista y JAS son cuestionables en cuanto a su confiabilidad. En la psicometría no se tolera un alto porcentaje de error, lo que hace necesario identificar y valorar las características de la personalidad que determinan la propensión a las diferentes cardiopatías, usando otras herramientas psicométricas.

Por ello, se justifica el uso en la presente investigación, de una prueba de tiempo de reacción basado en su relación con la fisiología cardíaca ya mencionada y en la suposición de que un individuo con una Personalidad Tipo A, propenso a la enfermedad coronaria, actúa mucho más rápido que otros individuos, siendo que se ha identificado a la Personalidad Tipo A como "enfermedad de prisa" (Friedman y Rosenman, 1974). Además, se ha pensado que el tiempo de reacción es genéticamente determinado. Este hecho reta la hipótesis que el comportamiento propenso a la cardiopatía isquémica sea aprendido. De igual modo, el uso del Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad se justifica, ya que los resultados obtenidos en otros estudios mencionados anteriormente, han ampliado mucho la comprensión de las relaciones entre la enfermedad coronaria y la personalidad. El empleo de la California Personality Inventory en la presente investigación, se justifica por la misma razón. Además, pudiera especificar algunos datos acerca del aprendizaje social. Se pensó que el empleo de las medidas de Figuras Ocultas y de Locus de Control podrían precisar la naturaleza perceptual y psíquica de la independencia y dependencia en personas con enfermedad coronaria. La

relación existente entre las pruebas Locus de Control y Figuras Ocultas, ilustra si el individuo depende más de sí mismo o de su ambiente. De modo indirecto, ambas medidas son medidas de las respuestas fisiológicas del corazón. Además, el empleo de La Escala de Evaluación del Reajuste Social para la Medición del Estrés Psicosocial, concuerda con los propósitos de la presente investigación debido a la manifestación repetida de la asociación entre el estrés y la enfermedad coronaria. Se incluyó el Inventario de Rasgos Temperamentales también para su contribución al entendimiento de los rasgos temperamentales en la enfermedad coronaria y para distinguir a éstos de los factores aprendidos. El estudio de Valores de Allport, Vernon y Lindzey (1972) fue aplicado en esta investigación para saber algo acerca del código de valores que profesa una persona con determinado tipo de cardiopatía, para de allí poder hacer inferencias y justificaciones acerca de su comportamiento. El empleo de un Cuestionario que contiene preguntas acerca de datos biográficos, es igualmente justificable como se notara en la sección de este trabajo que trata la definición de instrumentos y personal.

A continuación se nombran los instrumentos empleados en esta investigación:

1. Un aparato para medir el tiempo de reacción
2. Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad, Formas A y B
3. Configuración Psicológica Individual

4. Figuras Ocultas como medida del estilo cognoscitivo independencia - dependencia de campo
5. Prueba AB como medida de locus de control
6. La Escala de Evaluación de Reajuste Social para la Medición del Estrés Psicosocial
7. Inventario de Rasgos Temperamentales
8. Escala de Valores
9. Un cuestionario que conste de datos biográficos.

PROBLEMA

No obstante la importancia que parecen tener los factores psicológicos en la génesis de las enfermedades cardíacas en nuestro país, no se han realizado investigaciones amplias al respecto. Por tal motivo me propuse investigar la relación entre numerosos factores psicológicos y de otra índole y diferentes cardiopatías. Así me permití plantear la pregunta: ¿Hay algún conjunto de características físicas y psicológicas que definen por separado a los individuos mexicanos con cardiopatía isquémica, con cardiopatía reumática, con cardiopatía congénita y con cardiopatía hipertensiva o los concomitantes psicológicos de las distintas cardiopatías son meras generalidades compartidas con otras cardiopatías indistintamente?

OBJETIVO GENERAL

 Mi propósito fue realizar una investigación exploratoria

acerca de la relación que existe entre un conjunto de características físicas, familiares, demográficas y psicológicas y los diagnósticos de cardiopatía isquémica, de cardiopatía reumática, de cardiopatía congénita y de cardiopatía hipertensiva, identificables mediante instrumentos y pruebas objetivas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Los objetivos específicos de la investigación fueron:

1. Determinar si hay una relación significativa entre un grupo de cardiopatías y cada una de las variables de un conjunto heterogéneo que incluye características físicas, demográficas, familiares y psicológicas.
2. Discriminar a las diferentes cardiopatías mediante la selección y combinación de un subconjunto de las variables estudiadas.
3. Determinar la confiabilidad y la validez de algunas de las pruebas e instrumentos utilizados.

Fue una meta de este estudio el comparar y correlacionar entre e intra grupos de las cardiopatías distintas ya desglosadas arriba, lo que mide el aparato de tiempo de reacción con las características psicológicas especificadas por los otros instrumentos psicométricos empleados en el estudio, por separado.

De igual forma se pretendió comparar y correlacionar lo que

mide el Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad con las características psicológicas precisas determinadas por los otros instrumentos psicométricos, en sujetos mexicanos con un diagnóstico médico de cardiopatía isquémica, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita o cardiopatía hipertensiva.

Así mismo, se comparó y se correlacionó lo que mide el California Personality Inventory con las características psicológicas determinantes sobresalientes a raíz de los resultados de los otros instrumentos psicométricos empleados en este estudio, en pacientes que padecen de las distintas cardiopatías ya estipuladas arriba.

Se comparó y se correlacionó además, lo que mide la prueba de Figuras Ocultas con las características psíquicas precisas de los mexicanos con un diagnóstico médico de cardiopatía isquémica, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita o de cardiopatía hipertensiva, medidas por los instrumentos psicométricos ya señalados.

También se comparó y se correlacionó lo que mide la Prueba AB con las características psicológicas específicas a mexicanos con los diagnósticos cardíacos, ya establecidos arriba, medidas con los demás instrumentos psicométricos, también mencionados anteriormente.

Se comparó y se correlacionó lo que mide la Escala de Evaluación de Reajuste Social para la Medición del Stress Psicosocial con las características psicológicas señaladas por los demás instrumentos.

tos psicométricos empleados en esta investigación, en mexicanos víctimas de las distintas cardiopatías especificadas arriba.

Asi mismo, se comparó y se correlacionó lo que mide el Inventario de Rasgos Temperamentales con las características psicológicas determinantes de mexicanos con los diagnósticos cardiacos precisados arriba. Estas otras características psicológicas fueron detectadas por los otros instrumentos psicométricos funcionales en esta investigación.

Se hicieron las mismas comparaciones y correlaciones con referencia a la Escala de Valores.

Otro de los objetivos específicos de esta investigación fue la averiguación de si el hecho de haber sido revascularizado o no, modifica el perfil de características psicológicas de los individuos con un diagnóstico de cardiopatía isquémica.

Por otro lado, este estudio examinó la confiabilidad del 16 FP, ya que correlaciona las formas A y B.

Otro objetivo específico de esta investigación fue estudiar si la independencia de campo perceptual tal como la mide la prueba de Figuras Ocultas, se correlaciona con el factor interno de la Prueba AB.

Finalmente, se investigaron todas las correlaciones entre todas las pruebas e items del cuestionario, sobre las categorías de

diagnóstico cardíaco, para especificar los rasgos definitivos asociados con la cardiopatía isquémica, la cardiopatía reumática, la cardiopatía congénita y la cardiopatía hipertensiva.

Los objetivos específicos están constituidos por cada relación entre las diversas variables incluidas en este estudio, que son las que son comprendidas por los nueve instrumentos psicométricos empleados, por el cuestionario (ver apéndice) y por los datos procedentes de los expedientes clínicos de los pacientes, obtenidos en el archivo del Hospital de Cardiología y Neumología (diagnóstico, sexo, antecedentes heredofamiliares relacionados a la cardiopatía, número de ingresos, número de días hospitalizados, estrés, hábitos de consumo de alcohol, número de años tomando, hábitos de consumo de tabaco, años fumando, nivel socioeconómico, número de hijos, medicamentos empleados, sedentarismo, obesidad, intervención quirúrgica, complicaciones intrahospitalarias y antecedentes personales patológicas).

HIPOTESIS

La hipótesis general de esta investigación se puede enunciar así: Las diferentes cardiopatías se distinguen entre sí por un conjunto de características físicas, demográficas, familiares y psicológicas.

Las hipótesis específicas se formularían respecto a cada una de las características consideradas en la investigación en los términos siguientes:

Hay una relación significativa entre la variable X (por ejemplo, sexo) y los diferentes diagnósticos de cardiopatía.

- H₀ - Las personalidades de las personas que padecen la cardiopatía isquémica, la cardiopatía reumática, la cardiopatía congénita o la cardiopatía hipertensiva son iguales. Por lo tanto, no habría diferencias en los resultados de las pruebas psicométricas entre las muestras señaladas de cardiópatas.
- H₁ - Si hubiera una diferencia en los resultados de las pruebas psicométricas entre las muestras señaladas de cardiópatas, se debería a que los individuos con cardiopatía isquémica tienen una Personalidad Tipo A u otra particular.
- H₀ - Las mismas características psicológicas medidas por los instrumentos psicométricos caracterizan a las personas que padecen la cardiopatía isquémica que han y no han sido revascularizados.
- H₂ - Las características psicológicas, medidas por los instrumentos psicométricos diferencian a los individuos con cardiopatía isquémica que han sido revascularizados de los que no han sido revascularizados.
- H₀ - Cuando las Formas A y B del Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad son aplicadas a pacientes cardiópatas, existe una correlación negativa entre los resultados de dos formas.
- H₃ - Los resultados de la Forma A del Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad se correlacionan en forma positiva con los resultados de la Forma B del mismo Cuestionario, cuando ambos son aplicados a individuos cardiópatas.

- H_0 = Existe una correlación negativa entre la independencia de campo perceptual medida por la prueba de Figuras Ocultas y el factor interno de la Prueba AB, al ser aplicados a sujetos coardiópatas.
- H_4 = Existe una correlación positiva entre la independencia de campo perceptual que mide la Prueba de Figuras Ocultas y el factor interno de la Prueba AB, que se manifiesta en los individuos con cardiopatía.

Puede asociarse una hipótesis con cada relación entre las distintas variables incluidas en esta investigación.

DEFINICION DE TERMINOS

La Cardiopatía Isquémica se entiende como la disminución del aporte de oxígeno y substratos a través de la red coronaria en relación con las demandas del miocardio, lo que hace imposible un metabolismo energético aeróbico y culmina en los síndromes clínicos de la cardiopatía isquémica (Chavez, 1973). La isquemia por sí sola se refiere a la deprivación de oxígeno debido a una perfusión disminuida. En realidad, la cardiopatía isquémica define un espectro de enfermedad de etiología diversa, cuyo factor común es una desproporción entre el aporte de oxígeno miocárdico y la demanda. Este desbalance está asociado a una reducción absoluta en el flujo sanguíneo coronario y a la inhabilidad para incrementar este flujo para cumplir con las necesidades del corazón. Es todavía más común que el desbalance se deba a la obstrucción aterosclerótica de las arterias coronarias grandes. La isquemia miocárdica

también puede darse a consecuencia de lesiones coronarias obstructivas, no ateromáticos o por el espasmo coronario. Existen aún más causas de la cardiopatía isquémica, pero éstas no son pertinentes a los individuos integrantes del grupo de la Cardiopatía Isquémica, en la presente investigación. Los sujetos que componen este grupo en el estudio actual, padecen la Cardiopatía Isquémica por enfermedad arterial coronaria debido a la aterosclerosis coronaria o por espasmo coronario (Braunwald, Cohn y Ross, 1980).

El concepto de los factores de riesgo para la cardiopatía coronaria aterosclerótica, se deriva sobre todo de tres líneas principales de la investigación: 1. los estudios epidemiológicos, 2. la experimentación que induce la aterosclerosis en animales quienes son sometidos a una dieta especial, y 3. los estudios fisiopatológicos que intentan relacionar las alteraciones vasculares precoces con una variedad de posibles factores etiológicos. A través de una revisión de la literatura que trata el tema, se ha podido apreciar un énfasis en los siguientes factores potenciales de riesgo para la cardiopatía coronaria aterosclerótica:

1. Factores de Riesgo No Corregibles
 - a. sexo
 - b. edad
 - c. historia familiar de cardiopatía coronaria aterosclerótica
2. Factores de Riesgo Corregibles
 - a. Mayores

1. elevación de los lípidos séricos (colesterol y triglicéridos)
 2. dieta habitual rica en calorías totales, grasas totales saturadas, colesterol, hidratos de carbono refinados y sal
 3. hipertensión
 4. tabaquismo como hábito
 5. diabetes
 6. obesidad
- b. Menores
1. anticonceptivos orales
 2. sedentarismo
 3. personalidad especial - Personalidad Tipo A
 4. tensiones psicosociales
 5. baja condición física
 6. hipoxia, monóxido de carbono
 7. carboxihemoglobina
 8. escasa dureza del agua
 9. radioactividad alfa en el agua
 10. disminución de los alimentos con residuos
 11. ingesta de sucrosa
 12. café
 13. alcohol
 14. deficiencia de vitaminas C o E, calcio, magnesio, cromo, manganeso, litio, o flúor
 15. deficiencia relativa o absoluta de cobre en relación al zinc
 16. falta de pectina en la dieta
 17. metabolismo anormal de la metionina
 18. anticuerpos de la leche, homogenización
 19. reacción inmunitaria
 20. infección vírica
 21. nacimiento o residencia en una ciudad

22. superpoblación social
23. ingresos, nivel de vida
24. estatura baja
25. constitución obesa
26. dificultades respiratorias
27. disminución de la capacidad vital
28. taquicardia en reposo
29. electrocardiograma (ECG) anormal en reposo o durante el ejercicio
30. respuesta presora al frío anormal
31. balistocardiograma anormal
32. grupo sanguíneo A
33. trastornos de la coagulación
34. aumento de la adhesividad plaquetaria
35. hematócrito elevado
36. aumento de la velocidad de sedimentación (en las mujeres suecas)
37. cifra de leucocitos
38. índice del pelo axilar
39. aumento del pelo en el conducto auditivo (signo de Gabriel)
40. niveles elevados de insulina circulante
41. hiperuricemia
42. hipotiroidismo latente
43. hiperestrogenemia
44. exposición al disulfuro de carbono
45. nivel educativo
46. orden de nacimiento
47. edad del padre en el momento de nacimiento
48. clima
49. residencia en un lugar de baja altitud
50. consumo de energía nacional
51. antepasados judíos
52. práctica de la medicina (británicos)

En este estudio se hará mención de los conceptos relacionados a algunos de los factores de riesgo arriba enlistados, que han sido tratados en la literatura hasta ahora como los más válidos y los más importantes en comparación a otros factores de riesgo coronario.

Ya que se hablará acerca de algunas de las características de la personalidad del individuo que padece la hipertensión arterial, del papel de la hipertensión arterial en la cardiopatía isquémica o en otras cardiopatías y de la hipertensión arterial desde otras perspectivas, cabe aquí precisar este término.

Sigue siendo vigente la definición que en 1963 adoptó la Organización Mundial de la Salud. De acuerdo a esta definición, la hipertensión arterial consiste en una hipertensión sistólica mayor de 160 milímetros de mercurio o en una hipertensión diastólica, mayor de 95 milímetros de mercurio (Kaplan, 1980).

La Cardiopatía Reumática se define como la incompetencia para funcionar normalmente de las válvulas cardíacas, causado por un proceso cicatricial secundario a endocarditis reumática, cuya etiología es por estreptococo del grupo A (Eliot y Edwards, 1981).

La Cardiopatía Congénita es definida como una anomalía al nacimiento en la estructura cardiocirculatoria o en la función. Resulta en general de un desarrollo embriogénico anormal (Friedman, 1980).

La consecuencia principal de la hipertensión en el corazón es la hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo. Esta puede evolucionar hacia la dilatación ventricular izquierda y la insuficiencia cardíaca. A esto se le llama Cardiopatía Hipertensiva (Lynch y Edwards, 1981).

Se entenderá por antecedentes heredo-familiares las enfermedades que se transmiten de padres a hijos siguiendo las leyes mendelianas, o bien, algunas otras como la cardiopatía isquémica, donde existe una predisposición genética.

Por los antecedentes heredofamiliares relacionados con la cardiopatía se considerará la diabetes, el infarto miocárdico, la hipertensión arterial, la cardiopatía inespecificada, la embolia cerebral, la hipercolesterolemia y la fiebre reumática. Algunos de estos padecimientos ya han sido definidos anteriormente y otros que dan pendientes de definir.

Entre éstos está la diabetes que se refiere a la incapacidad del paciente para lograr una síntesis adecuada o una correcta secreción de la insulina, resultando en un deficiente metabolismo de la glucosa (Goodman y Gilman, 1978).

La embolia cerebral es la oclusión de un vaso arterial cerebral por un émbolo. El daño cerebral consecuente está directamente relacionado con el tamaño del tejido cerebral lesionado (Mohr, Fisher y Adams, 1980).

La hipercolesterolemia se refiere a una concentración de coles
terol en plasma, anormalmente alta (Schlant y Digirolamo, 1981).

El número de días hospitalizados se refiere al número total de días que el paciente haya sido hospitalizado en el Hospital de Cardiología y Neumología del Centro Médico Nacional durante su único o sus múltiples internamientos.

Por estrés se entenderá un desequilibrio fisiológico no perceptible por el examen médico, secundario a un estímulo del medio ambiente que provoca un malestar emocional y físico. Los hábitos de consumo de alcohol se entenderán según el grado de alcoholismo que puede ser anotado o no en el expediente clínico del paciente, por el médico que realiza la historia clínica o por una nota de la trabajadora o asistente social al ingresar el paciente. Los grados de alcoholismo de ser incluidos en este estudio son: 1. nunca, 2. ocasional social, 3. embriaguez cada mes, 4. embriaguez cada 15 días, 5. embriaguez cada 8 días, 6. embriaguez más de una vez por semana, 7. positivo sin más datos en el expediente clínico, 8. negativo sin más datos en el expediente clínico.

Los hábitos de consumo de tabaco se entenderán en un modo similar a como lo fueron los hábitos de consumo de alcohol, esto es según el grado de tabaquismo. Los datos acerca del consumo de tabaco pueden o no ser anotados en el expediente clínico del paciente por el médico que realiza su historia clínica o por una trabajadora social cuando el paciente ingresa en el hospital. En este estudio, los grados de tabaquismo comprenden: 1. no anotado en el expediente clínico del paciente, 2. nunca, 3. menos de una cajeti-

11a al día, 4. 1-2 cajetillas al día, 5. más de dos cajetillas al día, 6. positivo sin más datos en el expediente clínico.

El nivel socioeconómico del paciente se entenderá como clase baja, clase media o clase alta. Este dato generalmente es captado por una trabajadora social al ingresar el paciente a la unidad. La trabajadora social determina el nivel socioeconómico según algunas normas propias de su servicio.

Otra variable que fue incluida en el presente estudio es la de medicamentos, ya que su ingesta pudo haber alterado los resultados de los instrumentos psicométricos empleados.

Por sedentarismo se refiere al hecho de que no existe un programa o una rutina de ejercicio o actividad deportiva. Este fenómeno suele influir en la cardiopatía isquémica en particular.

La obesidad se define como un exceso de peso que sobrepasa el 20% del peso deseable. Esta definición fue fundamentada por los criterios del Metropolitan Life Insurance Company (1959) y formalmente establecida en una publicación editada por Blay, 1973.

Las intervenciones quirúrgicas de ser incluidas como parte del tratamiento para la cardiopatía en el presente estudio consisten en la revascularización, las operaciones relacionadas a la cardiopatía reumática y las operaciones relacionadas a la cardiopatía congénita. Entre las que se asocian con la cardiopatía reumática están: la comisurotoma abierta con circula-

ción extracorpórea, la comisurotoma cerrada sin el empleo de la bomba de circulación extracorpórea y la sustitución de la válvula mitral. Estas últimas se refieren a la válvula mitral. Existe también la cirugía en que se realiza la sustitución aórtica o tricuspídea. La plastia tricuspídea es otra de las intervenciones quirúrgicas comprendidas en las referentes a la cardiopatía reumática. Así mismo, puede realizarse la comisurotomía pulmonar. Entre las principales causas que suscitan las operaciones realizadas como parte del tratamiento para la cardiopatía congénita están: la coartación aórtica (plastia sin ayuda de injerto de material artificial y plastia con la ayuda de un injerto artificial), la comunicación interauricular (cierre del orificio por sutura o por colocación de un parche de material sintético), la comunicación interventricular (cierre del defecto con un parche de material sintético) y persistencia del conducto arterial permeable (ligadura y corte del conducto arterial permeable).

Por complicaciones intrahospitalarias se refieren a los eventos que ocurren durante la hospitalización o durante el período perioperatorio, que alteran la evolución clínica esperada para un paciente.

Las complicaciones intrahospitalarias mayores son aquellas que ponen en peligro la vida o que pueden dejar alguna secuela que altera las funciones cerebrales superiores, potencialmente distorsionando la sensibilidad, la confiabilidad y la validez de los re-

sultados de los instrumentos psicométricos de modo inespecífico.

A continuación desglosaré algunos ejemplos de las principales fuentes de las complicaciones intrahospitalarias mayores. El edema cerebral se refiere al aumento del volumen de la masa encefálica, por el trasudado de líquidos a través de los capilares sanguíneos cerebrales debido a algún trastorno grave como un accidente vascular, un tumor cerebral, un paro cardiorespiratorio, etc. (Scgotore y Poli, 1975). La enfermedad vascular cerebral se refiere a cualquier enfermedad que implica uno o más vasos del cerebro en un proceso patológico como: cualquier anomalía en la pared del vaso, la oclusión por trombosis o por embolia, la ruptura del vaso, la disminución del flujo cerebral debida a la disminución sanguínea que se entiende como isquemia cerebral, los cambios en el calibre del vaso, el incremento de la viscosidad de la sangre y las alteraciones en la permeabilidad de la pared vascular. La disfunción de las funciones cerebrales superiores estará directamente relacionada con la magnitud del daño cerebral (Mohr y Fisher, 1980). La trombosis cerebral tiene que ver con la aterosclerosis de las arterias cerebrales. La placa aterosclerosa obstruye totalmente la luz del vaso, produciéndose así, el episodio morboso (Mohr, Fisher y Adams, 1980). La hemorragia cerebral es producida por la ruptura de una arteria cerebral que lesiona tanto el tejido que no recibe sangre como el tejido vecino, por compresión y desplazamiento (Mohr, Fisher y Adams, 1980). La encefalopatía hipóxica se refiere al daño del tejido cerebral secundario a un es

tado hipóxico como la estrangulación, el paro cardiorespiratorio, la parálisis de los músculos respiratorios, etc. (Moser, Victor y Adams, 1981). La hipoglucemia es un trastorno metabólico grave que produce daño cerebral y que se debe a una glucemia menor de 25-30 mgr por 100 ml que dura de uno a dos horas (Moser, Victor y Adams 1981). El paro cardíaco es un término que engloba el cese brusco del gasto cardíaco eficaz e incluye la fibrilación ventricular, la asistolia ventricular y el ritmo idioventricular agónico. De no reestablecerse el ritmo cardíaco, conlleva a la muerte (McCall, 1981). El bajo gasto cardíaco se refiere al descenso del gasto cardíaco provocado por una pérdida de la función miocárdica debido a infarto miocárdico, o bien a otros factores como la hipovolemia, las arritmias, los fármacos, etc. (Cohn, 1981). Se aplica el término bradicardia cuando la frecuencia cardíaca global o solamente de los aurículos o de los ventrículos es inferior a 60 latidos por minuto (Marriot y Myerburg, 1981). El shock hipovolemico es un estado en el que hay una disminución grave y generalizada de la perfusión a los tejidos, la que, si se prolonga, lleva a una deficiencia completa de la función celular. Se dice que se trata de shock "hipovolemico" cuando este estado se debe a la pérdida de líquidos (Engelman y Braunwald, 1981). La fibrilación ventricular se refiere a la actividad ventricular eléctrica caótica que compromete el gasto cardíaco y evoluciona hacia la muerte (McCall, 1981). La taquicardia ventricular es un ritmo originado en los ventrículos que implica frecuencias superiores a 100 latidos por minuto (Marriott y Myerburg, 1981). El bloqueo auriculo ventricular de ter-

cer grado se refiere al latido independiente de los aurículos y de los ventrículos (ibid). Las crisis convulsivas que se han presentado por algunos de los pacientes integrantes del presente estudio, se han debido a la hipoxia cerebral. Son movimientos tónicoclónicos que pueden ser generalizados o parciales. En general, estas crisis tienen una etiología multifactorial, aunque la causa más común es la epilepsia (Adams, 1980). La disección aortica es el despegamiento longitudinal de la capa media de la aorta por una columna de sangre o por algún cateter (Lindsay, Jr., 1981). La crisis hipertensiva es una emergencia médica que puede representar una amenaza para la vida ya que la presión arterial diastólica puede elevarse por encima de 140mm Hg (Gunells, Jr., Orgaen y McCouffin, 1981).

En la presente investigación, las complicaciones intrahospitalarias menores son aquellas que no ponen en peligro la vida y no dejan secuelas que alteran las funciones cerebrales superiores. Consisten en los malestares que a continuación se enumeran como ejemplos. La insuficiencia renal se refiere a la supresión urinaria aguda o crónica generalmente causada por una lesión parenquimatosa (Epstein, 1981). La neumonia es una infección pulmonar, la cual es común en enfermos hospitalizados con una variedad de enfermedades médicas o quirúrgicas (Petersdorf y Dale, 1980). La hipotensión es el término opuesto a la hipertensión y por lo tanto consiste en la disminución de la presión arterial por debajo de los valores normales (Segatore y Poli, 1980). La tromboflebitis comprende una ga

ma de síntomas y signos de enfermedad venosa aguda, cuyo punto final es la trombosis de los segmentos afectados (Strandness, 1980). La flebitis es una inflamación de las paredes venosas a la cual ca si siempre se añade la formación de trombos. Por ello, casi todas las flebitis son tromboflebitis (Strandness, 1980). La pericarditis es una condición que comprende la inflamación de la membrana serosa en el área del pericardio que rodea el corazón (Segatore y Poli, 1980). Los extrasistoles ventriculares se refieren a los latidos ectópicos y prematuros, dependientes del latido precedente y acoplados al mismo. Aparecen antes del siguiente latido dominante originado en los ventrículos (Marriot y Myerburg, 1981). Las infecciones de las vías urinarias y respiratorias son relativamente comunes en pacientes quirúrgicos (Petersdorf y Dale, 1980). La insuficiencia cardíaca se refiere al funcionamiento inadecuado del sistema cardiovascular para llevar a cabo sus funciones básicas de aporte nutritivo a las células del organismo y la eliminación de los productos metabólicos de ellas (Schlant, 1981). La hipertensión arterial pulmonar se refiere a la elevación de la presión arterial pulmonar. Las causas son múltiples y las alteraciones se producen cuando la elevación de la presión pulmonar alcanza niveles de 50/25 mm Hg (Weens y Gay, 1981). La oliguria se refiere a la disminución en la cantidad de orina emitida en 24 horas (Segatore y Poli, 1980). El síndrome postpericardiectomia es un síndro me inespecífico que comienza de 10 días a tres meses después de la cirugía cardíaca (Fowler, 1981). Los antecedentes personales pató lógicos son aquellos antecedentes que pueden ser enfermedades o

alergias que se han padecido en el pasado y pueden tener alguna repercusión en el futuro, entendidos en el contexto de la presente investigación, según tres agrupaciones: 1. los padecimientos relacionados con la cardiopatía que son la hipertensión arterial sistémica por litiasis renal, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la edema aguda pulmonar, la tromboembolia pulmonar, la correa de Sydenham, el accidente vascular cerebral, la comisurotómia mitral cerrada, la valvulotomía aortica, la estenosis tricúspidea y aortica, la pericardiosíntesis, el asma, la diabetes, la hemiparesia, y el COR pulmonar crónico, 2. los padecimientos no relacionados con la cardiopatía sin bases psicosomáticas reconocidas, que en el presente estudio son por ejemplo: el paludismo, la litiasis urinaria, el hipotiroidismo, la epilepsia, la colitis amoebiana y la glaucoma y 3. los padecimientos no relacionados con la cardiopatía con bases psicosomáticas reconocidas que en el presente estudio son el proceso ulceroso duodenal, la úlcera gástrica, la gastritis, la colitis, la migraña, el asma, la amenorrea de un año y la hiporexia.

En cuanto a que ha sido el tema motivador de este proyecto de investigación, es importante hacer énfasis en la definición original de la Personalidad Tipo A que es la que será la referencia para este estudio. Por ello, me permito repetirla: "un complejo acción emoción característico, exhibido por aquellos individuos involucrados en una lucha crónica para obtener un sin límite de cosas pobremente definidas de su ambiente en el período de tiempo más cor

to posible, y si es necesario, contra los esfuerzos opuestos de otras cosas y personas en el mismo ambiente" (Friedman, 1969).

Para ubicar el individuo con una Personalidad A con más facilidad, será conveniente entender la comparación que se ha hecho en la literatura y anteriormente en este trabajo entre esta Personalidad y la Personalidad Tipo B (Friedman y Rosenman, 1974).

Por personalidad en general, se entenderá lo que miden las bien conocidas pruebas siguientes: el Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad, Formas A y B, Configuración Psicológica Individual, la Prueba AB y la de las Figuras Ocultas.

La Prueba AB mide locus de control. Esta variable refleja el grado en que el individuo siente que puede controlar los premios y castigos que recibe de su ambiente (Rotter, 1966). Una de las variables que determina la relación entre el comportamiento y su reforzador es la de la expectativa de una persona. El sujeto al realizar la tarea de endosar uno de dos items señalados en cada pregunta, pone de manifiesto si cree que el locus de control de condiciones reforzadores será interno o externo. Una persona que cree en el control interno, prefiere situaciones que le permiten ejercer un control sobre los resultados (Schneider, 1968). Estos individuos creen que sus propias acciones gobiernan lo que les pasa, y por ello son denominados "internos", según Rotter. Observan que su comportamiento tiene ciertas consecuencias que están bajo su control personal (Rotter, 1966). Es decir, su comportamiento es determinado por ellos mismos

y no por fuerzas externas, más allá de su control (Hamid, 1974). Los eventos que se dan son productos de sus propias acciones, capacidades o rasgos (Hamid, 1974). El polo interno enfatiza el control que siente el individuo sobre su propio destino (Collins, Taylor y Burger, 1976).

Las personas con un locus de control externo prefieren involucrarse en situaciones que les permiten satisfacer la expectativa de no poder controlar lo que les pasa (Lefcourt, 1966; Rotter, 1966; Schneider, 1972). Basado en la experiencia pasada, determinados individuos adquieren un punto de vista que el locus de causalidad para los eventos o reforzamientos personalmente relevantes, es externo (Hamid, 1974). Es decir, se deriva de las fuerzas externas, más allá de su control, como son la suerte, el azar y las autoridades (ibid; Rotter, 1966). Estas personas esperan ser controladas por el mundo externo y son menos resistentes a la manipulación ambiental experimental (Hamid, 1974; Ritchie y Phares, 1969).

Al referirme a la prueba de Figuras Ocultas, mi enfoque es el estilo cognoscitivo. El estilo cognoscitivo se refiere al enfoque articulado global de campo que involucra un análisis y estructuración en las actividades intelectuales y perceptuales (Witkin, 1964, 1965; Witkin, Goodenough y Karp, 1967). Se relaciona con los dominios de la personalidad y con cuestiones sociales. Es una dimensión del funcionamiento individual en todas las esferas. Se refiere a las diferencias individuales en variables de proceso en vez de contenido. El estilo cognoscitivo se refiere a diferencias individuales en el cómo

y no en el qué del comportamiento. Implica el grado de autonomía de un individuo de las referencias externas. Un individuo se concorma a un estilo como modo de acercarse a una meta. No se trata de la habilidad o de la competencia en el logro de una meta.

Los conceptos de la independencia y la dependencia de campo son dos modos en que se refleja el estilo cognoscitivo. Reflejan el grado de diferenciación de la estructura psicológica de una persona. La teoría de diferenciación sugiere un modo de conceptualizar la relación entre el funcionamiento autónomo y cognoscitivo de la reestructuración. En un sentido estrictamente psicológico, un sistema más diferenciado o que pone de manifiesto un individuo independiente de campo, implica una segregación vo - no yo. La independencia de campo implica un modo de percibir el mundo de una manera articulada, en que las partes de un campo son experimentadas como discretas del fondo organizado, como se dió a conocer arriba.

Witkin (1950) desarrolló la Prueba de las Figuras Ocultas. En esta prueba, figuras geométricas sencillas deben ser halladas y trazadas dentro de las figuras complejas que las esconden. La habilidad de penetrar estímulos ocultos y a distinguir una figura de su contexto en una tarea perceptual, se relaciona con la disposición para pensar y percibir en un modo diferenciado o en una manera articula. Crutchfield, Woodworth y Albrecht (1958) reportaron evidencia de que la precisión perceptual en las tareas complejas está relacionada con una efectividad personal de tipo más amplio.

Una persona más autónoma va más allá de la información dada, cuando las exigencias situacionales o interiores así lo requieren. Ac

túa sobre el material del estímulo tal como está, desintegrando el patrón organizado para exponer a la figura oculta. Este modo se pone en evidencia cuando un individuo enfrenta un campo que carece de organización. Los individuos independientes de campo le imponen una estructura y lo experimentan como organizado, mientras que los individuos dependientes de campo no hacen eso (Witkin et al., 1962). Debido a que tales acciones cambian el campo en vez de tomarlo como es, se llaman actos de reestructuración.

Los sujetos dependientes de campo tienen una mayor dificultad para resolver los problemas en que la solución depende en tomar un elemento crítico para la solución, fuera de su contexto en el cual se presentó y reestructurar el material del problema para utilizar el elemento en otro contexto diferente (Glucksberg, 1956; Harris, citado en Witkin, et al. 1962). Una persona que funciona en forma menos autónoma, se adhiere al campo en las tareas de reestructuración cognoscitiva. Está dominado fuertemente por la organización del campo y está muy conciente de los eventos que le rodean. Se siente parte íntegra de ellos.

La reestructuración cognoscitiva tiene su raíz en características tales como la segregación yo - no yo y la autonomía individual. De allí, la diferenciación designa el grado en que un individuo percibe sus atributos como distintos de otros. Pone de manifiesto un sentido de identidad separada (Greene, 1976). La persona independiente de campo puede apartarse de su ambiente. La segregación yo - no yo, en el sujeto independiente de campo, quiere decir que se han for-

mado fronteras entre el exterior y el interior (Witkin, 1977). Los atributos particulares de una persona son identificados como parte de uno mismo y distintos de aquellos de los demás (ibid). Esto quiere decir que lo que existe por dentro y constituye el yo, es articulado. Las diferencias en el grado de segregación yo - no yo, dan lugar a diferencias en el grado en que el yo o alternativamente, el campo externo, se emplean como referentes para el comportamiento. En resumen, las tendencias para depender del yo o del campo como referentes primarios, son los estilos cognoscitivos independencia - dependencia de campo, respectivamente.

Se entenderá al concepto de temperamento en el contexto de lo que mide el Inventario de Rasgos Temperamentales.

Los valores serán captados por lo que mide la Escala de Valores.

El tiempo de reacción se refiere a lo que mide el aparato diseñado para su medición. Significa el tiempo en que tarda un individuo para extinguir una luz que verá en un tablero de exhibición, oprimiendo un botón de respuesta.

El estrés psicosocial se aplica a lo que la Escala de Evaluación de Reajuste Social para la Medición del Estrés Psicosocial mide. De modo más específico, es un índice de la frecuencia y de la severidad de los cambios que se dan en el transcurso de la vida.

DEFINICION DE POBLACION DEL ESTUDIO

Se realizó este estudio en una muestra no probabilística de mexicanos. Los sujetos eran cardiopatas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que tenían acceso al Hospital de Cardiología y Neumología del Centro Médico Nacional, México, D.F. antes del sismo de Septiembre de 1985. La muestra estaba compuesta por 488 sujetos, pero a consecuencia del terremoto se extraviaron los expedientes de 247 por lo que se consideraron solamente 241 cuyos datos estaban completos. Los pacientes en estudio tuvieron los diagnósticos médicos de Cardiopatía Isquémica (en total 126 pacientes), Cardiopatía Reumática (75 enfermos), Cardiopatía Congénita (16 pacientes) y Cardiopatía Hipertensiva (24 enfermos). Todos los integrantes del estudio asistían al Hospital como pacientes hospitalizados, y posteriormente como pacientes externos. Fueron enviados durante el período de convalecencia de su padecimiento cardiovascular por su cardiólogo tratante, al Servicio de Psicología del cual estoy encargada, de la Consulta Externa del Hospital de Cardiología y Neumología, para evaluación de algún riesgo psicológico que pudiera tener resonancia en su convalecencia y para su tratamiento. Los sujetos fueron estudiados en su aspecto psicológico desde Agosto del año 1981, hasta Noviembre de 1982. Todos recibían medicamentos específicos como parte del tratamiento para su trastorno cardiológico.

Individuos de ambos sexos participaron en el estudio. Oscilaban entre los 17 y los 65 años de edad. Todos los sujetos son de

nacionalidad mexicana y han sido residentes del Distrito Federal por un mínimo de seis meses antes de participar en este estudio. El estado civil de los sujetos varía entre casado, soltero, divorciado, separado, viudo y unión libre. Una escolaridad mínima de primaria completa fue requisito para la inclusión de un sujeto en el estudio, de modo que la escolaridad comprende primaria completa hasta estudios universitarios de postgrado. Los sujetos pertenecen a diferentes estratos socioeconómicos y culturales y tienen diversas ocupaciones.

Hay cuatro grupos de sujetos: 1. pacientes con un diagnóstico cardiológico de cardiopatía isquémica que comprende por separado a los pacientes que han y que no han sido revascularizados, 2. pacientes con un diagnóstico cardiológico de cardiopatía reumática, 3. pacientes con un diagnóstico cardiológico de cardiopatía congénita, y 4. pacientes con un diagnóstico cardiológico de cardiopatía hipertensiva.

DEFINICION DE INSTRUMENTOS Y PERSONAL

Se empleó un cuestionario de datos biográficos (ver apéndice) que fue diseñado especialmente para llevar a cabo este estudio. Consta de datos biográficos y fue empleado en el presente estudio con el fin de explorar si la cardiopatía isquémica por ejemplo, tiene una mayor incidencia en hombres que en mujeres, en la población mexicana, a diferencia de la cardiopatía reumática y la cardiopatía congénita. El cuestionario investiga cómo se presenta la cardiopa-

tía isquémica de acuerdo a la edad de los pacientes. Habría que estudiar si el primer infarto del miocardio realmente ocurre entre los 50 y los 53 años de edad. Detecta si los individuos que padecen la cardiopatía isquémica son más altos y más obesos que los que padecen otras cardiopatías. La estadística mundial dicta que los individuos de talla alta son más propensos a la cardiopatía isquémica que los de talla baja. ¿Se acierta este dato en México? También, intenta proporcionar un índice de las actitudes de los sujetos integrantes de los diferentes grupos, ante los valores morales, a través de la pregunta que especifica el estado civil. Se trata de saber si las personas divorciadas se infartan con una mayor frecuencia que las que tienen otros estados civiles. Alguna vez, Friedman y Rosenman (1974) aludieron el hecho de que los individuos que se infartaron olvidaron sus valores morales. De acuerdo a ello, el estado civil de las personas con cardiopatía isquémica debe ser diferente al de los demás individuos cardiopatas, en un país donde la mayoría de las personas se mantienen casadas. La pregunta que precisa el lugar que ocupa el sujeto entre sus hermanos se refiere a la suposición de que los individuos con cardiopatía isquémica son primogénitos. Se ha encontrado un mayor índice de enfermedad coronaria entre primogénitos que gozan de una relación peculiar con la figura materna, que entre otros hermanos que ocupan el primero, segundo, tercer, etc., lugar. Una diferencia entre un hermano y otro de más de cinco años da lugar a que la madre da un trato al segundo hijo como el que se dió al primogénito. Es obvio que la pregunta tiene implicaciones en cuanto a la

relación madre - hijo y en la controversia que actualmente existe acerca de si la Personalidad Tipo A es genética o aprendida. La relación madre - hijo establece en el hijo patrones de comportamiento que son aprendidos. No habría que perder de vista que la relación madre - hijo pudiera ser la fuente del aprendizaje de la Personalidad Tipo A u otra especificada en relación a cualquiera de los grupos de cardiopatas establecidos. Si se comprueba que la cardiopatía isquémica es una enfermedad aprendida, la relación madre - hijo podría dominarse infartógena. Se investigó el efecto del estrés ocasionado por la residencia en una gran urbe mediante la especificación del lugar de nacimiento del sujeto y el tiempo que radicó en el D.F. También se utilizó una pregunta que especifica el tiempo de vivir en el D.F. para asegurar que cada participante del estudio vivió al menos seis meses en el D.F. antes de la iniciación del estudio. Se consideraron las variables de escolaridad y ocupación para asegurar que todo sujeto había terminado un mínimo de seis años escolares de la primaria y con el fin de saber si una mayor escolaridad se relaciona con actividades ocupacionales más exigentes y estresantes. Aunque a últimas fechas se ha hablado de una mayor incidencia de infarto del miocardio en taxistas y en personas de baja escolaridad, se ha dicho que los individuos con una Personalidad Tipo A son ejecutivos. De allí que tendrían una mayor escolaridad para desempeñar actividades que generan cierto tipo de estrés. Se incluye el dato de ocupación porque pudiese ser que todas las ocupaciones producen por igual el estrés. Otro

de los items del cuestionario fue diseñado para detectar si los an
tecedentes personales patológicos del sujeto están relacionados
con la cardiopatía isquémica, ya sea por su naturaleza psicosomáti
ca que hablaría acerca de la personalidad, o biológica. Así se po
drá determinar cuáles enfermedades psicosomáticas o por tradición
se asocian con la enfermedad coronaria. Los antecedentes heredofa
miliares son explorados con el fin de saber algo acerca del factor
hereditario en la cardiopatía isquémica en México. La vida o muer
te de los padres y las edades en que fallecieron si es que no vi-
ven, así como el lugar en que los padres han vivido durante la ma-
yoría de sus vidas, refleja en que grado puede suponerse la rela-
ción familiar como una fuente de estrés. Este item se relaciona
con el aprendizaje, pues, si los padres han radicado en el D.F.,
ciudad estresante, la mayor parte de sus vidas, podría pensarse
que sus hijos aprenden el estrés como reacción por haber estado ex
puestos a unos padres ya estresados. De la misma manera una perso
na con cardiopatía isquémica no puede alegar que sigue siendo estre
sado por la relación entre él y sus padres si sus padres ya falle-
cieron. Habría que especificar entonces, otra fuente probable de
estrés.

Este cuestionario nunca ha sido aplicado en un medio mexicano.

Otra de las medidas empleadas en la presente investigación
fue el de tiempo de reacción. El aparato de medición del tiempo
de reacción (ver apéndice) da un registro del tiempo en milésimas
de segundo. Fue construido exprefeso y los planos del aparato pue

den ser vistos en la tesis de Licenciatura de Elena Castañeda (1981). La adquisición de esta medida de tiempo de reacción es un procedimiento más experimental que psicométrico. Es un aparato electrónico que fue originalmente desarrollado por un estudiante de ingeniería. Se da un ensayo de práctica y después el experimentador activa la luz y registra la respuesta del sujeto en un cronómetro digital en milisegundos.

Se utilizó también en este estudio, el Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad con el fin de explorar los factores de personalidad pertinentes a los grupos de cardiópatas. Existen normas que han sido establecidas en el medio mexicano adulto, tanto para hombres como para mujeres. Estas son válidas para la Forma A del mismo Cuestionario (Cattell, Eber y Tatsuoka, 1980). Así mismo, están a nuestro alcance las puntuaciones estenes latinoamericanas para diferentes ocupaciones. Jaime Maceira Z. proporcionó los datos mexicanos para el establecimiento de estas normas (ibid). Aparecen también normas relacionadas a las diferencias significativas entre el perfil de la personalidad para hombres y para mujeres, corregidas a la edad de 35 años (ibid). Sin embargo, éstas son más generales y no se refieren ni a la población mexicana ni a la latinoamericana, en particular. Por otro lado, se han realizado estudios clínicos en diferentes poblaciones. Entre ellas está la que se representa por personas con alteraciones físicas. Se ha apuntado las normas para las personas con problemas coronarios (angina de pecho e infarto del miocardio) (ibid).

En relación a la validez y a la confiabilidad de esta prueba, se ha visto que los reactivos tienen una validez significativa, comparados con los factores. Avalan ésto diez análisis factoriales sucesivos (Cattell, 1973) en diferentes muestras de la población adulta. Además, aparece en el Manual (ibid) un cuadro (3.d) que muestra los valores del concepto de validez para las pruebas individuales y para las varias combinaciones de las formas obtenidas correlacionando la puntuación de la escala con el factor puro que debía de medir. Al igual que es el caso con la consistencia, es obvio que se incrementa la validez empleando más de una forma de la prueba. Con tal motivo, se emplearon las formas A y B en esta investigación. Estas formas han sido administradas con más frecuencia en el estudio académico de la personalidad (Goble, 1978). Si se usa solo una forma, se permite dos o cuatro minutos para medir un factor aislado, lo que no es satisfactorio ni confiable (ibid). Por otro lado, el empleo de una sola forma no ofrece precisión, pues la verdadera puntuación estén de un factor dado, se encuentra dentro de ± 0.7 estén de la cifra obtenida (ibid). Se ha demostrado que la confiabilidad y validez para la combinación de Formas, son altas (Cattell, Eber y Tatsuoka, 1980).

Aunque de modo indirecto, la validez de concepto también fue evaluado. Se investigó en que grado concordaban las correlaciones de las escalas de la prueba con las variables que deberfan de tener el criterio conceptual (factor puro), en una muestra representativa de diversas variables psicológicas. Esta valoración puede ser apre

ciada observando el cuadro 3.e del Manual (ibid). Es interesante además notar, que las estimaciones directas e indirectas de validez, concuerdan.

Además de México, se ha estandarizado el Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad en quince países distintos (ibid), pues lo estructural del factor es universal. Existen una estructura básica, semejante al rasgo original entre las culturas (ibid).

Además, se ha comprobado que los factores primarios permanecen fijos durante el desarrollo (ibid). Las diferencias importantes y sistemáticas en las puntuaciones de los factores de personalidad, se presentan simultáneamente con las diferencias en la edad (Sealy y Cattell, 1966), sexo (Cattell, 1948b), condición social (Cattell, 1957) y cultura nacional (Jalota, 1957). De modo que se puede considerar el Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad como una medida de diagnóstico diferencial en función del sexo, condición social, y cultura nacional, más que de la edad.

El Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad ha sido usado con individuos mayores de 16 años (ibid), quienes saben leer y escribir y cuyo nivel educativo mínimo iguala el de los integrantes de la escuela secundaria.

La Configuración Psicológica Individual será también empleada en esta investigación para la evaluación de la personalidad. Es interesante notar que tanto este instrumento como el Cuestionario de

16 Factores de la Personalidad han sido comparados entre sí, con el mismo fin (Gough, 1980). Se emplea la Configuración Psicológica Individual en el presente estudio como complemento del Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad, ya que pone también de manifiesto los aspectos personales y sociales de un individuo y toma en cuenta los aspectos favorables de la personalidad. Otro hecho interesante es que en cuanto la escala de Eficacia Intelectual (Ei) trata de valorar que tan adecuadamente emplea un sujeto sus recursos intelectuales, puede parecerse a una efectividad perceptual - cognoscitiva evidente en el sujeto independiente de campo, descrito por Witkin.

En el Manual, Gough (1980) afirma la confiabilidad y validez del instrumento y en el mismo manual aparecen varias citas bibliográficas sobre el tema.

El Inventario fue específicamente diseñado para uso con sujetos normales entre los 12 y los 70 años que saben leer. Gough (1980) hace de nuestro conocimiento que para sujetos con una escolaridad máxima de secundaria inferior, algunos de los reactivos son difíciles y unos cuantos carecen de aplicabilidad. Sin embargo, de acuerdo a Gough (1980) a pesar de estos problemas, los resultados son en la mayoría de los casos significativos.

Las normas para la CPI fueron desarrolladas para sujetos norteamericanos de cada sexo. Las puntuaciones estándar para los hombres se basan en más de 6,200 casos y para las mujeres, en 7,000 casos.

La Prueba de Figuras Ocultas será utilizada además de las otras pruebas ya mencionadas arriba, para la realización del presente estudio. La idea para la prueba de Figuras Ocultas se originó en base a los conceptos tomados de la psicología Gestaltista, para medir inclusividad. Gottschaldt desarrolló estos conceptos y en 1944, Thurstone inventó la prueba de Figuras Ocultas que sigue midiendo inclusividad y que es una modificación de la prueba original creado por Gottschaldt. El instrumento mide la capacidad del individuo para resistir la influencia nociva de las sugerencias contextuales en conflicto, sobre su percepción de las formas y de las relaciones visuales. El trabajo de Witkin y sus colaboradores (1954) acerca de la orientación espacial perceptiva, enfatiza esta variable perceptiva en forma ilustrativa. Mediante varias pruebas, una de las cuales consistía en una varilla y un marco que se podían mover independientemente, y otra que empleaba una silla y una habitación, ambas oscilantes, demostraron que los sujetos se distinguen sensiblemente en la dependencia de campo o en el grado en que su percepción de la vertical está influido por el campo visual circundante.

La mayoría de las intercorrelaciones entre diferentes pruebas de orientación espacial son significativas (Anastasi, 1977). Son de interés las correlaciones significativas entre las pruebas de orientación espacial y la prueba de Figuras Ocultas (Embedded Figures Test o Prueba de la Figura Encajada - análogo a la de las figuras de Gottschaldt), el cual mide la dependencia de campo en una

situación de papel y lápiz, puramente visual (ibid). La Prueba de Figuras Ocultas exige la función de actividades perceptivas de valoración.

Se trata de hallar una figura geométrica sencilla que se ve como muestra, dentro de 200 figuras complejas que la esconden (ver apéndice).

Se registra el número de figuras correctamente vistas y el tiempo en que esto ocurrió.

La Prueba de Figuras Ocultas es un instrumento no verbal que ha sido usada con sujetos deprivados de la educación, con analfabetas, con poblaciones retrasadas, así como también con individuos con una escolaridad superior (Gough y Olton, 1972). Prevalece también en investigaciones transculturales y en estudios no lingüísticos de la cognición.

No obstante, es poco conocida en México por lo que aquí se daría una explicación un poco más amplia de aquellas ofrecidas respecto a las otras pruebas hasta ahora tratadas. A comparación con otras pruebas de la personalidad, la Prueba de Figuras Ocultas es una prueba sencilla y comparativamente objetiva (Anastasi, 1977). Ana Anastasi pone de manifiesto algunas de sus características que se exponen a continuación. La prueba está relativamente estructurada, hecho que encubre su propósito. No emplea situaciones complejas semejantes a las de la vida ordinaria o realistas, sino una

tarea artificial que no tiene semejanza con el criterio que ha de predecir. Intenta identificar una conducta como pronosticadora válida de un criterio, sin que ésta tenga una semejanza obvia con la conducta criterio. De allí que la Prueba de Figuras Ocultas es indirecta, ya que el individuo presta atención a la tarea, más bien que el informe como ocurre en las pruebas de personalidad. El sujeto lleva a cabo una tarea objetiva sin poner de manifiesto su conducta habitual. El individuo no se percata de los aspectos de su comportamiento que van a ser tomados en cuenta. La prueba se presenta a guisa de medidas de aptitud que obligan al sujeto a dar respuestas correctas. Pero la prueba no es una prueba de aptitud: no se califica en base a las respuestas correctas o incorrectas.

Aquellos atributos vistos positivamente en nuestra sociedad, por ejemplo, la capacidad de reestructuración de los individuos in dependientes de campo y la capacidad afectiva de los individuos dependientes de campo, pueden tener connotaciones negativas en otras sociedades, como son la frialdad interpersonal de los sujetos in dependientes de campo y la baja capacidad de reestructuración en los sujetos dependientes de campo.

La prueba se basa en rasgos estilísticos amplios de la conducta, exhibidos en la realización de diversas actividades (Anastasi, 1977). Un amplio cuerpo de literatura experimental ha demostrado las relaciones significativas existentes entre las características de actitud, motivación y emoción de un individuo y su actuación en

las tareas cognoscitivas y perceptivas (Blake y Ramsey, 1951; Bruner y Krech, 1950; Jenkin, 1957; Witkin et al., 1954).

Un análisis factorial de la percepción ha puesto de manifiesto dos factores importantes de la personalidad: la velocidad de pregnancia y la flexibilidad de pregnancia (Pemberton, 1952; Thurstone, 1944). El primero tiene que ver con un reconocimiento rápido de una figura en un campo visual relativamente desorganizado. El segundo se asocia con la identificación de una figura en medio de detalles que inducen distracción y confusión. Algunos estudios proponen relaciones entre cada uno de estos factores y los rasgos de la personalidad. Por ejemplo, Pemberton (1952) avala que las personas con una notable velocidad de pregnancia, calificaron a sí mismos como sociables, de reacciones rápidas, artísticas, confiadas en sí mismas, sistemáticas, claras, precisas, y desinteresadas en los problemas lógicos y teóricos. En contraste, personas con una alta calificación en la flexibilidad de pregnancia reportaron rasgos como retraimiento social, independencia de la opinión ajena, analítico, interés en problemas teóricos y científicos y aversión a la sistematización rígida y a la rutina.

La Prueba de Figuras Ocultas fue empleada en el presente estudio para determinar la independencia o dependencia de campo en pacientes cardiópatas especificados para fines de comparación. Concibiendo al estilo cognoscitivo en conjunto con el concepto de locus de control, se podría determinar si los pacientes independien-

tes de campo tienen un locus de control interno. Sea lo que fuera el enfoque con que uno considera el estilo cognoscitivo, se puede apreciar en el contexto de la presente investigación, si el constructo de la dependencia - independencia de campo es meramente perceptual o si tiene repercusiones en la esfera psíquica, que se manifiestan en la población mexicana.

Se reunieron valiosos testimonios para afirmar que la dependencia - independencia de campo son características consistentes, relativamente estables y que tienen cierta generalidad (Anastasi, 1977). De allí, es comprensible que las fiabilidades de prueba - re-prueba son altas (ibid). Se ha pensado que el rasgo de dependencia - independencia de campo se establece temprano en la vida (Witkin, Goodenough y Karp, 1967). Las calificaciones de los varones que a los 10 años de edad hicieron la prueba de varilla y marco de Witkin, prueba parecida a la de Figuras Ocultas, correlacionaron positivamente con calificaciones posteriores en la misma prueba (ibid), obtenidas a los 14 años ($r = .71$), a los 17 años ($r = .72$) y a los 24 años ($r = .66$). Por otra parte, el reconocimiento de rasgos durante el período pre-pubertad, nos permite predecir un estilo cognoscitivo que se presentará en la edad adulta.

La autoconsistencia en la reestructuración cognoscitiva se evidencia a través del funcionamiento espacial y verbal (Powers y Liz, 1977). La reestructuración cognoscitiva funcional en el dominio verbal, por ejemplo, explica la transformación gramatical (Witkin y

Goodenough, 1981). La capacidad cognoscitiva de reestructuración es una competencia general, y visto desde este punto de vista, se puede suponer que un individuo actúa a un mismo nivel a través de tareas que involucran diferentes modalidades sensoriales y de otras que conciernen un material espacial y simbólico (ibid). Los individuos son consistentes en cuanto al grado de dependencia - independencia de campo que se refleja en las varias tareas que ponen de manifiesto el nivel de diferenciación (Witkin, 1977).

Cabe mencionar aquí que el constructo de la revalidación tiene mucha validez de constructo y está muy relacionado a la independencia - dependencia de campo, teórica y empíricamente (Witkin y Goodenough, 1981).

Se han realizado estudios acerca de la independencia - dependencia de campo en la población mexicana (Laosa, 1976). Se evidenció que padres mexicanos estrictos durante el proceso de socialización del hijo, fomentan la dependencia de campo (Mebane y Johnson, 1970).

Los primeros estudios que trataron las diferencias en la conformidad social entre diferentes grupos, se iniciaron en 1966 (Berry, 1966). Holtzman, Díaz-Guerrero y Swartz, (1975) y Lara Tapia, San Roman y Díaz-Guerrero (1967) compararon niños mexicanos con niños norteamericanos. Como ya se ha mencionado anteriormente en otro estudio, se compararon niños de distintos pueblos en Italia, México y en Holanda (Witkin, Price-Williams, Bertini, Christiansen,

Oltman, Ramirez y Van Meel, 1974). Así mismo, Ramirez y Price-Williams, 1974a estudiaron subgrupos dentro de Mexico. Los resultados de estos estudios fueron referidos con anterioridad.

La Prueba AB que mide el locus de control también será empleada en esta investigación. Fue desarrollada por Rotter, y sus asociados (Liverant, Rotter y Crowne, 1966) en Ohio State a consecuencia de unas demostraciones de Phares (1957), de James (1957) y de James y Rotter (1958). Estas demostraciones comprobaron que las expectativas de un individuo con respecto a las contingencias de respuesta-reforzamiento, influyen en el comportamiento en tareas típicas de aprendizaje-extinción. Los sujetos que creían que el reforzamiento era una función de sus destrezas personales manifestadas en la terminación de una tarea, ejecutaron en forma diferente que los sujetos que percibieron que el reforzamiento se determinaba por el azar. Los fundamentos de la teoría de aprendizaje social elaborada por Rotter (1954) apoyaron el desarrollo de la Prueba AB.

La Prueba AB fue empleada en el presente estudio con el fin de investigar si las personalidades correspondientes a los diferentes grupos de cardiopatas, se caracterizan por tener un control interno o externo. Por ser el locus de control un concepto relativamente nuevo en la clínica psicológica, se considera pertinente ampliar su sentido aquí. El control interno se refiere a que un individuo cree que el reforzamiento que recibe se debe a su propio comportamiento (Rotter, 1966). En cambio, el control externo tiene que ver con la creencia de que los reforzamientos personalmente re-

levantes, se derivan de fuerzas externas más allá de su control, como la suerte, el azar o la autoridad (ibid), como fue citado anteriormente.

La prueba consta de 31 reactivos, 26 de los cuales son operantes para la obtención de resultados. Los otros cinco items son neutrales. Fue traducida a la lengua española siguiendo los procedimientos de Brislin (1970). Un psicólogo bilingüe, cuya lengua materna era el inglés, tradujo la escala en español. Se le dió esta traducción a una colega bilingüe cuyo primer idioma era el español. Este tradujo la escala nuevamente al inglés sin ver la versión original de la escala. La traducción se consideró adecuada, cuando al traducir la Prueba al inglés, ésta correspondió a la versión inglesa original.

Reitz y Groff (1974); Cole (1978); Garza y Ames (1974); Cabrera (1964); Cross y Maldonado (1971); Diaz-Guerrero (1975); Heller (1966); Justin (1970); Lewis (1959) y Morales (1971) se han dedicado al estudio de locus de control en sujetos Mexicanos. Fotopolus (1970); Ray y Strupp (1971); Ray (1974) y Berggren (1971) han enfocado el estudio del locus de control en la respuesta cardíaca. La sección, Revisión de la Literatura de este trabajo versará sobre los resultados de estos estudios.

Existe una evidencia considerable acerca de la confiabilidad y validez del constructo de locus de control (Rotter, 1966). La confiabilidad de la escala de locus de control original fue calculada

lada en .93 (Berggren, 1972). Rotter (1966) avala que la Prueba AB tiene buenas consistencias internas y confiabilidades de prueba-reprueba.

La Escala de Evaluación de Reajuste Social para la Medición del Estrés Psicosocial pretende medir el estrés psicosocial que se supone coincide con las manifestaciones de la cardiopatía isquémica. Esto se basa en la premisa de que los cambios en la vida tienden a agruparse o a acontecer juntos con cambios en la salud. Esta escala registra el número de eventos de los 43 ítems, que han sido endosados por los sujetos como eventos que les ha ocurrido dentro de un período de un año antes del evento coronario que les llevó al Hospital. Estos 43 ítems serán comprendidos como eventos de la vida que implican cambio.

Se ha demostrado la validez y la confiabilidad de la Escala en los Estados Unidos (Bramwell, Masuda, Wagner, 1975; Casey, Masuda, Holmes 1967; Coddington, 1972; Dudley, Roszell, Mules, 1974; Holmes y Rahe, 1967; Pasley, sin fecha; Ruch y Holmes, 1971 y en comparaciones entre varias culturas, entre ellas, la norteamericana, la negra y la mexicana (Komaroff, Masuda y Holmes, 1968), además de otras mencionadas en la introducción de este trabajo. En este sentido, Rahe, Lundberg, Bennet y Theorell, (1971) compararon los valores obtenidos en la escala entre poblaciones americanas y suecas y hallaron un nivel sustancial de acuerdo entre ambas. Más relevante aún a la presente investigación es el hecho de que la

Escala ha sido ampliamente usada en la predicción del infarto miocárdico en distintas culturas, como se señaló en la introducción.

Existen coeficientes de confiabilidad prueba - re-prueba (Casey, Masuda, Holmes, 1967; Thurlow, 1971) así como una valoración confiable de los ítems que componen la Escala, en diferentes poblaciones de sujetos (Ruch, Holmes, 1971; Komaroff, Masuda, Holmes, 1968). Debido probablemente a estos hechos, se ha realizado pocas modificaciones de la escala (Rahe, McKean, Arthur, 1967; Masuda, Holmes, 1967).

Lei (1980) avala la confiabilidad del instrumento y aclara que en todos los casos, la confiabilidad del Schedule of Recent Events, en el cual se cuentan los eventos ocurridos, es mayor que la del Social Readjustment Rating Scale, en el cual se emplean pesos diferenciales. Además, el contar los eventos en el Schedule of Recent Events dió lugar a una consistencia interna más alta (.80) de las valoraciones de confiabilidad para los 43 ítems de la vida y también para subconjuntos de eventos más homogéneos, que el establecer los pesos diferenciales como se hace con el Social Readjustment Rating Scale que rinde una confiabilidad de .72 (ibid). Esto se pone en particular evidencia al valorar seis subescalas homogéneas de eventos de la vida, identificadas por el análisis factorial (ibid). La razón por lo que el contar los eventos del SRE relevantes genera estimaciones de confiabilidad más altas de la consistencia interna de los 43 eventos de vida total y para los

conjuntos más homogéneos de eventos, puede ser que al usar los pesos SRRS, uno da un peso más alto a ítems pobres. Los pesos grandes, por ejemplo 100 para el ítem, "muerte del cónyuge", son aplicados a ítems con correlaciones ítems - escala baja (0.02 para el ítem "muerte del cónyuge". Dado que la muerte del cónyuge ocurre infrecuentemente en un 14 de los casos en la muestra de Lei y Skinner (1980), tiene una correlación (point-biserial) baja con el método del contar empleado para el SRE. Otros eventos como "cambios en las actividades sociales" ocurren en un 37 de los casos en la muestra de Lei y Skinner (1980) y tienen pesos más bajos que los que pertenecen, aún cuando este evento tiene una correlación ítem-escala buena (0.50). Desde un punto de vista psicométrico entonces, los pesos SRRS reducen la confiabilidad de la consistencia interna de la escala total. Green (1977) y Wainer (sin fecha) cuestionan la necesidad de aplicar pesos diferenciales a los eventos de vida.

Para concluir, el contar los eventos (unidades de peso) simplemente, como se hace con el Schedule of Recent Events, genera calificaciones que se correlacionan casi perfectamente (0.97) con las calificaciones de unidades de cambio de vida, computadas usando los pesos diferenciales del Social Readjustment Rating Scale. (Lei y Skinner, 1980), Hurst, Jenkins y Rose (1978) reportaron una correlación de 0.93 entre las dos medidas, en su estudio realizado con controladores de tráfico aéreo. Grant, Sweetwood, Gerst y Yager (1978) y Hurst, Jenkins y Rose (1978) ofrecen apoyo para

el uso del conjunto computacionalmente más sencillo. Grant et al. (1978) halló que los pesos que se hacían corresponder a los ítems como símbolos de la valencia positiva o negativa de un evento (Sarason, Johnson y Siegel, 1978), no reflejaba una mejoría de método sobre el SRE. El método de contar como aquel aplicado en el SRE fue el que se empleó en el presente estudio.

Otro de los instrumentos que fueron utilizados en esta investigación es el Inventario de Rasgos Temperamentales cuya versión original en la lengua inglesa se dió a conocer por su autor Thurstone en 1949. Fue traducido y adaptado al español por Woyno y Amador (1960). Este instrumento intenta descubrir los rasgos en sus diversos grados de intensidad, que son propios a toda persona normal. Por rasgos temperamentales se puede entender tendencias estables. Thurstone se refiere a "rasgo temperamental" como "una disposición congénita para responder de manera uniforme a un determinado tipo de estímulos, o para reaccionar en forma más o menos idéntica en presencia de situaciones juzgadas por el individuo como análogas". Al entender los rasgos temperamentales de un individuo, se puede comprender su manera peculiar de actuar ante distintas circunstancias. No es una prueba de índole clínica, sino enfatiza la manera en que las personas normales se distinguen unas de otras en cuanto a sus rasgos más importantes y estables. Ignora el grado de tensión, inseguridad, conflictos internos o desadaptación al medio así como las recientes influencias de índole social, experiencias perturbadoras o las que resulten de la influencia que ejerce la

propaganda. En este sentido el Inventario se parece a la Configuración Psicológica Individual y contrasta con los propósitos de la Escala de Reajuste Social para la Medición del Estrés Psicosocial. Esta última especifica la influencia de hechos recientes de la vida en la personalidad mientras el Inventario enfatiza la congénita. En otro sentido, la CPI refleja la normalidad así como el Inventario.

El Estudio de Valores desarrollado por Allport, Vernon y Lindzey, fue utilizado en el presente estudio como medida de los valores de la población cardiopata. El instrumento fue adaptado a Iberoamérica por Diaz-Guerrero, Sandoval y Teran (1972).

ALCANCES Y LIMITACIONES

Este estudio, en su pretensión de definir la personalidad del sujeto mexicano que padece una de varias cardiopatías, tiene repercusiones en el diagnóstico de la cardiopatía, como también en el tratamiento y pronóstico del mismo. Los alcances potenciales de este estudio en cuanto a sus implicaciones diagnósticas, son elaborados a continuación. Si la conceptualización de la Personalidad Tipo A fue hecho en los Estados Unidos de Norteamérica en donde la gente se distingue desde el punto de vista sociocultural del mexicano, la personalidad del mexicano en relación a la cardiopatía isquémica debe tener otras características que se señalarán en la presente investigación. De ser diferenciados los individuos con

cardiopatía isquémica de los sujetos con cardiopatía reumática, congénita o hipertensiva, se podrá añadir los aspectos comportamentales, incluyendo substratos, a la Personalidad Tipo A, y en forma más amplia, a los factores de riesgo tradicionales para la cardiopatía isquémica. Además, estos resultados especificarán las características de los sujetos a que es común este comportamiento y precisarán los factores mediadores de la personalidad que influyen en un riesgo coronario. En forma más general, ofrecerán una base para una mayor comprensión teórica del proceso cognoscitivo y motivacional y de las expresiones patentes del Comportamiento Tipo A en el sujeto mexicano, como también ayudará a identificar subgrupos de personas con una Personalidad Tipo A u otra especificada, probablemente más reactivos desde el punto de vista fisiológico a los estímulos ambientales y en mayor riesgo a desarrollar varias manifestaciones clínicas de la enfermedad coronaria. Lo anterior compromete a la naturaleza del complejo de la personalidad, a su estructura que le predispone a determinadas características comportamentales y al estilo de vida de los individuos mexicanos del Distrito Federal. Si los rasgos psicológicos asociados a la cardiopatía isquémica son provocados por situaciones que los sujetos con una personalidad dada enfrentan en su vivir cotidiano, obligándoles a manifestar una conducta Tipo A u otra nociva para su salud, las circunstancias retan al individuo a elicitare este tipo de conducta patogénica. Este estudio implica algunas de estas condiciones de vida prevalentes en el D.F. Estas cobran importancia si consi-

deramos la conducta habitual del paciente con cardiopatía isquémica como su estilo de respuesta empleado para mantener e imponer control sobre el ambiente y el tipo de comportamiento con que responde a los conflictos, así como su estilo atencional. En breve, la presente investigación puede inferir cómo el estrés ambiental que se da en la ciudad de México es interpretado diferencialmente por personas mexicanas con cardiopatía isquémica, reumática, congénita o hipertensiva. En un sentido más amplio, los resultados de la presente investigación contribuirán a la aclaración de las relaciones específicas entre la manifestación de un patrón de comportamiento, los factores psicosociales que intervienen en ella y la enfermedad psicosomática. Ayudarán a especificar si el énfasis debe estar en el ambiente o en la personalidad en cuanto al origen de los rasgos asociados con la cardiopatía isquémica, que repercuten en el estrés fisiológico.

Los resultados del estudio en cuestión también precisarán si la conducta de los cardiopatas es multidimensional o si está relacionada únicamente a constructos individuales. Implícito en esto está a consideración la tradicionalmente concebida interacción multifactorial de las variables de la personalidad que pueden contribuir al riesgo coronario.

Al ser la investigación, potencialmente capaz de especificar el rol que juega el factor sociocultural en la diferencias entre la Personalidad Tipo A en México y en otros países, podrá explicar, al menos parcialmente, las diferencias en la incidencia de la car-

diopatía isquémica en diferentes regiones del mundo. Quizá los resultados de este estudio confirmarán que las diferencias culturales explican la controversia que en diferentes países gira alrededor de la etiología de la cardiopatía isquémica clínica, acelerando la aterosclerosis vía actos voluntarios que afectan los factores de riesgo convencionales como son el tabaquismo, la dieta y la actividad física.

En cuanto al tratamiento, los resultados del estudio podrán generar una reingeniería del estilo de vida en el D.F. a través de terapéuticas psíquicas especificadas, con el fin de la extinción virtual de los factores de riesgo psíquico para la cardiopatía isquémica. Un tratamiento psicológico determinante podría dirigirse a vencer la morbilidad psicosocial y a lo largo establecer un modo psicofisiológico del proceso adaptivo.

Los resultados de este estudio también fundamentarán una investigación prospectiva de los métodos terapéuticos funcionales para desviar los comportamientos selectivos que juegan un papel importante en la patogénesis de la cardiopatía. De este modo, el presente estudio también alcanza fines preventivos. Por ejemplo, si se encuentran sujetos con la personalidad que se espera especificar, aún no diagnosticados, sería bueno examinarlos medicamente con el fin de descartar la cardiopatía isquémica. Desde este punto de vista, el estudio abarca la predicción de la cardiopatía isquémica.

Las limitaciones y alcances del tratamiento y del pronóstico serán dictados según el antecedente de la enfermedad cardiológica, al determinar cuales variables interactúan con ella. El estudio para diferenciar el aspecto psíquico de cada grupo de cardiopatas especifica una etiología de la cardiopatía en cuestión, como genética o adquirida por medio del aprendizaje. De este modo, ofrece apoyo a las teorías de causa y de efecto de la enfermedad coronaria en especial, con información cuantitativa.

Es muy probable que los resultados de la presente investigación estimulen futuras investigaciones acerca de los factores psicosociales que pueden contribuir al desarrollo de la cardiopatía isquémica clínica por vía neurohormonal, afectando la presión sanguínea, el metabolismo de lípidos, el mecanismo de coagulación y en general, el equilibrio del sistema cardiovascular que potencialmente precipita episodios agudos de la cardiopatía isquémica.

Así mismo, se podrán combinar las variables psicosociales con las fisiológicas como el nivel de catecolaminas en reposo, para determinar su interacción y su repercusión en la cardiopatía isquémica.

Finalmente, con particular interés en el aspecto pronóstico, se podrá estudiar el efecto de los aspectos psicológicos de la cardiopatía isquémica, determinados en el presente estudio, en la morbi - mortalidad, que es lo que en última instancia interesa controlar en México y en el mundo.

Otros aspectos referentes a las limitaciones del presente estudio deben de ser considerados. Por ejemplo, no fue incluido un grupo control de sujetos sanos en este estudio que pudiera haber generado información comparativa importante. No se estudió tal grupo control por el gran número de sujetos cardiopatas experimentales con quienes el estudio fue iniciado y las posteriores complicaciones generadas por el sismo con respecto a la pérdida de sujetos y el tiempo que fue comprometido por ello.

Además, la muestra se obtuvo no de una manera rigurosamente aleatoria, sino por la disponibilidad de tiempo y economía de la psicóloga, que es la que suscribe. No era posible visitar a todo paciente que había ingresado al Hospital de Cardiología y Neumología con un diagnóstico de cardiopatía isquémica, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita o cardiopatía hipertensiva. Así mismo, era imposible que los cardiólogos tratantes de estos pacientes enviaran a todo paciente apto para el estudio, al Servicio de Psicología por las mismas limitaciones señaladas arriba, las de tiempo y economía.

Por otro lado, debido al temblor del pasado septiembre 19 de 1985, fue destruido el archivo del Hospital de Cardiología y Neumología del Centro Médico Nacional, lo que motivó la búsqueda de algunos datos pendientes como el diagnóstico, intervención quirúrgica a la cual fue sometido determinado paciente e información biográfica, telefónicamente, mediante familiares del paciente a veces en los casos de fallecimiento del paciente. Por ignorancia respecto

al padecimiento del paciente en cuestión o por incultura, estos familiares pudieron haber dado datos falsos que no corresponden a los del expediente clínico hospitalario destruido, del paciente. Esta fuente de error potencial fue imposible controlar.

Otra fuente de potencial error puede derivarse de la imposibilidad para controlar de una manera estricta, la variable socioeconómica que distingue a los pacientes, por un lado por el factor tiempo y trabajo, y por otro lado, por el desconocimiento de las normas con que esta variable es determinada por el Servicio de Trabajo Social o por el médico residente que realiza la historia clínica del paciente a su ingreso al Hospital.

Debe considerarse también que la clase social escogida, depende del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Esto implica que el estudio a su disposición no abarca a todos los mexicanos, a excepción de que la misma población, en cuanto a definición, existe en sanatorios particulares del D.F., por ejemplo, en el ISSSTE, en la SSA, etc. De ahí, los resultados solo pueden generalizarse a los derechohabientes del IMSS que asisten al Hospital de Cardiología y Neumología. Además, la población que participa en la presente investigación consiste en los derechohabientes del IMSS que tienen acceso al Hospital de Cardiología y Neumología. No todos los derechohabientes tienen acceso a este Hospital porque algunos enfermos cardíacos, al percatarse de sus síntomas, acuden a sus clínicas de medicina familiar. De ahí, serán o no, enviados a su Hospital General de Zona donde pueden ser atendidos o

enviados al Hospital de Cardiología y Neumología, que representa el tercer nivel de atención médica en la Zona Sur del D.F. Existen también un gran número de derechohabientes cardiopatas que fallecen antes de su llegada a cualquiera de estas dependencias del IMSS, debido a la naturaleza misma de la enfermedad.

Otros factores que pueden dar lugar a error en cuanto a su potencial influencia de distorsión en los resultados de los instrumentos psicométricos de ser empleados en el presente estudio, son: el tiempo de pinzamiento aortico durante la cirugía cardíaca, el tiempo de exposición del paciente a la derivación cardiopulmonar y los medicamentos empleados por médicos anestesiólogos, por sus efectos potenciales sobre el sistema nervioso.

REVISION DE LA LITERATURA

Algunos Aspectos Psicosociales de la Enfermedad Coronaria

Los intentos para relacionar los datos psicosociales a los estados que se presentan con la enfermedad son difíciles de validar porque: 1). Se basan en circunstancias que no son estrictamente replicables, 2). No existe una medida para la significación emocional de un evento y 3). Los circuitos reguladores y los mecanismos que intervienen en este proceso son aún pobremente comprendidos.

Sin embargo, muchos investigadores han examinado los roles de la insatisfacción en la vida, del estrés agudo, de la pérdida personal, de los factores sociológicos y de los rasgos de la personalidad en la enfermedad coronaria (Hackett y Rosenbaum, 1980).

La siguiente sección de este trabajo consiste en una revisión de la literatura que estipula las asociaciones e interacciones entre los factores sociopsicológicos y las manifestaciones clínicas de la enfermedad coronaria.

Se ha dirigido un interés creciente hacia la asociación entre ciertos factores sociopsicológicos relacionados a la Personalidad Tipo A y la enfermedad coronaria (Jenkins, 1971; Dimsdale, Hackett, Block y Hutter, 1978; Matthews y Saal, 1978). Los antecedentes de este hecho datan de tiempo atrás.

Desde 1910 se ha establecido que ciertas características comportamentales específicas y disposiciones premórbidas de la perso-

nalidad son determinantes de una aumentada susceptibilidad a la enfermedad coronaria (Osler, 1910; Dunbar, 1943; Arlow, 1945).

Este tren de pensamiento sigue vigente hoy en día. Dreyfuss (1972) avala que los determinantes psicológicos juegan un papel principal en la vulnerabilidad y propensidad de los individuos para contraer la Cardiopatía Isquémica, pues ciertas características o rasgos de la personalidad y ciertos patrones de comportamiento permiten que estos individuos sean víctimas de ciertos estímulos o situaciones conflictivas. Las ligas entre los factores psicosociales, el estrés emocional y el infarto del miocardio han sido fortalecidas por los estudios de Russek (1962), Jenkins (1971) y Rosenman y Friedman (1959, 1961 y 1964).

La contribución de los factores psicológicos y de los componentes comportamentales a la predisposición, a la patogénesis y al inicio del infarto miocárdico y de la cardiopatía isquémica en general, ha sido bien documentada (Friedman y Rosenman, 1959; Rosenman y Friedman, 1961; Friedman y Rosenman, 1963; Rosenman, Friedman, Strauss, Wurm, Kositchek, Hahn y Werthessen, 1964; Rosenman, 1972; Jenkins, Rosenman, 1972; Jenkins, Rosenman, Eyzanski, 1974; Rosenman y Friedman, 1974; Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Strauss, Wurm, 1975; Eyzanski et al., 1975; Eyzanski, Jenkins, Ryan, Flessars, Everest, 1976; Jenkins, 1976a,b; Blumenthal, Williams, Kong, Schanberg, Thompson, 1978; Friedman, Rosenman, Straus, Wurm, Kositchek, 1978; Nielson, 1980).

Entre los hallazgos probablemente más importantes a este respecto está el del Patron de Comportamiento Tipo A (Friedman y Rosenman, 1959; Rosenman y Friedman, 1958; Rosenman, Friedman, Strauss et al., 1964; Rosenman, Brand, Sholtz et al., 1976), mencionado anteriormente. Con fines de dirigir la discusión que girará alrededor de ella, recordaré a los lectores de su definición, precisada por Friedman y Rosenman (Friedman, 1969) que se encuentra en la página 20 de este trabajo. En términos más breves, es definida como una lucha crónica para obtener un número ilimitado de metas lo más pronto posible (Friedman y Rosenman, 1974). Partiendo de esta definición, los aspectos más críticos de la Personalidad Tipo A son: los excesos de competitividad, de la prisa en relación al tiempo y de la agresividad (Friedman, 1969).

Algunos autores en estudios epidemiológicos retro (Rosenman, Friedman, Strauss, Wurm, Kositchek, Hahn, Werthessen, 1964; Friedman y Rosenman, 1959; Rosenman y Friedman, 1961; Rosenman, Friedman, Straus, Wurm, Jenkins, Messinger, Kositchek, 1966; Caffrey, 1970; Wardwell, 1973; Kenigsberg, Lyzanski, Jenkins, Wardwell, Licciardello, 1974; Blumenthal, Williams, Kong, Thompson, Jenkins, Rosenman, 1975) y prospectivos (Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Straus, Wurm, 1975; Jenkins, Rosenman, Lyzanski, 1974; Rosenman y Friedman, 1974; Brand, Rosenman, Sholtz, Friedman, 1976; Rosenman, Brand, Sholtz, Friedman, 1976) han confirmado una propensión de los individuos que muestran el Comportamiento Tipo A, a desarrollar una enfermedad coronaria manifiesta. Los estudios pros

pectivos resuelvan el problema de la antecedencia y de la consecuencia (Kornitzer, 1981). Sin ellos, uno puede solamente especular si los sujetos con anormalidades electrocardiográficas y enfermedad coronaria, muestran un Comportamiento Tipo A mas intenso antes del desarrollo de los cambios electrocardiográficos, que los pacientes con anormalidades parecidas, pero con una historia negativa de enfermedad coronaria (Kornitzer, 1981). Rosenman, Brand y Jenkins (1975) y Shekelle, Schoenberger y Stamler (1976) afirman que el Patrón de Comportamiento Tipo A es un predictor significativo de la enfermedad coronaria. Estos autores, además de otros como Keith, Lown y Stare (1966) han mostrado que el Patrón de Comportamiento Tipo A manifiesto, se asocia con una prevalencia incrementada de la enfermedad coronaria. Hallaron que los individuos que exhiben el Patrón de Comportamiento Tipo A son dos veces más propensos a la enfermedad coronaria cuando son comparados con los individuos bajos en esta dimensión o exhibidores del Patrón de Comportamiento Tipo B. Así mismo, Friedman, Rosenman, Straus, Wurm, Kositchek (1968) hallaron que las personas con un Comportamiento Tipo A tienen un mayor grado de arteriosclerosis coronaria que los individuos con una Personalidad Tipo B.

La investigación original desarrollada sobre el tema de la Personalidad Tipo A, se inició en 1950 por Friedman y Rosenman. Estos autores (1959) asocian el Patrón de Comportamiento A con los hallazgos hematológicos y cardiovasculares como el tiempo de coagulación sanguínea, la incidencia de arcus senilis y la enfer-

medad arterial coronaria clínica. El estudio de Rosenman y Friedman fue llamado "The Western Collaborative Group Study" (WCGS) y se inició en 1960 empleando 3,524 hombres que trabajaron en secciones urbanas de California. Existen reportes de seguimiento a dos años (Rosenman, Friedman, Straus, Wurm, Jenkins, Messinger, Kositchek, Hahn, Werthessen, 1976), a cuatro años y medio (Rosenman, Friedman, Straus, Jenkins, Lyzanski, Wurm, 1970) y a ocho y medio años (Rosenman, Brand, Sholtz, Friedman, 1976). En este estudio Rosenman y Friedman confirmaron prospectivamente que el Patrón de Comportamiento Tipo A es un factor de riesgo para la enfermedad coronaria (Rosenman, Friedman, Straus, Jenkins, Lyzanski, Wurm, 1970; Rosenman, Friedman, Straus, Wurm, Jenkins, Messinger, Kositchek, Hahn, Werthessen, 1966; Brand, Rosenman, Sholtz, Friedman, 1976; Bortner, 1969; Jenkins, Rosenman, Friedman, 1967), independiente de los niveles de colesterol sérico, de la presión arterial, de tabaquismo y de la obesidad (Brand, Rosenman, Sholtz, Friedman, 1976). Así mismo, los procedimientos de regresión múltiple empleados en el estudio prospectivo de Rosenman, Friedman, Straus, Jenkins, Lyzanski, Wurm (1970) también ponen de manifiesto que el Comportamiento Tipo A es un predictor independiente de la enfermedad coronaria, al controlar estadísticamente los factores de riesgo estándar como la presión arterial y los lípidos séricos. Esto último hace posible concebir que un mecanismo fisiológico no identificado liga el Comportamiento Tipo A a la enfermedad coronaria (Scherwitz, 1978). Se ha demostrado también por los resultados del Belgian Heart Disease Prevention Project (Kornitzer, 1981) que el Comportamiento

Tipo A es un factor de riesgo independiente para la enfermedad coronaria.

Al examinar los datos del WCGS con análisis múltiple logístico, se concluyó que para hombres con una Personalidad Tipo A comparados con hombres con factores de riesgo idénticos a ellos, pero sin el Patrón de Comportamiento Tipo A, este tipo de Personalidad es un factor de riesgo para la enfermedad coronaria, que excede la influencia de los otros factores de riesgo en un 31% (Brand, Rosenman, Sholtz et al., 1976). Basta decir que Rosenman, Friedman, Straus et al. (1964) incluyeron el Comportamiento Tipo A en el perfil estándar de los factores de riesgo para la enfermedad coronaria que consta de los niveles altos de colesterol sérico, el tabaquismo, la obesidad, etc.

Otros avalan que la Personalidad Tipo A es un factor de riesgo para la enfermedad coronaria por lo menos, con un peso equivalente a un número de factores de riesgo físico y bioquímico, incluyendo la edad, el tabaquismo, la hipercolesterolemia, los altos niveles de triglicéridos, la hipertensión y el perfil de lípidos alterado (Jenkins, 1978; Shapiro, 1979).

Herman (1981) nos provee con una lista de adjetivos para la Personalidad Tipo A derivados de las autovaloraciones que los individuos con esta personalidad hacen y de las evaluaciones de los investigadores del tema, basados en una escala de adjetivos desarrollado del Gough Adjective Checklist (ACL) (Gough, Heilbrun, 1975).

llamado el ACL Type A Scale o la Escala Tipo A del ACL (Herman, 1981). Las autovaloraciones de los Comportamientos Tipo A y Tipo B, basadas en la entrevista estructurada a ser descrita más adelante, difieren a veces de un conjunto de descriptores identificado por investigadores como relevante a la distinción Tipo A/Tipo B (Herman, 1981).

De acuerdo a autoendosamientos de items en el ACL, algunos adjetivos están positivamente correlacionados con la Personalidad Tipo A. Estos son: agresivo, asertivo, franco y fuerte. Otros items no incluidos en la escala Tipo A del ACL por investigadores de la Personalidad Tipo A, no obstante, discriminaron bien entre los sujetos Tipo A y Tipo B: aventurero, exhibicionista y hablador. Al otro extremo, una de la autovaloraciones que correlacionó positivamente con la Personalidad Tipo A, pero que no discriminó los Tipos A de los Tipos B era el ser hostil.

Las personas con una Personalidad Tipo A endorsan items que connotan una forma socialmente aceptable de la asertividad y de la dominación. Los items como agresivo, asertivo, dominante, franco y fuerte, son parte prominente de la autoimagen del individuo con una Personalidad Tipo A, mientras que las connotaciones negativas de los rasgos agresivos, endorsadas por los investigadores de la Personalidad Tipo A, como hostil, irritable y mandón, no lo son.

Poniendo a lado por un momento este primer componente de la

autoimagen del individuo con una Personalidad Tipo A, que es la agresividad, un segundo componente de su autopercepción es la extroversión como se expresa por el endorsamiento de ítems tales como enérgico, aventurero, rápido, exhibicionista, hablador y alerta. Una persona con una Personalidad Tipo A es menos propensa a describirse como calmado, quieto, lento o despacio, en contraste con los individuos Tipo B. De hecho, la Personalidad Tipo A, según los autoendorsamientos de los ítems, está negativamente correlacionada con los adjetivos de femeneidad, contento, no excitable, reflexivo, calmado, quieto, cauteloso, blando y pacífico. Este último no llegó a un porcentaje suficientemente alto de endorsamiento por los investigadores de la Personalidad Tipo A como para ser incluido en la escala Tipo A del ACL.

En contraste, los ítems más expresivos de un comportamiento dictado por el tiempo, como apresurado, impulsivo e inquieto diferencian menos bien entre personas con una Personalidad Tipo A y Tipo B, que se autoevaluaron aunque habían sido anotados por los investigadores de la Personalidad Tipo A (Herman, 1981). Aquí también, la distinción crítica puede tener relación con la deseabilidad social de rasgos particulares (Herman, 1981). De acuerdo a ella, el individuo con una Personalidad Tipo A puede percibirse como dinámico y orientado hacia la acción, pero no se fija en los atributos menos deseables como el apresuramiento y la impulsividad.

Un tercer componente de la autopercepción del individuo con una Personalidad Tipo A es la autonomía sana. Los ítems, "indivi-

dualista" y "confianza en uno mismo", discriminan bien entre las personas Tipo A y Tipo B, mientras que los items relacionados, pero menos positivos, en cuanto a que enfatizan el rasgo de la inflexibilidad mediante atributos como, "egocéntrico", "necio", "terco" y "cabezudo", no discriminan bien entre estas personas; no obstante los investigadores de la Personalidad Tipo A, sí los distinguan.

Aunque la mayoría de items relacionados a la orientación hacia el logro y a la ambición ("ambicioso", "industrioso" y "persistente"), eran endorsados con frecuencia por personas con una Personalidad Tipo A, también lo eran por los individuos Tipo B. Entonces, no discriminaron bien. Los dos items de este conjunto que mejor discriminaron entre los dos tipos de personalidad, eran "empreendedor" y "determinado".

No obstante que no concuerdan algunas de las valoraciones hechas por investigadores de la Personalidad Tipo A con las autovaloraciones de los individuos Tipo A, Herman (1981) comprueba que a grandes rasgos la autopercepción del individuo Tipo A es congruente con el punto de vista aceptado de los rasgos de la Personalidad Tipo A observados por los investigadores en el campo. Los individuos identificados por la entrevista estructurada como Tipos A, tienden a verse como asertivos, exhibicionistas, enérgicos y autónomos. Las áreas de discrepancia entre los atributos autovalorados y los que son valorados por investigadores se centran en los aspectos menos deseables desde el punto de vista social, del Comportamiento Tipo A (Herman, 1981). El individuo Tipo A puede estar inconsciente de su

hostilidad, de su lucha o de su egocentrismo. La aparente tendencia de las personas Tipo A a distorsionar su autopercepción en una dirección socialmente aceptable, dicta la necesidad de ajuste de la escala de acuerdo a la descabilidad social de los items (Herman, 1981).

Considerando lo anterior, es importante tomar en cuenta lo que otros diversos autores enfatizan acerca de los rasgos del Comportamiento Tipo A o lo que pueden elaborar sobre las características ya bosquejadas.

Según Friedman y Rosenman (1959) Jenkins (1978) y Zyzanski (1978), uno de los rasgos que forman parte del Patrón de Comportamiento Tipo A es la inquietud.

Estos y otros autores enfatizan el componente del Patrón de Comportamiento Tipo A que estima el sentido crónico de impaciencia y de urgencia en relación al tiempo (Jenkins, 1978; Zyzanski, 1978; Matthews, Glass, Rosenman, Bortner, 1977; Friedman y Rosenman, 1959). A este respecto, Friedman y Rosenman (1959) y Rosenman (1958) hablan acerca de una propensión habitual a acelerar el paso en el vivir cotidiano, de los individuos Tipo A. Esto refleja una sensación de estar excesivamente presionado con respecto al tiempo (Friedman y Rosenman, 1959). En relación a lo anterior, la escala del JAS "S" denominada rapidez - impaciencia mostró correlaciones positivas con el Comportamiento Tipo A (Rahe, 1978).

El rasgo de "impulsividad" ciertamente es parte de las carac-

terísticas apenas mencionadas. La escala "impulsivo" del JAS correlacionó en forma positiva con el Comportamiento Tipo A (ibid). También, el Eysenck Personality Inventory demuestra la elevación de la escala de impulsividad cuando se aplica a sujetos con una Personalidad Tipo A (Chesney, Black, Chadwick, Rosenman, 1981). Concuerda con lo anterior el que la escala de auto-control tanto de la Configuración Psicológica Individual como la de la ACL mostró correlaciones negativas con el Comportamiento Tipo A (Rahe, 1978). Es fácil comprender la relación que tienen entre sí, la im pulsividad, un bajo auto-control y algunos de los adjetivos que señala Herman (1981) como los que son endosados por individuos Tipo A, que son: "intranquilo", "enérgico", "activo", "no despacio", "no quieto" y "no lento".

Algunos autores han sentido una necesidad de aclarar la propensión que tienen los individuos con una Personalidad Tipo A hacia la prisa, con métodos estadísticos. Gastrof (1980) reportó que los estudiantes universitarios que califican como individuos Tipo A en una medida de auto-reporte, llegaron más temprano al sitio de un experimento psicológico, que aquellos estudiantes que ca lificaron en otra dirección en esta misma medida, lo que presta apoyo al componente de urgencia en el síndrome Tipo A. Strahan (1981), habiendo evidenciado una gran diferencia en el "tiempo de llegada" promedio para personas con altas y bajas calificaciones en la medida Tipo A, enfatizó la necesidad de emplear una estadística específica llamada "fuerza de efecto" con el fin de averi-

guar si las variables "respuesta Tipo A" y "tiempo de llegada", están relacionadas y en qué grado (McNemar, 1969). Tomando en cuenta la medida del tiempo de llegada y del tamaño de la muestra, Strahan integró algunas fórmulas de McNemar (1969) y de Krantz, Glass y Snyder (1974) que culminaron en una correlación de producto - momento de .13 entre el tiempo de llegada y el rango total de la medida Tipo A. Esta cifra es más baja que la correlación .20 que Cohen (1969) sugirió como típica de un "pequeño efecto", en la investigación psicológica. El índice de "fuerza de efecto" es una estadística valiosa en la consideración de la magnitud del efecto y debe de ser tomado en cuenta en todo reanálisis de los rasgos Tipo A.

De alguna manera, el rasgo de urgencia en relación al tiempo implica el involucramiento de un individuo Tipo A, de modo persistente en funciones múltiples sujetas a fechas límites (Friedman y Rosenman, 1959; Rosenman y Friedaman, 1958). A este respecto, Sir William Osler en 1910 en la plática Lumleian comentó acerca de los médicos con angina de pecho, diciendo que el factor "preocupación" siempre existía junto con un trabajar incesante. Tres décadas después, Flanders Dunbar dió la siguiente descripción de los pacientes con enfermedad coronaria: Son compulsivos y tienen una tendencia a trabajar durante largas horas y de no disfrutar de vacaciones. Tienden a asumir roles autoritarios por un lado, mientras que por otro, les disgusta compartir la responsabilidad. Se deprimen fácilmente aunque nunca confesarán esta tendencia y mini-

mizan sus síntomas (Dunbar, 1943). Este bosquejo del paciente coronario preocupado y consumido en el trabajo ha sido retomado por muchos clínicos (Task Force on Cardiovascular Rehabilitation of the National Heart and Lung Institute).

Matthews (1978) examinó la asociación entre el involucramiento en el trabajo y el Patrón de Comportamiento Tipo A, después de que un factor de involucramiento en el trabajo emergió de análisis repetidos de las respuestas a los ítems en el JAS (Cyzanski y Jenkins, 1970). Matthews alega que los ítems que componen a este factor reflejan un trabajo demandante en vez de la importancia que tiene el trabajo en la vida de uno, o la relevancia que tiene el trabajo respecto a la autoimagen total de un individuo. En función de lo anterior, Matthews empleó un cuestionario desarrollado por Lodahl y Kejner (1965) como la medida de involucramiento en el trabajo. El grupo que calificó alto en involucramiento en el trabajo en este instrumento, emergió como significativamente alto también en tres de las calificaciones del JAS: A - B, factor S (rapidez e impaciencia) y factor H (competitividad). Además, correspondían a los individuos Tipo A más extremos. La entrevista clínica (Friedman y Rosenman, 1974) sin embargo, no distinguió entre los sujetos altos y bajos en la medida de involucramiento en el trabajo (Matthews, 1978). Aquellos sujetos que consideraron que su trabajo era importante en sus vidas y para su autoimagen, se describieron como Tipos A con más frecuencia que aquellos que consideraron que su trabajo no era importante para sus vidas o para sus

autoimágenes (ibid), empleando el instrumento ya designado en el estudio de Matthews, para tal efecto.

De acuerdo a Matthews la mayor importancia que tiene el trabajo para las personas Tipo A, se explica por el hecho de que estos individuos trabajan más que los individuos Tipo B en situaciones escolares y laborales, así acumulando los beneficios de sus esfuerzos. Glass (1977) reporta que los estudiantes universitarios Tipo A, en contraste con los Tipo B, participan más en deportes y en actividades extracurriculares. Además, reciben más altos honores académicos y planean estudiar en postgrado con más frecuencia. Los gerentes de negocios Tipo A tienen una semana laboral más larga que otras personas. Trabajan más horas y viajan fuera de la ciudad más días por año que los gerentes en un extremo Tipo B (Howard, Cunningham, Rechnitzer, 1977) y reciben un salario mayor que las personas con una Personalidad Tipo B. Reportan más responsabilidades laborales y tienen una mayor preparación y entrenamiento para sus trabajos que individuos Tipo B (ibid).

Algunos otros autores incluyen una medida de involucramiento en el trabajo en los instrumentos para la detección de la Personalidad Tipo A, porque los factores de trabajo tales como la insatisfacción laboral, la autoestima ocupacional baja, la sensación de presión debido a un exceso de trabajo y conflicto, han sido ligados a la enfermedad coronaria (Sales, 1969; House, 1975). Wolf (1969) y Liljefors y Rahe (1970) describen una asociación entre el infarto miocárdico y la insatisfacción con los trabajos que ejecu-

taron, la frustración prolongada y la inhabilidad para relajarse. Liljefors y Rahe (1970) llegaron a estas conclusiones de los resultados de su estudio acerca de los factores psicosociales que intervienen en la enfermedad coronaria. El estudio fue realizado con gemelos idénticos en Suecia.

El concepto de mayor involucramiento en el trabajo por parte de las personas con una Personalidad Tipo A, contradice otra información citada en la literatura que trata el tema. Kenigsberg (1974) halló que los sujetos con enfermedad coronaria calificaron más en una dirección "Tipo A" que los sujetos controles, en todas las escalas con la excepción de la del Involucramiento en el Trabajo. Pacientes hospitalizados en el Bridgeport Hospital en Connecticut para cirugía o para daño traumático, participaron en el estudio como grupo control, no cardiovascular. Estos pacientes fueron escogidos como integrantes del estudio porque su motivo de ingreso se parecía al del paciente coronario en seriedad. También todos los sujetos se parecían en cuanto a la ansiedad experimentada por hospitalización y en cuanto a las inseguridades que surgieron ante el propósito de asumir una vida normal a su alta. Aunque los pacientes coronarios y los sujetos controles calificaron bajo en la escala de Involucramiento en el Trabajo, los sujetos con enfermedad coronaria estaban menos involucrados en su trabajo que los sujetos controles. Esta inversión en la teoría también fue confirmada en la muestra de sujetos que corresponde al MCGS (Jenkins, Zyzanski, Rosenman, 1971). Kenigsberg (1974) explica la baja me-

dia de calificaciones en la escala de Involucramiento en el Trabajo, obtenida por pacientes con enfermedad coronaria y con otros padecimientos, por el hecho de que durante una enfermedad grave, los individuos se involucran menos en la persecución de sus metas vocacionales.

El trabajar con ahinco está muy asociado con el concepto de involucramiento en el trabajo. La asociación entre el rasgo de trabajar con ahinco, la Personalidad Tipo A y la enfermedad coronaria es apoyada por el trabajo inicial WCGS (Jenkins, Zyzanski, Rosenman, 1971). Friedman y Rosenman (1959), Jenkins (1978) y Zyzanski (1978) especifican este rasgo como característica esencial del Patrón de Comportamiento Tipo A. Kenigsberg (1974) afirma que los sujetos con enfermedad coronaria trabajan más con ahinco que un grupo empleado para comparación, de pacientes no coronarios. Además, este autor halló una correlación no significativa entre la edad, el sexo y la Personalidad Tipo A, lo cual quiere decir que la asociación entre calificaciones Tipo A, determinadas en parte por el rasgo de trabajar con ahinco, y el estatus de paciente o de sujeto control, no puede atribuirse a los efectos de la edad o del sexo. En lo que respecta a la religión, sujetos católicos en el estudio de Kenigsberg calificaron más bajo en la escala Tipo A, pero más alto en la de Trabajar con ahinco, que los sujetos con otras religiones. Sin embargo, estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas.

Otra consideración interesante es la posibilidad que los pa-

cientes con enfermedad coronaria se atribuyan más rasgos Tipo A y un rasgo sobresaliente de trabajar con ahinco, de los que realmente existieron en su comportamiento pre-enfermedad (Kenigsberg, 1974). Sin embargo, existe evidencia que liga el tipo de comportamiento propenso a la enfermedad coronaria, estipulado por la entrevista, y la incidencia de la enfermedad coronaria, en forma prospectiva (Rosenman, Friedman, Straus, et al., 1970). Como se mencionó en la introducción, por otro lado, Jenkins (1978) halló que grupos de sujetos con angina de pecho o con infarto miocárdico clínica o silencioso, según los hallazgos electrocardiográficos, tenían un patrón de respuesta distinta en su JAS inicial, previo a enfermedad que la que presentaron post-enfermedad. De todos modos Friedman y Rosenman (1959) y Osler (1910) enfatizan la dedicación intensa al trabajo de las personas con una Personalidad Tipo A que padecen la enfermedad coronaria o cualquiera de sus manifestaciones (angina de pecho, por ejemplo). Las personas con una Personalidad Tipo A experimentan la responsabilidad como un reto (Friedman y Rosenman, 1959), lo que probablemente determina en parte los rasgos de involucramiento en el trabajo y trabajar con ahinco.

La tendencia que tienen los individuos con una Personalidad Tipo A, a ser competitivos, ha sido bien documentada (Friedman y Rosenman, 1959; Jenkins, 1978; Lyzanski, 1978). Matthews et al. (1977) reanalizaron las entrevistas del WCGS realizadas con hombres sanos quienes se diagnosticaron subsecuentemente como enfer-

mos o controles sanos. Hallaron que de las cinco dimensiones patentes para el Patrón A que emergieron de estas entrevistas, solamente dos estaban relacionadas con y predecían la enfermedad coronaria: la competitividad y la impaciencia. Un dato interesante a este respecto es que individuos con una personalidad Tipo A, altamente competitivos pero no impacientes, pueden reaccionar enérgicamente en términos fisiológicos ante los juegos de azar (Jennings, 1981). Se menciona lo anterior a la luz de que tareas diferentes empleadas en distintos estudios, incitan competentes diferentes del Patrón de Comportamiento Tipo A (ibid), además de patrones distintos de respuesta fisiológica (Andreassi, 1981). Friedman y Rosenman (1959) hablan acerca del deseo persistente de los individuos con una Personalidad Tipo A, de reconocimiento y de avance. Indudablemente, ésto contribuye a las características de competitividad.

Otro conjunto de descriptores tomado de las evaluaciones hechas por investigadores de la Personalidad Tipo A del ACL, refleja la orientación hacia el logro, e incluye: ambicioso, determinado, persistente, industrioso y no flojo (Herman, 1981). Rahe (1978) afirma una correlación positiva entre la escala de logro del ACL y la Personalidad Tipo A. Sales (1969) empleó la motivación hacia el logro como una medida proyectiva del Comportamiento Tipo A. Se ha relacionado la motivación hacia el logro con la enfermedad coronaria en varios estudios incluyendo uno prospectivo (Bonami y Rimé, 1972; Appels, 1976). Así mismo, Matthews (1978)

y Friedman y Rosenman (1959) afirman la intensidad de la lucha y la competitividad involucradas en los intentos de logro. Dunbar (1943) llama la atención al aspecto perfeccionista de la lucha engendrada por los Tipo A.

Matthews et al. (1978) intentaron aislar las relaciones entre el Comportamiento Tipo A y una serie de constructos motivacionales, que asemejan en lo descriptivo, al Patrón de Comportamiento Tipo A. Incluyeron una medida de necesidad de logro o del esfuerzo para incrementar o mantener las propias capacidades al nivel más alto posible, en todas las actividades en las que un estándar de excelencia es pertinente (Heckenhausen, 1967). Se derivó un índice de inclinación hacia el logro de las respuestas que componían un protocolo del Test de Apercepción Temática (Murray, 1943), después de que sujetos vieron cuatro fotos que sirvieron de estímulos. La definición de la motivación hacia el logro que resultó de este estudio comprendió la necesidad de logro en combinación con la necesidad de evitar el fracaso (Atkinson, 1958; Atkinson, Feather, 1966). Dada la naturaleza de esta definición, Matthews incluyó el Mandler Test Anxiety Questionnaire (Mandler, Cowen, 1958), un cuestionario que mide el temor al fracaso, en su estudio. Matthews et al. también incluyeron calificaciones en la motivación hacia la afiliación (Atkinson, 1958) y la motivación hacia el poder (Winter, 1973) en su estudio, ya que éstas están comunmente asociadas con la motivación hacia el logro. Se aplicaron a los sujetos también la entrevista estándar desarrollada por Friedman y Rosenman

(1974) para la asesoría de la Personalidad Tipo A, que contiene una serie de preguntas respecto a la percepción del sujeto de su agresión, impaciencia y competitividad, y el JAS Forma T (Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1971) un cuestionario que consta de 54 ítems, desarrollado originalmente para predecir los resultados de la entrevista. Además, de ser una medida general del Patrón A, el JAS provee índices del Factor H, competitividad y del Factor S, rapidez e impaciencia. Las calificaciones de la entrevista y del JAS están relacionadas prospectivamente a la enfermedad coronaria (Friedman y Rosenman, 1974; Jenkins, Rosenman y Zyzanski, 1974). Los autores hallaron que el Patrón Tipo A medido por la entrevista o por el JAS, no está relacionado con los motivos para el logro, para el poder o para la afiliación, a despecho de su semejanza descriptiva. De manera similar, las diferencias entre las medias de las calificaciones Tipo A entre grupos altos y bajos en sus calificaciones de esperanza para el poder o de temor al poder (detectadas por una calificación Winter), no fueron significativas. Sin embargo, cuando la necesidad de logro y de evitar el fracaso son consideradas simultáneamente, como deben de ser según la teoría de motivación hacia el logro (Atkinson, 1958; Atkinson y Feather, 1966), los autores hallaron que aquellos individuos que calificaron alto en las medidas de Personalidad Tipo A, también calificaron alto en la necesidad de logro, pero bajo en la necesidad para evitar el fracaso. Los hombres con esta combinación particular de disposiciones escogen tareas moderadamente retadoras. Persisten durante largo tiempo en ellas y ascienden un puesto si su

padre tuvo una ocupación de bajo prestigio (Atkinson y Feather, 1966). Estos comportamientos son consistentes con la característica de lucha crónica hacia el logro, propia de los individuos A.

Friedman y Rosenman (1959) incluyeron el síndrome de agresividad excesiva en su descripción del Comportamiento Tipo A. La escala de agresión del ACL correlaciona positivamente con el comportamiento Tipo A (Rahe, 1978). Pueden agruparse ciertos adjetivos del ACL, valorados por investigadores de la Personalidad Tipo A, según su contenido agresivo. Estos son: hostil, agresivo, irritable, siempre involucrado en discusiones desagradables y no tierno (Herman, 1981). A este respecto, Friedman y Rosenman (1959); Matthews (1978); Jenkins (1978); Lyzanski (1978) y Williams, Haney y Gentry (1978) enfatizan que la hostilidad característica de la persona Tipo A es fácilmente provocada. Además, es flotante.

Otro conjunto de adjetivos relacionados a la agresividad, se refiere a la tendencia a dominar. Herman (1981) elabora estos adjetivos que se basan en el ACL: dominante, asertivo, enérgico y fuerte. Las escalas "dominante" tanto del Thurstone Temperament Scale (Thurstone, 1940) como del California Psychological Inventory (Gough, 1957), correlacionan positivamente con el Comportamiento Tipo A (Rahe, 1978). Winters (1973) enfatizó la necesidad de poder que tiene el individuo con características Tipo A. Esta necesidad, como la de dominar, se cristalizan en una lucha para producir efectos intencionados en los demás. Lo anterior es similar a la conceptualización de Glass del Patrón A como un estilo de "hacer freno

te a", dirigido hacia el mantenimiento de control sobre el ambiente (Glass, 1977).

Se ha encontrado también que la escala de autoaceptación del CPI se correlaciona positivamente con la Personalidad Tipo A (Rahe, 1978). Quizá este rasgo justifica el rasgo de extroversión social del individuo Tipo A. Ambos rasgos probablemente están asociados a una tendencia a la autoreferencia, ya que las personas que autoreferencian con más frecuencia, son más egocéntricas que las personas que no autoreferencian. Los resultados de un análisis del Eysenck Personality Inventory sugieren que los sujetos que autoreferencian con mucha frecuencia son más extrovertidos que aquellos que autoreferencian con poca frecuencia (Lovallo, 1980). Lovallo (1980) demostró que las personas con una Personalidad Tipo A autoreferencian con más frecuencia y ofrecían respuestas más largas ante las preguntas que se les postulaban mediante la entrevista estándar, que los sujetos Tipo B. Estos resultados aluden también a la extroversión social y al egocentrismo, referidos. Además, Lovallo (1980) confirmó que las personas muy autoinvolucradas son más extrovertidas que las personas menos autoinvolucradas.

El hecho de que un grupo alto en la tendencia a autoreferenciar, muestra calificaciones más altas de la extroversión, alude a una mayor excitación del sistema nervioso central. Esto y el Patrón de Comportamiento Tipo A, crean una combinación especialmente predisponente al riesgo coronario (ibid). De hecho, en el estudio a consideración, las personas con una alta frecuencia de autorefe-

rencia eran sujetos Tipo A que mostraron niveles elevados de la presión arterial sistólica y un grado mayor de vasoconstricción cutánea, que otros sujetos. Los resultados del estudio de Scherwitz, Berton y Leventhal (1978) apoyan lo anterior y añaden algunos datos pertinentes al tema.

Como quizá se había ya supuesto, las medidas de autoreferencia y de autoinvolucramiento están altamente asociadas entre sí (Scherwitz, Berton y Leventhal, 1977; Scherwitz, Berton y Leventhal, 1978). Scherwitz, Berton y Leventhal (1978) interpretan la medida de autoreferencia alta, característica del individuo Tipo A, como un índice de mayor involucramiento en la entrevista y en las tareas asociadas a la emoción. El que autoreferencia frecuentemente se identifica con sus actividades, acciones, sentimientos y fantasía. Esto determina el contenido de sus respuestas. Es o el sujeto o el objeto de la acción. No lleva a cabo una tarea como tarea, sencillamente (Scherwitz, Berton, Leventhal, 1978).

Con el fin de desarrollar una medida superior de involucramiento para examinar el grado en que el involucramiento interviene en la relación entre el Compartimiento Tipo A y las reacciones autónomas bajo estrés, Scherwitz, Berton y Leventhal (1978) estimaron el involucramiento durante la entrevista clásica y en la expresión de emociones. Revisaron y calificaron las verbalizaciones grabadas del sujeto según la frecuencia con que el sujeto empleaba los pronombres, "yo", "me" y "mío". Fundamentaron estos procedimientos en el hecho de que las autoreferencias de este tipo son indicadores

de que el individuo está personalmente involucrado en responder a los temas de la entrevista y a los sentimientos intensos. Los autores pensaron que los sujetos Tipo A autoinvolucrados en temas de la entrevista y en la expresión de emociones, manifiestan cambios cardiovasculares que inducen riesgo, fácilmente. Puesto que el estudio a consideración es importante como antecedente del tema que se trata en la presente investigación, lo describiré con más detalle, a continuación. Los autores administraron a estudiantes varones en la Universidad de Wisconsin, una adaptación del Activity Survey para estudiantes (Krantz, Glass, Snyder, 1974), para detectar sujetos Tipo A. Además, sometieron a 200 sujetos a una serie de pruebas que se enumeran a continuación: 1. la prueba "cold pressor", 2. una tarea de aritmética mental, 3. la entrevista estándar del Patrón de Comportamiento, 4 una tarea que requería la generación y expresión de emociones y 5. una tarea de aprendizaje de laberinto. Se diseñaron estas tareas para detectar las respuestas a estímulos físicos, mentales y emocionales. Integran los retos de tolerancia al dolor y la ejecución cognoscitiva y quinestésica. En la presente discusión haré referencia únicamente a la entrevista y a la tarea que estimula la generación y la expresión de las emociones, ya que estos aspectos son los que se relacionan en forma más directa con nuestra área de interés. Tratando ahora la tarea de responder a las preguntas de la entrevista, un entrevistador hacía las preguntas de modo brusco y con énfasis en palabras claves, para provocar un Comportamiento Tipo A en el sujeto que contestaba. Las preguntas detectan el grado en que un individuo posee las caracte-

rísticas de trabajar con ahinco, ambición, competencia, impaciencia y urgencia con respecto al tiempo. Los pacientes fueron tipificados (A_1 , A_2 , X, B_3 y B_4). Posteriormente, se les aplicó un cuestionario autoadministrable que trata sus reacciones ante la entrevista. Este último consistió en tres preguntas acerca de los sentimientos evocados en el sujeto durante la entrevista: 1. ¿Se involucró al responder al contenido de las preguntas? 2. ¿Se sintió apresurado por el entrevistador por su manera de cuestionarle? 3. ¿Le molestó el énfasis, el tono y la velocidad con que el entrevistador le hacía las preguntas? Los autores hallaron que los reportes de los sujetos acerca del autoinvolucramiento mencionado, tomados después de que se terminó la entrevista, se relacionaron con el énfasis en el habla (del entrevistador y del sujeto), con el contenido de la respuesta Tipo A, con la presión arterial, con la frecuencia cardíaca y con la amplitud del pulso del dedo. Estos resultados los llevaron a concluir que el factor involucramiento puede ser la variable crítica que liga los estilos expresivos y el énfasis en y la rapidez del habla, y que los autoreportes de involucramiento están asociados a características del habla, a autoreportes de emociones y a reacciones autónomas, para los sujetos Tipo A, pero no para los sujetos Tipo B.

El propósito de otra de las tareas relevantes a la generación y expresión de emociones era ver si los dos tipos de comportamiento (A y B), diferían en su habilidad para generar, sostener y expresar las emociones. Un extracto de las instrucciones para la realización

de esta tarea fue: "Piensa en una situación pasada que le provocó ira o escoja una situación imaginaria que le provocaba ira. Escoja una situación que le puede provocar ira ahora, pensando en ella. Imagine a los eventos que contribuyen a un aumento de su ira. Puede incluso pensar en una serie de situaciones si ésto es necesario. Lo que importa es el sentir tanta ira como sea posible". Se le pidió al sujeto que describiera la situación que le provocó ira y cómo reaccionó ante ella, como si lo estuviera relatando a un amigo compasivo que también empieza a sentir la ira. Se empleó el mismo procedimiento para generar la expresión de sentimientos de aflicción y de paz. Los auditores contaron el número de veces que el sujeto empleó los pronombres personales, "yo", "me" y "mío", no sólo en la entrevista, sino en la expresión de ira, aflicción y paz. Para la entrevista, los auditores calificaron las autoreferencias que se hacían ante las mismas nueve preguntas que se presentaron para la calificación de las otras características del habla.

Las respuestas autónomas se diferencian sustancialmente, a niveles de tarea y de reposo. Hubo incrementos significativos en la presión arterial sistólica y diastólica para todos los sujetos, cuando se compararon las medidas tomadas, durante las tareas y en reposo. Esto no ocurrió durante la generación de los sentimientos de tranquilidad. Así mismo, todos los sujetos presentaron incrementos en la frecuencia cardíaca, de acuerdo a la realización de tareas después de haber estado en reposo. Esto era el caso para cada una de las tareas con la excepción de la que está destinada a indu

cir los sentimientos de paz. En cuanto a la amplitud del pulso del dedo, hubo decrementos significativos, conforme un sujeto llegaba de un estado de reposo a realizar una tarea. Esto es cierto para todas las tareas con la excepción de las que generaron ira, aflicción y paz. Las personas Tipo A, detectadas por la entrevista, tenían una mayor amplitud del pulso en el dedo (sugiriendo vasodilatación) durante los períodos de tarea y de reposo que las personas Tipo B. Sin embargo, las diferencias entre las personalidades Tipo A y B, en cuanto a la amplitud del pulso del dedo, eran significativas durante la generación de los sentimientos de ira, aflicción y paz y durante las verbalizaciones que tratan la aflicción y la paz.

En general, los resultados del estudio de Scherwitz, Berton y Leventhal estipularon que las diferencias entre los sujetos Tipo A y B en su nivel de respuesta autónoma son relativamente pequeñas e inconsistentes. Tomados como grupo, había pocas diferencias en la intensidad de la respuesta cardiovascular, entre sujetos Tipo A y B, clasificados por la entrevista o por el Activity Survey. Está claro que ni la entrevista ni el Cuestionario proveen una vista lo suficientemente diferenciada de las características individuales o de la interacción de las características individuales y situacionales como para explicar una porción sustancial de las reacciones psicofisiológicas que se presentan como respuesta a tareas estresantes.

El próximo paso en la búsqueda de correlatos cardiovasculares del Comportamiento Tipo A, era examinar los efectos que tiene la subdivisión de sujetos A y B, según el grado de autoinvolucramiento que presentaban ante la entrevista y en la expresión de sus emociones. Mediante la entrevista, se dividieron los sujetos Tipo A y B en altos y bajos autoreferenciadores. Los resultados indicaron que los sujetos Tipo A que eran también altos autoreferenciadores, se referían a sí mismos dos veces más que los sujetos A que eran bajas autoreferenciadores y que los sujetos Tipo B, durante la entrevista y en su comunicación de ira. El nivel de autoreferencia era más bajo para las tareas que consistían en relatar episodios que inducen aflicción y paz. Además, las diferencias entre los sujetos Tipo A y B eran mucho menos pronunciadas que en el caso citado justamente arriba.

Los análisis muestran que en comparación con los individuos Tipo B, los individuos Tipo A autoreferencian más frecuentemente; son más consistentes en su uso de autoreferencias y tienen correlaciones más altas entre el autoinvolucramiento y la autoreferencia.

Usando la entrevista como criterio, se computaron las correlaciones entre la frecuencia de autoreferencia, la expresión de emociones y las medias correspondientes a las respuestas autónomas. Para las personas Tipo A, habían correlaciones positivas entre la presión arterial y autoreferencia durante la entrevista y el relato de ira. Para estos mismo sujetos, existían correlaciones negativas entre la frecuencia cardíaca y autoreferencia durante la en-

entrevista y durante el relato de ira. La correlación era también negativa entre autoreferencia y la amplitud del pulso del dedo durante la entrevista y durante el relato de los episodios de ira. La similitud de las correlaciones entre la respuesta autónoma y frecuencia de autoreferencia, obtenidas durante la entrevista y durante la expresión de ira, sugiere que los sujetos Tipo A altamente autoinvolucrados, responden a los temas Tipo A y a la provocación de ira con una presión arterial sistólica marcadamente incrementada, con una presión arterial diastólica moderadamente incrementada y con una frecuencia cardíaca moderadamente disminuida. En contraste, los individuos Tipo B no presentaron un patrón consistente de correlaciones entre su respuesta autónoma y frecuencia de autoreferencia. Las correlaciones entre la frecuencia de autoreferencia y las respuestas autónomas, obtenidas durante la expresión de aflicción, siguen el mismo patrón que las que se citaron arriba en relación a la entrevista y al relato de episodios de ira, pero son pequeñas y no corresponden a las respuestas autónomas tan de cerca como es el caso de los temas Tipo A o el relato de ira. Nuevamente, las correlaciones entre frecuencia de autoreferencia y respuestas autónomas durante la expresión de experiencias que ocasionaron paz, son todas de un muy bajo orden de magnitud en lo que respecta a ambos tipos de comportamiento (A y B). Esto sugiere que no existe correlación alguna entre el autoinvolucramiento en las escenas que evocan paz y las respuestas autónomas.

Se empleó la condición del relato de episodios que ocasionan

ira para determinar si las diferencias en el nivel de la respuesta autónoma entre sujetos A que autoreferencian con frecuencia y que no autoreferencian con frecuencia, son los suficientemente grandes para ser significativas clínicamente. Este paso fue tomado en base al hecho de que la hipertensión está frecuentemente asociada con la ira reprimida (Alexander, 1950; Wolf, Cardon, Shepard, Wolf, 1955). Se llevó a cabo también un análisis comparable, para la frecuencia de autoreferencia durante la entrevista.

Los sujetos Tipo A que autoreferencian frecuentemente tuvieron la presión arterial sistólica y diastólica más alta. Los sujetos Tipo A que autoreferencian con poca frecuencia tuvieron la presión arterial sistólica y diastólica más bajas. El grupo de individuos Tipo B tenían niveles intermedios de presión arterial. El tipo de comportamiento determinado por la frecuencia de autoreferencia durante la entrevista es determinante para los niveles de la presión arterial sistólica y diastólica. Durante la tarea de la evocación de la ira, es determinante para el nivel de la presión arterial sistólica.

En comparación al grupo de sujetos Tipo A, bajos en la frecuencia de autoreferencia, el grupo de sujetos Tipo A alto en la frecuencia de autoreferencia, tenían un promedio de 15 mm Hg con respecto a la presión arterial sistólica, más alta para los períodos de tarea y 12 mm Hg más alta para los períodos de reposo. La misma comparación entre sujetos Tipo A, bajos y altos en la frecuencia de autoreferencia, muestra menos diferencia en los niveles

de la presión arterial diastólica.

Los sujetos Tipo A con una alta frecuencia de autoreferencia tienen una presión arterial diastólica 6 mm Hg más alta para los periodos de tarea y 3 mm Hg más alta para periodos de reposo.

Los niveles de la presión arterial sistólica en relación a la frecuencia de autoreferencia para sujetos Tipo B difieren menos que para los Tipo A. Los registros para ambos grupos de sujetos Tipo B, (altos y bajos en autoreferencia), se ubican entre los de los sujetos Tipo A.

En lo que respecta a la frecuencia cardíaca y a la amplitud del pulso del dedo, los sujetos Tipo A, bajos en su frecuencia de autoreferencia, son diferentes a los sujetos Tipo A, altos en la frecuencia de autoreferencia y de los grupos de bajos y altos autoreferenciadores compuestos por sujetos Tipo B. Los sujetos Tipo A con una baja frecuencia de autoreferencia, tienen una frecuencia cardíaca más alta durante periodos de realización de tarea y de reposo. La interacción entre el tipo de comportamiento y la frecuencia de autoreferencia llega a un nivel significativo cuando se establece el promedio de la frecuencia cardíaca a través de tareas y durante periodos de reposo. Existe una asociación negativa entre la frecuencia de autoreferencia y la frecuencia cardíaca, para sujetos Tipo A, mientras que hay poca correlación entre las dos medidas al tratarse de sujetos Tipo B. Por otro lado, los sujetos Tipo A bajos en la frecuencia de autoreferencia tienen una amplitud

del pulso del dedo más alta durante períodos de tarea y de reposo, sugestivo de una mayor vasodilatación periférica. Sin embargo, debido a la gran varianza en la amplitud del pulso del dedo, la interacción entre el tipo de comportamiento y la frecuencia de autoreferencia no llegó a niveles significativos para períodos de tarea o de reposo.

Se llevaron a cabo análisis similares a los mencionados, para sujetos Tipo A y B, usando el Activity Survey como el criterio de tipo de comportamiento. El grupo de sujetos denominado Tipo A por el Activity Survey presentó una correlación positiva entre la frecuencia de autoreferencia y el nivel de la presión arterial, durante el relato de episodios que inducían ira. Estas correlaciones resultaron ser significativas para la presión arterial sistólica y diastólica. Las correlaciones entre la frecuencia cardíaca, la amplitud del pulso del dedo y la frecuencia de autoreferencia, son muy bajas. Los resultados correspondientes para el grupo de sujetos Tipo B se asemejan a los que fueron obtenidos cuando fue empleada la entrevista. Entonces, en lo que se refiere a los individuos Tipo A, los resultados relacionados a la interacción entre la frecuencia de autoreferencia y el nivel de la presión arterial, son semejantes a los obtenidos con el empleo de la entrevista. Por otro lado, los resultados relacionados a la interacción entre la frecuencia de autoreferencia y las medidas de frecuencia cardíaca y la amplitud del pulso del dedo, reflejan una baja correlación.

En resumen, los resultados indican que los sujetos Tipo A que autoreferencian frecuentemente, tienen una presión arterial sistólica marcadamente más alta que los demás sujetos. Esta diferencia entre los grupos persiste a través de los períodos de tarea y de reposo y cuando son detectadas por la entrevista y por el Activity Survey. Además, tienen una presión arterial diastólica más alta a través de todas las condiciones citadas arriba. Además, estos mismos sujetos Tipo A con un alto índice de autoreferencia, tienen una frecuencia cardíaca moderada y una mayor vasoconstricción digital que los sujetos Tipo A que autoreferencian con menos frecuencia. Esto fue el caso cuando se empleó la entrevista para la detección de tipo de comportamiento, pero no cuando se empleó el Activity Survey.

Los hallazgos centrales del estudio de Scherwitz, Berton y Leventhal (1978) conciernen los efectos combinados de tipo de comportamiento y frecuencia de autoreferencia, la medida clave de autoinvolucramiento. El hecho de que los sujetos Tipo A se referían a sí mismos dos veces más que los sujetos Tipo B a través de las condiciones de entrevista y de la tarea de expresar ira, sugiere que el involucramiento puede ser un fenómeno más fuerte, más consistente y más general para los individuos Tipo A que para los individuos Tipo B.

Por otro lado hay dos subgrupos, uno que consiste en sujetos Tipo A con una alta frecuencia de autoreferencia y otro que consiste en individuos Tipo A con una baja frecuencia de autoreferencia,

que difieren en cuanto a su reactividad cardiovascular. Como se ha mencionado, los individuos Tipo A que autoreferencian con mucha frecuencia tenían una presión arterial sistólica más alta, una presión arterial diastólica moderadamente más alta, una frecuencia cardíaca más baja y una mayor vasoconstricción periférica que los individuos Tipo A que autoreferencian con menos frecuencia. Las diferencias de los grupos entre la interacción de la frecuencia de autoreferencia y la presión arterial, eran más pronunciadas durante la entrevista y durante el relato de experiencias que ocasionan ira y aflicción. En contraste, los individuos que autoreferencian con menos frecuencia parecen ser supranormales en su respuesta ante los retos. Tienen una amplitud del pulso del dedo más alta que todos los demás sujetos, lo que sugiere vasodilatación periférica, y una más baja presión arterial sistólica que los sujetos Tipo B. Las diferencias referidas son mantenidas a través de los retos de tolerancia al dolor, y de la ejecución cognoscitiva y quinestésica. Son además discernibles durante los momentos de reposo.

Se piensa que los sujetos Tipo A altamente autoinvolucrados pueden estar respondiendo en forma estereotipada, a los retos que perciben en su ambiente, particularmente al reto interpersonal, con un patrón que incluye aumentos en la presión arterial y en la vasoconstricción y decrementos en la frecuencia cardíaca. Está claro que estas respuestas autónomas pueden también ser acompañadas por cambios en otras respuestas: la excreción de catecolaminas y el metabolismo de lípidos, por ejemplo, si este patrón fi-

siológico induce la movilización para la acción. Los sujetos Tipo A no autoinvolucrados muestran un patrón de respuesta más claramente adaptivo a las demandas específicas de la tarea en cuestión.

Los resultados sugieren que los individuos autoinvolucrados experimentan las situaciones pasadas de reto y las que les inducen ira, más vívidamente y que las traen a las situaciones actuales en que están siendo atacados, mediante su memoria. De este modo, pueden estimular la respuesta cardiovascular si los recuerdos contienen implicaciones de una acción intensa. Existe evidencia que demuestra que el "yo" es un punto de referencia importante para la organización de la memoria de estas experiencias vitales (Markus, 1977; Rogers, Kuiper y Kuker, 1977).

Los niveles de autoinvolucramiento correlacionan mejor con otros comportamientos y con la reactividad cardiovascular, que las características del habla. Como consecuencia los sujetos Tipo A altos y bajos en autoinvolucramiento difieren más entre sí que los sujetos distinguidos por ser del tipo A_1 o A_2 . Había diferencias muy marcadas y consistentes entre los sujetos Tipo A con bajo y alto autoinvolucramiento, situación que contrasta con las modestas diferencias existentes para los sujetos Tipo A_1 y A_2 , en las características del habla y en la presión arterial sistólica. Las diferencias entre sujetos Tipo A altos y bajos en la tendencia a auto-referenciar, conciernen la rapidez de respuesta, la expresión de las emociones y la reactividad cardiovascular. Los sujetos altamente autoinvolucrados eran más enfáticos en su respuesta, pero

más lentos en contestar que todos los demás sujetos, sugiriendo que podrían ser clasificados como Tipos A₂ o B, dependiendo del peso que da el entrevistador a esta señal y de la intensidad de otras señales.

Los hallazgos sugieren que la frecuencia de autoreferencia puede ser el discriminador de los individuos Tipo A más emocionales y fisiológicamente responsivos. Los sujetos Tipo A altamente involucrados reportaron más aflicción al meter la mano en agua ca si congelada, que las personas B. Esta aflicción decreció más rápidamente en sujetos Tipo A bajos en autoinvolucramiento.

Por todo lo anterior, la frecuencia de autoreferencia es el mecanismo psicológico que involucra el individuo con su ambiente. El involucrar un individuo, actúa movilizándolo e integrando los sis temas que determinan las respuestas comportamentales, emocionales y fisiológicas. Podría ser éste el hecho que explica porqué para los sujetos Tipo A, había correlaciones tres veces más significativas que para los sujetos Tipo B, entre las características del habla del entrevistador y las suyas propias y para la intensidad de la expresión emocional, así como para la reactividad cardiovascular.

Quizá el autoinvolucramiento estimula el Comportamiento Tipo A porque los individuos autoinvolucrados son también más autoconcientes. La investigación de Duval y Wicklund (1972) indica que cuando se estimula la autoconciencia en los individuos por medio

de espejos o cámaras de televisión, su comportamiento sobresale y sus estándares incrementan.

Si los individuos autoinvolucrados son también más autoconcientes, el Comportamiento Tipo A puede ser generado comparando sus comportamientos con altos estándares. Discrepancias continuas entre estos dos factores, pueden dar lugar a la lucha, a la frustración y a la impotencia. La autoconciencia también estimula la agresión. En este sentido, Scheier (1976) indica que los individuos más autoconcientes, dan más choques eléctricos a un cómplice experimental que les provoca. La autoconciencia incrementada, inherente a la condición de un involucramiento con el yo, repercute incrementando la responsividad ante el reto, lo que se define como la característica principal del Comportamiento Tipo A.

Los resultados de otros estudios describen el autoinvolucramiento como el mediador central de la reactividad comportamental y fisiológica. Burnsten y Russ (1965) y Price et al. (1957) relacionan el involucramiento con el discomfort, detectado de las respuestas de pacientes preoperatorios ante entrevistas cuyos fines eran predecir las reacciones adrenocorticoides. Hardyck et al. (1962) halló que se pudo predecir el nivel de la presión arterial de los pacientes hipertensivos, en base a su involucramiento en una comunicación de información, que fue detectado por un entrevistador. Singer (1974) habla acerca del involucramiento en relación a una transacción en sus aspectos internos y externos. Este mismo autor, en 1976 identificó dos estilos de respuesta entre pacientes

hipertensos. Uno de ellos es un estilo defensivo y el otro es un estilo más involucrado que implica una sensación de estar presionado. Pacientes más involucrados que experimentaron también esta sensación de presión, presentaron una presión arterial más alta durante una entrevista y una más alta mortalidad a cinco años, que los pacientes que se defendían.

Podemos entender estos hallazgos aún más, a la luz de otras características de la Personalidad Tipo A. Por ejemplo, Lovaglio (1980) aclaró que individuos con una Personalidad Tipo A califican más alto en la escala de Neuroticismo del Eysenck Personality Inventory, que las personas Tipo B.

Los autores de algunos estudios han intentado correlacionar la ansiedad y el neuroticismo con la enfermedad coronaria (Jenkins, 1976).

Se ha aludido al rol de la ansiedad y del estrés en la introducción y aquí se retoma el tema. En términos generales, el componente psicológico de la experiencia de ansiedad incluye la tensión, el terror, la irritabilidad, el nerviosismo y/o la preocupación (Hackett y Rosenbaum, 1980). La ansiedad es definida como una respuesta psíquica y fisiológica, parecida al temor (Schneider, 1979). A diferencia del temor, responde a estímulos internos o inapropiados a la realidad de los estímulos externos. Los signos y síntomas físicos que resultan de una excitación simpática bajo tales condiciones, son: dolor torácico o una sensación de "apretamiento

precordial", diaforesis, disnea, el sentirse desfallecido, fatiga, sonrojo, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, taquipnea y el estar "tembloroso" (Hackett y Rosenbaum, 1980).

Para pacientes individuales, el foco particular somático de la ansiedad puede variar. Algunos son afligidos por los trastornos del hambre o por dificultades respiratorias, mientras que otros tienen una aumentada conciencia del corazón. Manifiestan taquicardia, palpitaciones o dolor (ibid). En los pacientes crónicamente ansiosos, los signos y síntomas tienden a agruparse alrededor del corazón, lo que explica la variedad de términos traídos a la actualidad, del siglo XIX. Todos implican un desorden cardíaco como fuente de un problema. Algunos de los términos son: "corazón irritable", "corazón de soldado", "corazón del viejo sargento", "síndrome de esfuerzo" y "astenia neurocirculatoria" (ibid).

Puesto que, al contrario a como se da el caso para pacientes con fobias, no existe un estímulo externo evidente, el paciente con ansiedad crónica o flotante demuestra una inquietud omnipresente. Las palmas de sus manos siempre están húmedas. Presenta insomnio. Además, su mirada refleja preocupación (ibid). Algunos pacientes presentan ataques de pánico, lo que refleja una forma aguda de la ansiedad. Se caracteriza por una descarga súbita y masiva del sistema nervioso simpático que producen sentimientos de terror, además de un temor a la muerte inminente (ibid). Los pacientes que experimentan ataques de pánico tienen poco o ningún control sobre la experiencia. Algunos, no familiarizados con el síndrome

de pánico, creen que han sufrido un infarto del miocardio u otra condición amenazadora para la vida. El temor concomitante genera un ciclo de retroalimentación viciosa de más terror y una mayor descarga de catecolaminas. Para los pacientes con cardiopatía isquémica, un ataque de pánico es amenazador para la vida. Puede provocar agorafobia por el temor que experimenta el paciente de sufrir otro ataque semejante (Marks, 1970). El mismo temor hace que el paciente se sienta imposibilitado para salir de su casa (Hackett y Rosenbaum, 1980). Los pacientes con ansiedad crónica tienen más riesgo de desarrollar estados de pánico. Sin embargo, no es raro que este síndrome surja espontáneamente, produciendo como manifestación secundaria, la ansiedad flotante en individuos que previamente estuvieron bien (ibid). Incluso pueden presentarse los signos vegetativos de la depresión, sugestivos de un desorden depresivo (ibid).

El diagnóstico de neurosis de ansiedad se refiere a un síndrome de ansiedad flotante crónico y a ataques recurrentes de pánico. Es 1.5 a 2.0 veces más común en mujeres y en un estudio se verificó en cinco por ciento de la población adulta (Wheeler, White, Reed y Cohen, 1950). Aunque la edad en que inicia esta condición crónica, generalmente es entre los 17 y los 19 años, o en los años 20, puede iniciar un síndrome de ataques de pánico más tarde en la vida (Marks y Lader, 1973). El desorden también tiene una alta incidencia familiar. Un 15% de los parientes de primer orden sufren de ello y se presenta con una frecuencia del 50% entre gemelos mo-

nozigticos (Slater y Shields, 1969).

Las observaciones relacionadas a la intolerancia al ejercicio y al lactato sérico elevado en pacientes con una neurosis de ansiedad han estimulado la hipótesis que el ejercicio o bien, la liberación de catecolaminas centralmente mediado resultan en incrementos de los iones de lactato sérico que da lugar a un proceso complejo de la ionización de calcio, lo que decrementa la liga del calcio a las membranas del nervio, produciéndose así la ansiedad (Cohen, Consolzaio, Johnson, 1947; Pitts y McClure, 1967). En un estudio controlado que realizaron Pitts y McClure, los autores reproducían síntomas de pánico en individuos con neurosis de ansiedad, in fundiendo lactato sódico, pero el trabajo subsecuente sobre el tema ha generado dudas acerca de la probabilidad de que el lactato sea la causa única del desorden (Ackerman y Sachar, 1974). Probablemente existan explicaciones alternativas que explican el trastorno, pues hay otros agentes que causan la alkalosis, reproduciendo los síntomas de lactato sódico. Además, cabe la posibilidad de que la respuesta al lactato podría ser extinguida con la repetición (Gross y Farmer, 1972; Bonn, Harrison y Rees, 1971).

Debido a la prominencia de los signos y síntomas autónomos, la neurosis de ansiedad ha sido propuesta como un síndrome de reactividad en el que existen mayores receptores adrenérgicos (Pitts, 1971). Esta hipótesis sugiere que las personas con una neurosis de ansiedad y con un estado beta adrenérgico hiperdinámico sobresaliente (Frolich, Tarazi y Dustan, 1969), sobreresponden a la esti

mulación beta adrenérgica endógena o exógena. Aunque la respuesta autónoma exagerada puede ser un componente del desorden de ansiedad crónica, parece ser que los factores cognoscitivos son primarios (Ackerman y Sachar, 1974), no sólo en lo que toca al disparo de la descarga adrenérgica, sino también en su respuesta ante los cambios autónomos periféricos.

La lista de síntomas orgánicos que ocasionan síntomas parecidos a la ansiedad o al pánico, es extensa. Cualquier condición que da lugar a una descarga simpática, a la taquicardia o a la perturbación respiratoria, puede asemejarse a un estado de ansiedad (Hackett y Rosenbaum, 1980). De particular relevancia al sistema cardiovascular son las arritmias, la falla cardíaca congestiva, el colapso vascular, el infarto miocárdico y la embolia pulmonar (ibid). Otra consideración pertinente a la hipertensión es la que concierne uno de los tumores que secreta catecolaminas, llamado feocromocitoma (ibid). Así mismo, el prolapso valvular mitral, una entidad responsable de una variedad de síntomas cardíacos no específicos (Popp y Winkle, 1976) y la taquicardia paroxística supraventricular con un inicio súbito de la taquicardia que induce una respuesta subjetiva de temor, pueden ser confundidos con un ataque de pánico (ibid). Un paciente con una sintomatología reciente de esta naturaleza, quien además presenta ataques de ansiedad, reporta estresores o pérdidas recientes de su vida, lo que añade peso al rol de ansiedad en otros trastornos.

La ansiedad puede también ser secundaria a otros desórdenes como la psicosis, la depresión, las fobias y el delirium (ibid).

Puede durar toda la vida como rasgo o ser un estado transitorio relevante a eventos específicos de la vida (ibid).

Arlow (1945) enfatiza que la tensión prolongada continua es asociada con la ansiedad y con el Patrón de Comportamiento Tipo A. Las observaciones clínicas en general, sugieren que los pacientes coronarios son excesivamente ansiosos y temerosos (Dunbar, 1943; Arlow, 1952). Además, la postura mencionada en la introducción de que la Personalidad Tipo A es una adaptación al estrés incontrolable, tiene bastante apoyo (Glass, 1977).

Sin embargo, existen estudios como el que cita el hallazgo inicial de Glass y los de Caffrey (1968) y Friedman (1969) que sugieren que el comportamiento propenso a la enfermedad coronaria, no está relacionado con la ansiedad como rasgo. Basándose en estos estudios, Nielson et al. (1980) predijeron correlaciones cercanas a cero en magnitud entre cada una de una serie de medidas de ansiedad como rasgo y el JAS que detecta la Personalidad Tipo A. Empleó la Forma T del JAS, forma que es usada especialmente con sujetos estudiantes. Los sujetos que empleó en el estudio eran varones, estudiantes que formaban parte de una clase de introducción a la psicología. Tenían entre 17 y 26 años de edad. Cada sujeto llenó cuatro escalas de evaluación: 1. JAS, 2. el State-Trait Anxiety Inventory (STAI, Trait version: Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), 3. el Multiple Affect Adjective Checklist (MAACL; Zuckerman y Lubin, 1965 y 4. el S - R Inventory of General Trait Anxiousness (S - R GTA; Endler y Okada, 1975). Las escalas

STAI y MAACL representan medidas ómnibus de la ansiedad como rasgo. La escala S - R GTA examina cuatro dimensiones de la ansiedad como rasgo: 1. la amenaza interpersonal, 2. el ego, el peligro físico, la novedad, 3. la ambigüedad y 4. la ansiedad que se relaciona con las rutinas cotidianas. Las correlaciones entre todas estas pruebas entre sí son convergentes y positivas mientras que las correlaciones entre todas estas medidas de ansiedad como rasgo y el JAS son bajas. En este sentido el impacto del Comportamiento Tipo A es independiente de la ansiedad como rasgo. Esto quiere decir que los estudios experimentales similares a los de Manuck, Craft y Gold (1978) y a los de Manuck y Garland (1979) que inducen respuestas comportamentales y fisiológicas, no están afectados por una confusión potencial entre la ansiedad como rasgo y el Comportamiento Tipo A. Lo anterior apoya la hipótesis que el Comportamiento Tipo A medido por el JAS es un constructo ortogonal a la ansiedad como rasgo (Nielson, 1980). También apoya la validez discriminante del constructo de la Personalidad Tipo A, originalmente planteada por Glass (1977). El reportó una covariación mínima ($r=.07$) entre una sola medida de la ansiedad como rasgo (Manifest Anxiety Scale, 1953) y el JAS.

Aunque, como se ha mencionado en la introducción de este trabajo, se ha sugerido el rasgo de ansiedad como precursor de la enfermedad coronaria (Bruhn, Chandler y Wolf, 1969; Rimé y Bonami, 1973; Zyzanski, Jenkins, Ryan, Flessas y Everist, 1976), otros autores han negado esta posibilidad (Blumenthal, Thompson, Williams

y Kong, 1979; Wardwell y Bahnson, 1973).

En un estudio realizado con pacientes expuestos a la angiografía coronaria (Zyzanski et al., 1976), se halló que los pacientes con una enfermedad arterial severa eran más ansiosos que los pacientes con una enfermedad arterial menos severa. La forma corta del Bendig Taylor Manifest Anxiety Scale fue empleada en este estudio como medida de ansiedad.

Otros estudios realizados por Bakker (1952), Ostfeld et al. (1964) y Bruhn, Chandler y Wolf (1969) ya referidos en la introducción, afirman que los pacientes con enfermedad coronaria con manifestaciones de angina de pecho, son particularmente ansiosos y aprehensivos. Por otro lado, Bruhn et al. (1969) reportaron una correlación negativa entre la ansiedad y el fibrógeno, protefna responsable de la coagulación.

La relación entre la ansiedad y la angina de pecho, reportada arriba, no fue apoyada por Wardwell y Bahnson (1973). Ellos utilizaron cuatro escalas, autoreportes medidas de la actividad autónoma y cuestionarios que detectan temores y preocupaciones para medir la ansiedad. Las diferencias entre los pacientes con una enfermedad coronaria y sujetos controles, no alcanzaron una significancia estadística.

Blumenthal, Thompson, Williams y Kong (1979) hallaron que la ansiedad no estaba estadísticamente asociada a la aterosclerosis coronaria en 142 pacientes referidos para diagnóstico angiográfico

en el Duke University Medical Center. Además los pacientes con una historia de infarto miocárdico eran significativamente menos ansiosos que los pacientes sin esta historia. Los autores sugirieron que los niveles altos de ansiedad pueden servir una función protectora en lo que respecta a la salud. Los sujetos altamente ansiosos quizá toman pocos riesgos físicos, fuman poco y no hacen un exceso de ejercicio cuando están fatigados, reduciendo así el riesgo a un evento coronario clínico. A este respecto, White, Bland y Miskall (1943) apuntan que los pacientes altamente ansiosos se comportan en modos que reducen el riesgo de la enfermedad coronaria.

Vale la pena describir más a fondo el estudio de Blumenthal et al. (1979) ya que sus resultados van en contra de lo esperado. Blumenthal et al. emplearon el Lykken Activity Preference Questionnaire (APQ) como medida de la ansiedad como rasgo (Lykken y Katzenmeyer, 1967). Ante este cuestionario, el sujeto debe escoger cual de los experiencias sería la menos placentera. Dos ejemplos de estos items son: 1. a) hallar una gran cucaracha debajo de su almohada b) hallarse atascado en tráfico cuando tiene mucha prisa, 2. a) Reir de algo que no es chistoso b) limpiar las envolturas de los dulces y de las palomitas en un cinema de su vecindad. La selección de la alternativa a y b de los items arriba, sería calificada como ansiedad física y social, respectivamente. Puesto que el APQ es una medida de la "propensidad a la ansiedad" o de la ansiedad "como rasgo", se supone que no está contaminado por las in-

fluencias potenciales de la discapacidad social, como pueden ser los efectos situacionales de ser hospitalizado, por ejemplo. Además, esta medida no se correlaciona con "neuroticismo" medido por el MMPI. La calificación total de la reactividad ansiosa consiste en la suma de tres subescalas: la de la ansiedad social, la que representa la ansiedad física y la que representa la amenaza al ego. Para cuantificar el grado de aterosclerosis, se dividió el sistema arterial coronario en cuatro vasos principales: la arteria coronaria izquierda, la arteria coronaria izquierda descendente anterior, la arteria izquierda circunfleja y la arteria coronaria derecha. Se calificó cada vaso principal según una escala de cuatro puntos: 0 puntos para una arteria normal, 1 punto para un decremento menos del 75% en el diámetro luminal del vaso, 2 puntos para estenosis del 75 al 99% del vaso y tres puntos para la oclusión coronaria total del vaso. Se consideró que un paciente tenía una enfermedad significativa si tenía una oclusión mayor que 75% en por lo menos un vaso. Los pacientes que tenían menos de un 75% de estenosis tenían una enfermedad moderada e insignificante. Los autores llevaron a cabo análisis estadísticos de los datos para comparar las calificaciones en el APQ entre grupos de pacientes con y sin una enfermedad arterial significativa y entre los pacientes con y sin una historia positiva de infarto miocárdico. Los pacientes con una enfermedad arterial coronaria significativa tenían una calificación promedio significativamente más baja en el APQ que los pacientes con una enfermedad arterial coronaria insignificativa. Esta diferencia llegó a ser insignificativa especialmente cuan

do se tomó en cuenta el sexo en el análisis estadístico. Las mujeres calificaron significativamente más alto en el APQ aunque los varones tenían una enfermedad arterial coronaria más significativa. Entonces, el más alto nivel de ansiedad entre los pacientes sin una enfermedad significativa era una función de una mayor proporción de mujeres en este grupo. En lo que respecta al hallazgo de que los pacientes con una historia de infarto miocárdico eran significativamente menos ansiosos que los pacientes sin este tipo de historia, persistió esta relación aún cuando los autores mantenían constantes las variables de edad y sexo. La propensión a la ansiedad física era distinguida entre los pacientes con una historia de infarto miocárdico y sin tales antecedentes, del mismo modo al que se anotó arriba. Los pacientes sin una historia de infarto miocárdico tenían una calificación promedio más alta en esta subescala que los pacientes con una historia previa de infarto miocárdico. Así mismo, los pacientes con una historia de infarto miocárdico, también calificaron más bajo en la subescala de ansiedad social que los pacientes sin una historia de infarto miocárdico. No obstante, esta diferencia llegó a ser insignificante cuando se tomaron en cuenta la edad y el sexo. No hubo diferencias significativas entre los dos tipos de pacientes en lo que respecta a la subescala de amenaza al ego.

Los resultados, como se anotó arriba, indican que la ansiedad medida por el APQ estaba significativamente relacionada con una historia de eventos coronarios clínicos, pero no con la presencia de

la aterosclerosis coronaria. Además, Blumenthal et al. al reconocer los signos y síntomas de angina de pecho en muchos de los pacientes que participaron en su estudio, compararon sus resultados con los de otros autores como Ostfeld et al. (1964) ya citados en este trabajo. Hallaron que los pacientes que presentan angina de pecho pero que nunca han sufrido un infarto miocárdico, están más concientes de y más propensos a admitir sus síntomas corporales. Además, son más ansiosos que los pacientes que desarrollan un infarto miocárdico. De igual manera que los estudios anteriores, hallaron que estos pacientes anginosos eran más ansiosos que los que desarrollan un infarto miocárdico.

Blumenthal et al. presentan varias explicaciones para la relación negativa entre la ansiedad y la enfermedad coronaria clínicamente manifiesta. Primero, sugieren que quizá los pacientes llegan a ser menos ansiosos después de que han tenido un infarto miocárdico. Sin embargo, los reportes previos no apoyan este argumento. Los autores (Lebovits, Shekelle, Ostfeld, 1967; Bruhn, Chandler, Wolf, 1969; Miles, Waldfogel, Barrabee, Cobb, 1954) alegan que los pacientes responden a la sintomatología de la enfermedad coronaria clínicamente manifiesta, con una intensificación de la ansiedad. A este respecto, existe la ansiedad que acompaña al paciente en la transición de la Unidad Coronaria al piso de convalecencia. Este paso debe ser visto como un ejercicio de graduación, pero el paciente al dejar el cuidado intensivo, se siente vulnerable y aprehensivo. Los niveles elevados de catecolaminas urinarias en esta etapa

de transición, reflejan un incremento en la ansiedad (Klein, Kliner, Zipes, Troyer, Wallace, 1968). Otra interpretación de los resultados citados sería que al estar ya concientes de un diagnóstico de enfermedad coronaria, y al estar más seguros de la naturaleza de los resultados que van a presentarse en las pruebas, los pacientes con una historia de infarto miocárdico califican más bajo en el APQ porque son menos ansiosos. La realidad es que los resultados de una angiografía coronaria son tan importantes para los pacientes con un infarto miocárdico como para los pacientes que aún no han presentado un infarto miocárdico, pues los hallazgos angiográficos tienen implicaciones para su tratamiento subsecuente que puede ser precisado, como la cirugía cardíaca, por ejemplo. Otra explicación para la discrepancia de los resultados hasta ahora mencionados tiene que ver con una confusión conceptual entre la ansiedad y el neuroticismo. Varias medidas de la ansiedad como el Taylor Manifest Anxiety Scale y el Spielberger State - Trait Anxiety Inventory, obligan al sujeto que contesta a admitir o a evadir la debilidad, sus temores y sus preocupaciones. De allí que miden algún grado de neuroticismo. Sin embargo, la ansiedad puede existir independientemente de la neurosis. La depresión, la somatización y otras características relacionadas, no son equivalentes conceptuales de la ansiedad.

Tanto Blumenthal et al. como otros autores mencionados, al no confirmar una relación o al hallar una relación inversa entre la ansiedad y los eventos clínicos de la enfermedad coronaria, subra-

yan la importancia que tiene el distinguir entre los aspectos latentes y manifiestos de la personalidad. Lyzanski et al. (1976) quienes confirmaron una correlación positiva entre la ansiedad y la aterosclerosis coronaria, como se mencionó anteriormente, emplearon una medida de la ansiedad manifiesta, la forma corta de Bendig, el Taylor Manifest Anxiety Scale. Lo administraron antes de que se realizara el cateterismo cardíaco porque como ésta es una experiencia estresante, es posible que los pacientes con una enfermedad coronaria más grave eran los más temerosos del procedimiento. Por otro lado, Blumenthal et al. (1979) emplearon una medida de ansiedad como rasgo que supuestamente es menos influenciado por factores situacionales o temporales. Además, en un esfuerzo para minimizar los efectos contaminantes de la ansiedad situacional, Blumenthal et al. administraron el cuestionario después del cateterismo, pero antes de que los resultados de éste fueron accesibles. Esto sirvió para reducir los efectos que la ansiedad como "estado", asociados con la anticipación de un procedimiento médico estresante, pudieran tener en el índice de la ansiedad como "rasgo".

Los psicólogos han enfatizado la utilidad de una medida de ansiedad para predecir el resultado del tratamiento (Spielberger, 1966). Concluyen que aunque muchos de los factores que influyen en la respuesta son aún desconocidos, la ansiedad manifiesta flo-tante es un indicador pronóstico importante (Lader y Marks, 1971). El curar a un paciente los ataques de síncope Stokes-Adams (blo-

queo cardíaco/bradicardia) mediante la implantación de un marcapaso cardíaco artificial (Sowton, 1976; Siddons y Sowton, 1974) no asegura un funcionamiento post operatorio exitoso. Hesse (1975) ha indicado que un número sustancial de pacientes experimentan dificultad en el ajuste a sus marcapasos cardíacos. Lazarini et al. (1975) sugieren que los problemas psicológicos son importantes en términos del regreso a una vida laboral normal. Después de la implantación de un marcapaso, muchos pacientes regresarán a un patrón normal de actividad, pero otros estarían limitados en este sentido por complicaciones persistentes (Shaw, 1970; Zion, Marchand, Obel, 1973; Spielberger, 1966). Quizá no se han adaptado a sus marcapasos y han sufrido un fracaso en el logro de su funcionamiento integral (Chardack, 1967). Encuentran que la calidad de su vida es más pobre después de la implantación del marcapaso que antes. Se ha reconocido la importancia de una perturbación psicológica asociada a una experiencia quirúrgica, la más común siendo la ansiedad. Existe una amplia evidencia de que la ansiedad puede afectar la recuperación postquirúrgica y la aceptación del mismo procedimiento (Chapman y Cod, 1977). Así mismo, Cosby y Bilitch (1972) han comunicado la importancia que tienen los factores psicológicos en los pacientes portadores de marcapasos que se están reincorporando en los patrones normales de vida. La ansiedad en lo que respecta al pronóstico del paciente portador de un marcapasos cardíaco y al paciente cardíaco en general, es importante a tratar, pues durante 1975 se implantaron marcapasos cardíacos nuevos con una frecuencia de 56 por millón, lo que re-

presenta un incremento del 150% desde 1972 (Sowton, 1976). Shaw valora, en vista de los hallazgos de bloqueo cardíaco/bradicardia en los pacientes en Devon, Inglaterra (Shaw, 1970) que la frecuencia de la implantación de marcapasos es de 84 por millón en la población (Shaw, 1977).

Goble (1978) en un intento por explorar los factores psicosociales que pudieron afectar la reincorporación del paciente en un patrón normal de vida después de la inserción de un marcapaso cardíaco, estudió diferentes áreas psicológicas de la personalidad que incluyen la perturbación personal (Goble, Gowers, Morgan, Kline, 1978; Foulds y Caine, 1965), la ansiedad (Cattell y Scheier, 1963) y la personalidad en general (Cattell, Eber, Tatsuoka, 1970; Cattell, 1973). Aquí haré énfasis en los hallazgos obtenidos usando el Institute of Personality and Ability Testing Anxiety Scale (I.P.A.T.) (Goble, 1978). El cuestionario I.P.A.T. Anxiety Scale consiste en 40 ítems que miden los cinco factores primarios que son componentes de la ansiedad, según Cattell (1973). Se puede obtener una clasificación total de la ansiedad o se pueden extraer las cinco dimensiones, factores componentes de la ansiedad, calificadas (Cattell, Eber, Tatsuoka, 1970). Estos últimos son Q_3 (-), una integración defectuosa y una carencia de autosenntimientos; C (-), debilidad del ego; L, suspicacia, inseguridad tipo paranoide y O, propensión a la culpa y Q_4 , tensión frustrante. Los estudios de análisis factorial documentados por Cattell confirman que los ítems del I.P.A.T. Anxiety Scale se cargan en factores relacionados a la an-

siedad. La escala está diseñada para medir los niveles de ansiedad manifiesta flotante (Cattell y Scheier, 1963). Los items de la escala indican sentimientos de culpa y de minusvalía, carencia de autoestima, falta de voluntad para arriesgar, sentimientos de dependencia, una tendencia de llegar a la fatiga, irritabilidad y desánimo, incertidumbre con respecto a uno mismo, suspicacia y un estado general de tensión (Cattell y Kline, 1977). Goble et al. (1978a) examinaron a 61 pacientes ingresados en el Royal Devon o en el Exeter Hospital en Inglaterra para la inserción de un marcapaso cardíaco. Se les entrevistó tres veces. Se realizó la primera poco después de su ingreso hospitalario y antes de la inserción del marcapaso cardíaco. Se llevaron a cabo la segunda y la tercera entrevista en la casa del paciente tres y siete meses después de la inserción del marcapaso cardíaco, respectivamente. La I.P.A.T. Anxiety Scale fue administrada al paciente durante cada encuentro. Se creó una escala de tres puntos: "decepcionante", "éxito calificable" y "éxito sobresaliente". La categoría "decepcionante" describió un deterioro en la "calidad de vida" del paciente. Goble et al. (1978a) ofrecen un ejemplo de cuándo sería aplicable esta categoría. Un hombre de 60 años de edad no resumió su modo anterior de vida. Temía a su marcapaso cardíaco y temblaba durante cada entrevista. Exigía reingresos frecuentes al hospital quejándose de dolor torácico, palpitaciones, pérdida de la sensación y digestión. No había fallas detectables en el marcapaso. Desde un punto de vista médico, estaba bien. Sin embargo, no salía de su casa y sufría ataques de pánico cada vez que su esposa iba de compras.

Eventualmente, la esposa se vió obligada a dejar su trabajo para cuidarlo. Goble et al. describen la categoría de "éxito confiable" como una mejoría parcial en la calidad de vida del paciente, que comprende un éxito social o psicológico. Por ejemplo, había un maestro de 66 años de edad quien antes de la inserción de su marcapaso, no quería salir de su casa, aunque anteriormente había sido una persona muy activa. Después de que fue implantado su marcapaso se sintió contento de que la disnea había desaparecido. Además, ya no sufre de "apagamientos". No obstante, no quiere caminar lejos de su casa. Participa un poco en la jardinería de su casa, pero se limita a realizar más actividad que eso por miedo a las consecuencias de un exceso de actividad. Frecuentemente discute con su esposa reclamando que necesita más reposo. Le expresa su preocupación acerca del poco ejercicio que había realizado y acerca de una posible falla del marcapaso. Con respecto al "éxito sobresaliente", suele presentarse un éxito social y psicológico. Hay una mejoría integral que resulta en una mejor calidad de vida. En esta categoría el ejemplo típico sería el de un granjero de 78 años de edad. Estaba muy deprimido antes de la inserción del marcapaso. Frecuentemente, dejaba las actividades que estaba realizando y sufría de apagamientos. Después de la inserción del marcapaso, resumió todas sus actividades anteriores.

Las comparaciones entre la primera y la tercera entrevista fueron insignificantes para los tres grupos. El hecho de que las calificaciones de la escala de ansiedad total permanecían constan

tes durante el período de recuperación y durante el período de convalecencia, confirma las sugerencias de que el I.P.A.T. Anxiety Scale identifica factores de "rasgo" y no de "estado" (Lader y Markes, 1971; Cattell y Kline, 1977; Bruegel, 1971). Es te aspecto de los resultados contrasta con la ejecución de los mismos pacientes en Fould's Personal Disturbance Scale. (Goble et al. 1978b). Las calificaciones durante un período de seis me ses reflejaron una mejoría, hecho que es consistente con el enfo que de Fould. El identifica signos y síntomas fluctuantes (ibid). En relación a los demás resultados de Goble et al. (1978b) las medidas de la ansiedad de los pacientes controles correspondientes a cada grupo de pacientes experimentales categorizado, muestran una tendencia hacia el incremento conforme el resultado de la inserción del marcapaso empeora. Sin embargo, las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control correspondiente en cuanto a las calificaciones en ansiedad, no eran significativas. Además, el apareamiento de factores como la edad, el sexo y la clase social, no tuvo una influencia apreciable en las calificaciones de los pacientes. El análisis de varianza entre los grupos en lo que respecta a las calificaciones de los pacientes en la primera entrevista fue altamente significativa (Goble et al. 1978b). La diferencia entre el grupo caracterizado por su éxito sobresaliente y los demás grupos explica la mayoría de la varian za entre grupos. También al analizar la calificación total inicial de la ansiedad, considerando la edad, el sexo y la clase so cial de los grupos, la ansiedad total emergió como la variable

singular más significativa, aunque la separación del grupo "decepcionante" en términos de éxito, del grupo caracterizado por un "éxito calificable", no fue significativa (Goble et al., 1978b). La variable clase social estaba en segundo lugar en cuanto a significancia. En esta etapa, la discriminación entre los grupos caracterizados por un éxito "decepcionante" y por un "éxito calificable" mejoró a expensas de la distinción entre los grupos caracterizados por un "éxito calificable" y por un "éxito sobresaliente". Este hecho era esperado dado que la variable clase social separa el grupo caracterizado por un "éxito decepcionante" de los otros dos (ibid).

Las diferencias en las calificaciones promedio de la ansiedad entre los grupos indican que la ansiedad como rasgo de la personalidad, corresponde a un resultado pobre en términos del éxito, a despecho de los hallazgos médicos (ibid). Las calificaciones iniciales estables de los sujetos que pertenecen al grupo caracterizado por "éxito sobresaliente" contrastan fuertemente con las de los sujetos que pertenecen al grupo caracterizado por "éxito decepcionante". En este último grupo el 50% de los pacientes muestran signos de una ansiedad patológica (ibid). El que los sujetos pertenecientes al grupo caracterizado por "éxito sobresaliente" fueron tan estables refleja que un resultado exitoso es una función de la estabilidad (ibid).

En relación a los cinco componentes de la ansiedad incluidos en la calificación de la ansiedad total, el factor O, propensión a la culpa, emerge diferenciando los grupos en forma significativa.

C(-), debilidad del ego, y Q_4 , tensión frustrante están claramente correlacionados con el resultado. Estos tres factores son los componentes predominantes asociados con un resultado pobre. Es interesante que estos tres factores están relacionados a las tres estructuras freudianas: el super ego, el ego y el ello (Fenichel, 1945). La importancia de altas calificaciones O ha sido demostrado en una variedad de grupos clínicos. Este factor incrementa con la edad (Cattell, 1973). La debilidad y la dependencia generadas por la enfermedad crónica en la edad avanzada explican, en parte un factor O fuerte. Especialmente en el grupo de pacientes caracterizado por "éxito decepcionante", este conjunto de descriptores incrementan los sentimientos de minusvalía y genera el aislamiento (Goble et al., 1978). El factor C(-) ha sido denominado por Eysenck como "neuroticismo general" (Eysenck, 1969). Se ha dicho que este factor está asociado con la enfermedad prolongada (Cattell, 1973). Está relacionado con un comportamiento agorafóbico en los pacientes que componen el grupo caracterizado por un "éxito decepcionante". Estos pacientes tenían sus marcapasos y no salían de sus casas. Esto refleja un intento desadaptado para enfrentar su ansiedad. El factor Q_4 incrementa con la privación de todo tipo. La ansiedad y la frustración experimentadas por los pacientes pertenecientes al grupo caracterizado por el "éxito decepcionante", quizá son expresadas vía síntomas somáticos. De hecho, Cattell (1973) ha descrito a este factor como una medida de la ansiedad psicossomática.

La presencia de los factores O_2 C(-) y Q_4 es importante en lo que respecta a la artritis reumatoide, en el asma y en la hipertensión (Robinson, Kirk, Frye, Robertson, 1972; Rosenthal, Aitken, Zealley, 1973; Segers, Mertens, Vastesaeger, 1973; Kidson, 1973). Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que tales dimensiones de la personalidad están asociadas a la enfermedad crónica y que no son predisponentes al desarrollo de cualquier desorden en particular, aunque sí juegan un papel en la determinación de los resultados durante la convalecencia.

Fielding (1980) investigó los efectos de la intervención psicológica del tipo de la relajación y de la psicoterapia en la tensión muscular, en la ansiedad, en la recuperación y en el regreso al trabajo, empleando un grupo de pacientes que habían sufrido un infarto miocárdico. Seleccionó sujetos varones menores de 60 años de edad, sin una historia previa de enfermedad coronaria. A su alta de la Unidad Coronaria, el experimentador informó a los pacientes coronarios de la existencia de un "Heart Club". Se les dió a diez pacientes un lugar en el club (grupo experimental) o se colocaba a los demás en una lista de espera (grupo control). Los sujetos experimentales asistieron a diez juntas del Heart Club a la semana en un período de diez semanas. Se revaloraron a todos los sujetos diez semanas después de que se había realizado la primera valoración. Los sujetos experimentales pasaron la primer hora de la junta hablando acerca de sus ansiedades o problemas relacionados con su enfermedad. Después, estos pacientes

fueron entrenados durante media hora en relajación y se les pidió que siguieran realizando las técnicas de relajación en su casa. A su vez un médico contestaba cualquier pregunta que había acerca de los mecanismos del infarto miocárdico. Los sujetos completaron el Cattell Self Analysis Form (Cattell y Scheier, 1963) y otra esca la autovalorada que mide la ansiedad encubierta, y fueron sometidos a un electromiograma (EMG). Así mismo, se evaluó el nivel de enzimas séricas. Antes del tratamiento experimental, no había diferencias entre los grupos en las medidas de la electromiograma. Sin embargo, las diferencias fueron significativas después del tra tamiento. Los sujetos experimentales decrementaron su nivel de an siedad con el tiempo mientras que no ocurrió así para los sujetos con troles. Los resultados sugieren que el entrenamiento en relaj ción es principalmente responsable de la reducción de los niveles de la tensión física en los pacientes cardíacos.

Fielding sugiere que la relajación está acompañada por un incremento en la actividad parasimpática que puede reducir la frecuencia cardíaca y la fuerza contráctil cardíaca. Esto, a su vez resul ta en una carga cardíaca reducida. Theorell y Rahe (1975) han demostrado que los sujetos que experimentan un infarto miocárdico y exhiben un índice ballistocardiográfico (una técnica no invasiva para medir la fuerza contractil del corazón) alto posteriormente, son menos propensos a sobrevivir seis años después de haber sufrido el infarto miocárdico, que los sujetos con troles apareados, pero con un índice ballistocardiográfico menor. Estos autores sugie

ren que altos niveles de excitación autónoma son responsables de los altos índices ballistocardiográficos en algunos pacientes. La relajación y la psicoterapia, entonces, pueden reducir la incidencia de mortalidad en pacientes como los que componen el grupo experimental en el estudio de Fielding. Kline et al. (1968) y Garrity y Kline (1975) también argumentan en favor de un ajuste emocional temprano en el curso de la enfermedad con el fin de reducir la incidencia de la mortalidad.

La relación del estrés emocional a los niveles de lípidos séricos ha sido bien fundamentada (Wolf et al., 1962, Raab, 1966, 1968, 1971; Garrity y Kline, 1975), como ya se mencionó en la introducción a este trabajo. Así mismo, la relación entre los lípidos séricos, y el nivel de catecolaminas y el infarto miocárdico, así como la angina de pecho, también es conocida (Goffman, 1956; Friedman et al., 1958; Dreyfus y Czaczkes, 1959; Grundy y Griffin, 1959; Selye, 1970). Aunque, como se ha mencionado, la ansiedad quizá esté más asociada con la angina de pecho que con el infarto miocárdico (Eastwood y Trevelyan, 1971), los efectos de la ansiedad en un corazón ya dañado por el infarto miocárdico, es de importancia crucial.

La relación entre la ansiedad autovalorada y los niveles de aspartate transaminasa sugiere una conexión entre la ansiedad y la severidad del infarto miocárdico (Fielding, 1980), aunque como ya se ha dicho, algunos no hallaron una relación entre la ansie

dad y el infarto miocárdico (Wardwell y Bahnson, 1973; Fin et al., 1974). Fielding (1980) sugiere que los pacientes que sufren un infarto miocárdico están más debilitados y es debido a ello que sufren de una ansiedad incrementada. Contribuye a la ansiedad también, una recuperación más prolongada. Aunque Fielding admite que es posible que los pacientes con altos niveles de ansiedad tengan un infarto del miocardio más severo, tiende a pensar que la debilitación experimentada después del infarto miocárdico produce una ansiedad incrementada. Para Fielding, la ansiedad nace de esta debilitación y del dolor, de las complicaciones como el paro cardíaco y del estado de ser postrado en cama, asociados a ella.

Dimsdale et al. (1978), Jenkins (1976), Parkes (1972) y Dimsdale (1977) asocian la ansiedad con el comportamiento Tipo A y así con la enfermedad coronaria. Su postura en contraste con la de Fielding es que la ansiedad es más una causa de la enfermedad coronaria, que un efecto de la misma.

Sea como fuera el caso, Cassem y Hackett (1971) hallaron que entre los motivos principales para referir los pacientes cardíacos internados en la Unidad Coronaria de Cuidados Intensivos, al servicio de psiquiatría era la ansiedad. Afirmaron que ésta se desarrolló generalmente en el primero o en el segundo día de internación.

A este respecto, muchos autores como Fielding, hablan acerca de la ansiedad como resultado del evento coronario nocivo y sus efectos (Kline et al., 1968; Eastwood y Trevelyan, 1971; Nagle et al., 1971; Cay et al. 1972a,b, 1973a, b; Bengtsson et al., 1973; Mayou, 1973; Medalie et al., 1973; Thiel et al., 1973; Garrity y Kline, 1975; Zyzanski et al., 1976; Kushmir, 1977).

Jenkins (1976), Parkes (1972) y Dimsdale (1977) confirman la frecuente manifestación conjunta de los rasgos de la Personalidad Tipo A, la ansiedad y la depresión en pacientes con enfermedad coronaria.

La depresión consiste en una constelación única de rasgos psicológicos y vegetativos. Los siguientes signos y síntomas son los indicadores más sensibles de la presencia de una enfermedad clínica depresiva: el despertar temprano en la mañana con una perturbación consecuente en la continuidad del sueño, el estar "lagrimoso", la tristeza, los estallos de llanto, la pérdida del apetito y de peso, la hiperfagia, la irritabilidad, la pérdida de energía y de interés sexual, el retraimiento, una pérdida de interés en las actividades que generalmente le fueron placenteras para el sujeto (anhedonia) y una pérdida del sentido de humor. Un retardo psicomotor con una latencia prolongada de respuesta ante una pregunta, caras inmóviles o tristes y una falta de concentración son características de la depresión que pueden ser observadas en algunos sujetos, mientras que una inquietud motora y agitación son aspectos de la depresión que sobresalen en el comportamiento de otros. El esta

do psicológico correspondiente a la depresión se caracteriza por la desesperación, la importancia, una marcada pérdida de autoestima y por los sentimientos de culpa y de minusvalía.

El estudio de amnesia (consulta previa y diagnóstico) que llevó a cabo Graulich (1975) indica que los niveles altos de la ansiedad y de la depresión están más ligados a la experiencia sujeti va de la enfermedad que al informe del médico, hecho que correspondería con los pensamientos de Fielding y con los de los autores mencionados en el párrafo anterior a éste. Las calificaciones de la ansiedad, de la depresión y del dolor torácico fueron obtenidas según las autovaloraciones de 2,118 miembros del Departamento Postal de Bélgica, endorsadas en el Cuestionario de Ansiedad de Cattell (Cattell y Scheier, 1961), en el Cuestionario de Depresión de Zung (Zung, 1965) y en el Cuestionario del London School of Hygiene, el Rose Cuestionario de Angina (Rose y Blackburn, 1969), respectivamente (Graulich, 1975). Los sujetos eran voluntarios en un estudio diseñado para detectar la aterosclerosis coronaria. Las autovaloraciones endorsadas por los sujetos en los cuestionarios que tratan la ansiedad y la depresión fueron analizadas en función de sus respuestas ante el Cuestionario de dolor torácico. Había diferencias apreciables en las contestaciones a los cuestionarios, según el sexo, la edad y la actividad profesional de los sujetos, pero las calificaciones promedio de los pacientes anginosos siempre sobrepasaron a aquellas de los sujetos que no quejaron de dolor torácico. Esta tendencia era más pronunciada en lo que toca a la depresión y a la ansiedad manifiesta. No era tan aparente en lo

que respecta a la ansiedad encubierta.

Un sentido básico de la ansiedad acompaña la depresión ocasionada por una sensación de la propia muerte inminente. Se aprecia ésto claramente al revisar los resultados del estudio de Wishnie, Hackett y Cassem (1971). Estos autores entrevistaron a 24 pacientes que habían sufrido un infarto miocárdico entre tres y nueve mes después de su alta del hospital. En esta época temprana de su convalescencia, 21 pacientes fueron valorados como ansiosos o deprimidos y fueron administrados un tranquilizante o un antidepresivo. Así mismo, 15 pacientes reportaron perturbaciones del sueño. El paciente, al ingresar a la Unidad Coronaria, enfrenta de manera súbita e inesperada, la idea de su propia muerte. Además sufre el impacto emocional de su traslado a un medio desconocido que tiene una multitud de aparatos electrónicos. Se separa de sus familiares y amigos que en un momento dado pudieren ofrecerle el apoyo moral que tanto necesita. Se siente solo. Como consecuencia experimenta angustia y depresión, así como un resquebrajamiento de las defensas psicológicas. Los conflictos de la personalidad que caracterizan al paciente, afloran bajo estas condiciones. Las actitudes pasivo-dependientes, la somnolencia, una tendencia al isolamiento, el autismo, una falta de comunicación verbal y un pensamiento retardado predominan en una proporción de diez a uno. Un grupo menos numeroso tiende hacia la excitación y la inquietud (ibid). Un 10% de los primeros 100 pacientes estudiados por Cárdenas presentaron una desorientación temporo-espacial. Estos mismos pacient

tes presentaron actitudes pasivas especialmente intensos.

Los mismos autores que endorsaron la ansiedad como resultado importante de un evento coronario, hablan de la depresión en el mismo sentido, cosa que, además de los hallazgos anotados arriba, confirma el traslape de los dos trastornos, al menos en lo que respecta a la enfermedad coronaria. Cay et al. (1975) y Hackett y Rosenbaum (1980) hallaron que la depresión es el factor principal en la convalecencia prolongada de un infarto miocárdico. Nagle et al. (1971) habla de lo mismo, sumando a ello la importancia del factor ansiedad. La depresión en relación con los resultados psíquicos del infarto miocárdico ha sido documentado por Kline et al. (1968), Eastwood y Trevelyan (1971), Nagle et al. (1971), Cay et al. (1972a, b; 1973a, b), Bengstonn et al. (1973), Mayou (1973), Medalie et al. (1973), Thiel et al. (1973), Garrity y Kline (1975), Zyzanski et al. (1976) y Kushnir (1977).

Otros autores traslapan los elementos relacionados al Comportamiento Tipo A con la depresión únicamente, ya que el Patrón de Comportamiento Tipo A se asemeja a una lucha sin alegría, como si fuera una defensa frente a la desesperanza y la pérdida de control (Bruhn, Chandler, Wolf, 1969; Engel, 1967; Glass, 1977). En este sentido, Greene y sus colaboradores reportan un escenario en las semanas antes del evento estresante final, de una vulnerabilidad emocional incrementada que se ha instalado a raíz de una serie de pérdidas. Se caracteriza por la depresión crónica, la fatiga, la frustración y la desilusión. Estas observaciones recuerdan otras

teorías acerca de la vulnerabilidad emocional como síntoma prodromico de una enfermedad grave. Estas afirman la presencia de sentimientos de desesperanza y del impulso de rendición ya referido (Engel, 1968). Por otro lado Dimsdale (1978) halló correlaciones significativas entre la Personalidad Tipo A y el estado de ánimo depresivo en pacientes del Massachusetts General Hospital con enfermedad coronaria manifestada por la angina de pecho, quienes esperaban su turno para ser cateterizados. Estos resultados son paralelos a los de Jenkins et al. (1977). Jenkins también empleó pacientes en espera del cateterismo cardíaco, pero utilizó otras pruebas psicométricas distintas de las que usó Dimsdale, para medir la tensión y la depresión. Dimsdale (1978) empleó el POMS (McNair, Lorr, Droppleman, 1971) y Jenkins et al. (1977) emplearon tres ítems del MMPI como medida combinada de la tensión y la depresión. Dreyfuss, Shanan y Sharon (1966) y Tibbling (1972) reconocían la frecuencia con que se presentaba la depresión junto con la enfermedad coronaria. Abramov y Dreyfuss (1971) hacen hincapié en el aspecto depresivo que se da de modo especial en las mujeres que tienen enfermedad coronaria. Dreyfuss (1959) y Bruhn, McCrady y DuPlessis (1968) relacionan la depresión y el agotamiento emocional con el infarto miocárdico y la muerte súbita. Es pertinente señalar aquí algún ejemplo de este estado emocional y sus repercusiones. Un paciente que haya percibido una pérdida en su estatus laboral o profesional, quien había sufrido un infarto miocárdico, se siente triste y desanimado. De repente llega a estar enojado o ansioso mientras ejecuta una tarea habitual que genera estrés,

como la preparación de impuestos. Estos sentimientos generan un arritmia fatal. Una de las implicaciones de lo anterior para el manejo clínico del paciente cardíaco, es la necesidad de estar alerta para signos de depresión y de fatiga, así como para reportes de eventos ocurridos en un pasado reciente y para cualquier indicación de circunstancias que provocan ansiedad en la vida del paciente (Hackett y Rosenbaum, 1980). Otro tipo de paciente deprimido se queja de dolor torácico en conjunción con otras quejas cardíacas. Especialmente, los sujetos deprimidos mayores de edad, experimentan un incremento en su sintomatología física, que atribuyen a la enfermedad somática. Cassem y Hackett (1971) hallaron que uno de los motivos principales por lo que los pacientes cardíacos eran referidos al servicio de psiquiatría, era la depresión. Los síntomas se desarrollaron durante el tercero o cuarto día de internación en la Unidad Coronaria.

Hasta cierto punto, la depresión post infarto miocárdico es una reacción normal ante la pérdida. Aún en los casos no complicados, la sensación de pérdida está presente, aunque de un modo simbólico y no real. El individuo que ha sostenido un infarto miocárdico se siente vulnerable. Su sentido de inmortalidad y de integridad física han sido retados. Algunos se refieren a esta vulnerabilidad como "infarto al ego" (Cassem y Hackett, 1973). Cuando el infarto miocárdico ha sido complicado y deja al individuo con secuelas como la angina de pecho, la falla cardíaca congestiva o arritmias, se agrava la depresión y el sentimiento de desesperanza. La mayoría de las veces la depresión se autolimi-

ta y mejora durante el primer mes de convalecencia en el hogar. El individuo durante esta etapa se da cuenta que puede caminar alrededor de la casa, subir algunas escaleras y experimentar un contacto humano sin sufrir una tensión indebida. En cuanto el paciente puede reanudar relaciones sexuales y puede comenzar a trabajar de nuevo, está funcionando en forma normal.

Existe un término denominado "depresión del regreso al hogar" que caracteriza las etapas iniciales de la depresión más patológica de la que se ha visto arriba. Se anuncia con una queja de debilidad al tener el paciente que realizar cualquier esfuerzo. El paciente suele considerar que con él su corazón empezará a fallar. Aún una actividad mínima como caminar a la puerta o pasear por el jardín, producen una sensación desproporcionada de debilidad. Debido a que esta sensación de debilidad no cede al paso de unos días, el paciente puede pensar que su corazón está más dañado de lo que creía. Este síntoma llega entonces a ser el núcleo alrededor del cual otros síntomas depresivos, descritos anteriormente, se acumulan.

Abundan los mitos acerca de las repercusiones del infarto miocárdico que refuerzan los temores de sus víctimas. Algunos de los más comunes son: 1. El que haya tenido un infarto miocárdico está acabado. No solo ha llegado a la madurez, sino ha comenzado la etapa de la senectud física y psicológica. 2. La excitación debe ser evitada. Presenta un riesgo el observar los eventos deportivos emocionantes. 3. Los brazos deben de ser manteni-

dos debajo de la cabeza. 4. Todo esfuerzo isométrico está contraindicado. 5. El manejar un coche produce angina o un infarto miocárdico recurrente. 6. El sexo es cosa del pasado. El orgasmo puede inducir la muerte. 7. El sueño profundo es peligroso. Los hipnóticos, por esta razón deben de ser evitados. La muerte súbita generalmente ocurre durante el sueño profundo y no durante el sueño ligero. 8. Existe una fuerte posibilidad de la recurrencia de un evento coronario durante los aniversarios del primer infarto miocárdico y de la muerte por infarto miocárdico, de un ser querido.

Aunque se han demostrado asociaciones definitivas entre el Patrón de Comportamiento Tipo A, la tensión y la depresión, Dimsdale (1978) advierte que son modestas y explican solo del 5 al 8% de la varianza. Este tipo de hecho sugiere que la depresión no debe de ser interpretada como una medida alternante de la Personalidad Tipo A.

En relación a la depresión, vale la pena mencionar que las descripciones del individuo propenso a la enfermedad coronaria, publicadas por muchos clínicos (Osler, 1910; Dunbar, 1943; Arlow, 1945; Weiss, Dlin y Reolin, 1957; Wardwell, Bahnson y Caron, 1963; Cleveland y Johnson, 1962; Russek, 1959; Cathey, Jones y Naughton, 1962), desde hace aproximadamente sesenta años, han propiciado la conceptualización de "la reacción Sisyphus" (Wolf, 1969). Sisyphus, rey de Corinto, desapareció a Hades y tuvo que empujar una piedra grande hasta alcanzar el pico de una montaña. Cada vez que se acer

caba al pico, se caía hasta abajo. Laboró continuamente sin éxito (Bruhn, 1974). El patrón de comportamiento que caracteriza "la re acción Sisyphus", comprende una orientación hacia el esfuerzo y una lucha contra obstáculos, sin una sensación correspondiente de logro o de satisfacción (Wolf, 1967). Acudiendo a la evidencia re trospectiva, Wolf (1967) y Bruhn, Paredes, Adsett y Wolf (1974) describen cómo el sujeto propenso a la enfermedad coronaria, lucha hasta llegar a la exhaustión psíquica y emocional que son estados precursores del infarto miocárdico y de la muerte súbita. La re acción Sisyphus difiere del Patrón de Comportamiento Tipo A que describen Friedman y Rosenman, en cuanto a sus implicaciones de la ausencia de premio y de satisfacción emocional.

Aunque varias pruebas psicológicas no han delineado satisfactoriamente una personalidad o tipo de comportamiento característica de la persona que sufre de la enfermedad coronaria (Mordkoff y Parsons, 1968), algunos cuestionarios enfocados a las actitudes hacia el trabajo y la satisfacción experimentada como resultado del esfuerzo, han confirmado el juicio clínico referido arriba (Theorell y Rahe, 1972). Así mismo, observaciones de gemelos idénticos que desarrollaron (ambos o uno), la cardiopatía isquémica (Liljefors, 1970; Liljefors y Rahe, 1970) aluden a lo anterior.

Tiene que ver con la apreciación anterior también, el estudio de Bruhn et al. (1974). El incluyó 134 sujetos varones y mujeres de la University of Oklahoma Medical Center que habían tenido un infarto miocárdico dos o más meses, hasta seis años antes, en su

estudio prospectivo a diez años. Los hallazgos de este proyecto han sido publicados en varios trabajos de Hampton, Mantooth, Brandt (1966); Naughton, Blake y Nagle (1964); Schneider y Costiloe (1966); Schneider, Costiloe y Wolf (1977) y Bruhn, Chandler y Lynn (1966). Un entrevistador que condujo entrevistas psiquiátricas semi estructuradas durante dos horas con cada sujeto y su esposa, registró un perfil descriptivo de cada paciente y sujeto control, apareados por edad, sexo, raza, altura, peso, antecedentes educativos y tipo de trabajo. Después de un año, y nuevamente después de cuatro años, el entrevistador, quien no estaba informado de la categoría del sujeto (paciente o control), dió los nombres de los diez individuos más profundamente comprometidos en su trabajo y a la manifestación de intensos esfuerzos, sin experimentar satisfacción o un sentido de realización. El comportamiento de estos individuos era el prototipo de "la reacción Sisyphus". Cinco años después del inicio del estudio, se administró a todos los sujetos pacientes y controles la entrevista semiestructurada de Friedman y Rosenman, diseñada para identificar el Patrón Comportamental A (Friedman y Rosenman, 1964) y se obtuvieron los nombres de los diez sujetos con las más altas valoraciones de "tipo A", sin importar si estas personas eran sujetos pacientes o controles. Además, a través de un período de siete años, la escala Welsh de depresión del MMPI (Dahlstrom y Welsh, 1960) fue administrada varias veces a estos individuos. Después de cinco años de estudio, se sabían los nombres de los diez individuos con las más altas calificaciones de depresión. Los resultados indican que existe una correlación cer-

cana entre el Patrón Sisyphus y el Comportamiento Tipo A, extremo. Ambos eran significativamente más frecuentes entre pacientes que entre sujetos controles y predecían un pronóstico pobre en aquellos que en el pasado habían ya sufrido un infarto miocárdico. Los hallazgos indican que los rasgos comportamentales y de la personalidad, previamente reportados como característica de los individuos susceptibles a la enfermedad coronaria, son significativos desde el punto de vista pronóstico en lo que respecta a la sobrevivencia. La evidencia adquirida de la entrevista en relación a "la reacción Sisyphus" concordó bien con los extremos del Comportamiento Tipo A (Bruhn et al. 1974). Las calificaciones altas en la escala de depresión añadieron a la fuerza predictiva de los datos de la entrevista (ibid).

Dimsdale et al. (1978) niegan una correlación entre variables como el vigor, la fatiga, la confusión y la Personalidad Tipo A.

FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA CARDIOPATIA ISQUEMICA

Se ha preguntado si ciertos grupos son particularmente susceptibles al riesgo engendrado por la Personalidad Tipo A (Dimsdale, 1980). Al considerar los efectos de un factor de riesgo en una población específica, hay que averiguar si el factor de riesgo en cuestión es altamente potente a través de una amplia muestra de la población, si es virulento sólo en aquellas personas ya debilitadas, o si es peligroso sólo al interactuar sinérgicamente

te con algún otro factor en esta misma población. A este respecto, si existen ciertos grupos de la población que son notablemente vulnerables o resistentes a la enfermedad coronaria, medida por la Personalidad Tipo A, se podrían caracterizar a estos grupos como poseedores de ciertos antecedentes genéticos, de ciertos atributos psicosociales y de ciertos problemas adicionales de la salud.

Factores Étnicos

Originalmente el WCGS se limitó a estudiar a profesionistas y ejecutivos. Aunque se confirmó prospectivamente que el Comportamiento Tipo A es un factor de riesgo para la enfermedad coronaria (Rosenman, Friedman, Straus, Jenkins, Lyzanski, Wurm, 1970; Rosenman, Friedman, Straus, Wurm, Jenkins, Messinger, Kositchek, Hahn, Werthessen, 1966; Brand, Rosenman, Sholtz, Friedman, 1976; Bortner, 1969; Jenkins, Rosenman, Friedman, 1967), se pensó que la Personalidad Tipo A era una función del medio social que caracteriza a estas personas: blanco, varón, clase media en California (Rosenman, Friedman, Straus, Wurm, Kositchek, Hahn y Werthessen, 1964). Si la virulencia de la Personalidad Tipo A es contingente en tal ambiente social, supuestamente esta personalidad no genera riesgo para los negros, para las mujeres, para la clase baja o para Protestantes no anglosajones (Dimsdale, 1978).

En relación a lo anterior, Dimsdale (1980) halló que el número de vasos coronarios enfermos no se relaciona con la pertenencia a ninguno de los tres grupos étnicos estudiados: el católico irlan-

dés, el católico italiano y el protestante anglosajón.

Clase Social

La variable clase social puede ser importante en lo que respecta a los factores socioculturales que intervengan en la relación factor de riesgo-enfermedad coronaria, dado que un país difiere en la estructuración de las clases sociales. A este respecto, Shekelle, et al. (1976) encontró que el Patrón de Comportamiento Tipo A, medido por el JAS está significativamente relacionado con la variable clase social. Señaló una relación particularmente fuerte entre las calificaciones JAS-AB y clase social: Kornitzer, Kittel, Rustin, Degré, Bramaix, Debacker y Thilly (1975) como Shekelle (1976) incluyeron obreros en su estudio y concluyeron que el Patrón de Comportamiento Tipo A está positivamente correlacionado con la clase social. Aún otros trabajos sugieren que los antecedentes de clase social tienen un impacto significativo en la asociación entre la Personalidad Tipo A y la frecuencia de la enfermedad coronaria (Haynes, Feinleib, Kannel, 1980). Caffrey (1970), sin embargo, halló que el Comportamiento Tipo A medido por entrevistas semi-estructuradas, no estaban asociado con la variable clase social. Kornitzer, Kittel, DeBacker y Dramaix (1981) creen que estudios prospectivos que toman en cuenta los factores tradicionales de riesgo coronario y los factores socioculturales y que emplean medidas como la entrevista o el JAS para medir el Comportamiento Tipo A, puede detectar los individuos con una Personalidad Tipo A

propensos a la enfermedad coronaria, sin considerar la variable clase social.

Además de su asociación con la Personalidad Tipo A, se ha tratado el efecto que tiene la variable clase social en la adaptación de los pacientes hospitalizados por infarto miocárdico (Rosen y Bibring, 1966; Hackett y Cassem, 1976). Probablemente, algunos modos de adaptación llevan implícitas determinadas características premórbidas de la Personalidad Tipo A. Tomando en cuenta lo anterior, Rosen y Bibring demostraron diferencias llamativas entre las respuestas de varones, blancos, ejecutivos y obreros, ante su primer infarto miocárdico. Hackett y Cassem (1976) querían aclarar si las diferencias se originaron de factores socioambientales prehospitalarios o si se derivaron de un tratamiento diferencial recibido por ambos grupos. De acuerdo a dos medidas de criterio socioambiental: 1. calificaciones que describen el estatus económico, variable derivada del U.S. Census Bureau en 1960 de una calificación compuesta de datos acerca de la ocupación, la educación y el ingreso y 2. ambiente de la Unidad Coronaria (sala general o cuarto privado), los autores diferenciaron los sujetos ejecutivos de los obreros.

Estas calificaciones eran consideradas separadamente de las del estatus socioeconómico del sujeto, pues estas últimas eran datos de la vida premórbida del paciente. No obstante, la intercorrelación entre el ambiente de la Unidad Coronaria y la calificación que significa el estatus socioeconómico fue altamente signi-

ficativa.

De cincuenta hombres judíos que componían el grupo de estudio del trabajo de Rosen y Bibring, veintinueve eran ejecutivos y veintiun eran obreros. Los ejecutivos eran ansiosos y necesitaban incentivos, pero eran suspicaces de cualquier afirmación que se les diera. Confrontaron a sus médicos con dudas y temores respecto al futuro. Expresaron su incertidumbre en forma de preguntas directas. Los autores del estudio afirmaron que para el ejecutivo, la negación de la incertidumbre era casi imposible. En contraste, las medidas socioeconómicas y de ambiente en la Unidad Coronaria estaban significativamente asociadas con la evitación de preguntas respecto a las restricciones en la actividad que generalmente se lleva a cabo en la casa, por parte de los pacientes obreros a su alta del Hospital.

Cabe dar una breve definición aquí de la negación, como mecanismo de defensa a la cual he hecho referencia. El mecanismo de defensa, "negación", se define como la repudiación consciente o inconsciente de una parte o de toda la significación disponible de un evento, para hacer más leve el temor, la ansiedad o los efectos no placenteros (Weisman y Hackett, 1961). Es la táctica más común de los pacientes internados en la Unidad Coronaria para enfrentarse a los problemas (Hackett y Cassmen, 1976).

Cuando se compararon las asignaciones en la Unidad Coronaria con respecto a ambiente, hubo una tendencia por parte de los pacien

tes internados en cuartos privados para emplear la negación con mucho menos intensidad que los pacientes internados en las salas generales (Hackett y Cassem, 1976). Rosen y Bibring, citas arriba, especulan que los niveles más altos de la educación asociados con la clase socioeconómica alta, son potentes en el desarrollo y en la persistencia de la ansiedad en ejecutivos. Los obreros en este mismo estudio negaron su temor en una forma mucho más efectiva. No presentaron una evidencia externa de la ansiedad y confiaban en su recuperación. Los obreros eran mucho menos ansiosos después de su primer infarto miocárdico, probablemente porque podían negar la implicación amenazante de su enfermedad mejor que los ejecutivos. Solamente cuando el obrero sostuvo un segundo infarto miocárdico, su respuesta se asemejaba a aquella del ejecutivo. Los resultados de Rosen et al. en Hollingshead y Redlich, 1958) confirman estos hallazgos. En aquella fecha, postuló también que la negación ocurre con más frecuencia en pacientes obreros o de bajo estatus social. Es interesante anotar a este respecto, que la negación puede disminuir la morbi - mortalidad en pacientes internados en la Unidad Coronaria (Hackett, Cassem y Wishnie, 1968). Sería pertinente investigar en el futuro, la morbi - mortalidad en relación a la variable clase social. También, los hallazgos mencionados va anteriormente, acerca de la función protectora con respecto a la enfermedad coronaria, de un alto grado de ansiedad, por Blumenthal, Thompson, Williams y Kong, Hackett y Cassem (1979) son relevantes a este respecto. Hackett y Cassem (1976) sugieren que la inteligencia y la educación realizan la capacidad de negación, lo que está en desacuerdo con los resultados de Rosen y Bibring, si suponemos que

las personas pertenecientes a la clase social baja, quienes muestran una negación más intensa, tienen una pobre educación. Lo que dicen Hackett y Cassem puede ejemplificarse por la habilidad del paciente educado para separar el artefacto del monitor, de una arritmia. Su educación avanzada le permite comprender el equipo y utilizar su conocimiento para reducir su ansiedad. Concuerda con lo anterior que en cuanto a sus reacciones ante el ambiente de la Unidad Coronaria, las personas con un estatus socioeconómico más alto en el estudio de Hackett y Cassem, se preocupaban menos por las irregularidades en el patrón electrocardiográfico del monitoreo. En relación a lo anterior, había una relación significativa entre los factores socioambientales y el conocimiento que el paciente tenía del monitor cardíaco. Además, independientemente de su asignación en la Unidad Coronaria, los pacientes en las categorías socioeconómicas más altas tenían el conocimiento específico que el monitor registra la frecuencia cardíaca o fija "límites" de la frecuencia cardíaca.

Por otro lado, refiriéndome todavía al estudio de Hackett y Cassem, la mayoría de las pacientes pensaron que el monitor era infalible. Como consecuencia, no existía una relación entre los factores ambientales y el temor de una falla en el monitor. Los obreros culparon a sus corazones en vez del monitor por todas las irregularidades que se presentaron. Se preocuparon por estas irregularidades más que los pacientes en categorías socioeconómicas más altas. Estas diferencias eran altamente significativas, aún cuando

do en el grupo de los obreros, hubo más personas que utilizaron la negación como mecanismo de defensa ante su enfermedad, que en el grupo de ejecutivos.

Tiene que ver con ésto el que en el estudio de Hackett y Cassem, los pacientes en las categorías socioeconómicas más altas tenían un conocimiento más específico acerca de un infarto, que los pacientes pertenecientes a categorías socioeconómicas más bajas. Esta relación, sin embargo no era significativa. No obstante, relevante a ésto, está el hecho de que el concepto de reparación era significativamente más específico entre los grupos socioambientales más altos. Es decir, el ejecutivo tiene una mayor comprensión de lo que implica la reparación coronaria, que el obrero. El concepto del obrero, se dirige más bien al daño, y no a la reparación.

Esta diferencia podría deberse a la cantidad de información que cada grupo tiene acerca de la operación del monitor. El hecho de que los pacientes ejecutivos se preocuparon menos de los patrones irregulares que se presentaron, que tenían un conocimiento más específico de la máquina, incluyendo la habilidad para reconocer los artefactos, y que su enfoque era la reparación del corazón en vez del daño, se explica o por el hecho de que los médicos dan una explicación más completa a los ejecutivos, o que dados la misma información, los obreros comprenden o retienen menos. A este respecto, Waitzkin y Stoeckle (1972) reportan que los médicos se comunican diferencialmente con los pacientes de diferentes cla-

ses socioeconómicas. Estos autores afirman que se les dan a los pacientes de una clase socioeconómica más baja, explicaciones más simplificadas, omitiendo los detalles importantes. De allí, la enseñanza puede reducir el estrés emocional que surge al pensar que las irregularidades son generadas por una disfunción cardíaca.

Hackett y Cassem resumían que existe una diferencia en el tratamiento aplicado a sujetos obreros y ejecutivos, enraizada en la comprensión. Waitzkin y Stoeckle (1972) proporcionan una revisión amplia y penetrante de la literatura acerca de esta cuestión. Hackett y Cassem comentan que los pacientes de la clase baja quieren tanta información acerca de su enfermedad como cualquier otra persona, pero Pratt et al. (1957) han documentado que preguntan poco para obtenerla. Hackett y Cassem opinan que los médicos no ayudan a este respecto, porque creen que todos los pacientes se comportan como ejecutivos que preguntan cuando son inciertos o porque asumen que los pacientes de la clase baja carecen de la competencia para comprender y así explican menos.

El fracaso del equipo médico para lograr la comunicación puede deberse a que adoptan una manera de expresión inapropiada y contraproducente. Si un médico le habla a un paciente como si éste fuera un oligofrénico o un niño, facilita su comportamiento regresivo. La incidencia de tal comportamiento era significativamente mayor entre los pacientes de la sala general de la Unidad Coronaria (Hackett y Cassem, 1976). Era una función del ambiente, además

no relacionada a las calificaciones socioeconómicas obtenidas. Por lo tanto, la hipótesis postulada acerca de la comunicación es justificable.

Hackett y Cassem (1970) no hallaron diferencias significativas en las valoraciones de ansiedad o de negación, entre los pacientes obreros y ejecutivos internados en el Massachusetts General Hospital, sin importar cuál clasificación socioambiental (ambiente en la Unidad Coronaria o estatus socioeconómico), se consideraba. Estos autores tampoco hallaron una asociación entre los factores socioeconómicos y el temor a la muerte. La defensa entonces, de la negación, atraviesa las fronteras del temor a la muerte y los factores socioambientales.

Por otro lado, la duración de la hospitalización de los sujetos en el estudio de Hackett y Cassem, estaba directamente relacionada con las calificaciones socioeconómicas obtenidas. Las personas en el grupo que tenían calificaciones socioeconómicas más bajas fueron dadas de alta de la Unidad Coronaria 1.5 días antes que los individuos de otros grupos con calificaciones socioeconómicas más altas. También, los pacientes internados en una sala general estaban hospitalizados tres días menos que otros pacientes. Estos datos concuerdan con la creencia de Hackett, Cassem y Wisnie (1968) acerca de la disminución de la morbi-mortalidad en pacientes que utilizan la negación más intensamente, y con la hipótesis pertinente a los hallazgos de Rosen y Bibring (1966) acerca del mayor empleo de la negación por parte de sujetos de una clase so-

cioeconómica baja, que estipula un índice menor de morbi-mortalidad entre estos pacientes.

No obstante, Hackett y Cassem no reportaron diferencias significativas entre ejecutivos y obreros en cuanto a las valoraciones de negación, relatan más acerca del efecto que tienen los aspectos socioambientales en estos sujetos, en cuanto a su reacción ante el infarto miocárdico que han sufrido. Por ejemplo, en cuanto a la valoración que hicieron los pacientes del personal de la Unidad Coronaria, ésta era una función del tratamiento recibido y no del estatus social. Además, hubo una diferencia significativa entre los dos ambientes en la Unidad Coronaria en relación a la medicación prescrita para el sueño. Treinta y tres por ciento de los pacientes internados en la sala general estaban bajo medicamentados para el sueño, en comparación con un once por ciento de los pacientes bajo medicamentados internados en cuartos privados. Así mismo, el ambiente en la Unidad Coronaria y no la calificación socioeconómica se relacionó con el uso de hipnóticos después de que se le dió de alta al paciente. Solamente se le prescribió un hipnótico a uno de los pacientes que había estado internado en la sala general de la Unidad Coronaria, mientras que se les prescribieron hipnóticos a veinticuatro de los cuarenta y seis pacientes que habían estado internados en cuartos privados de la Unidad Coronaria, aún cuando es un hecho bien sabido que el insomnio incrementa el trabajo cardíaco. En forma semejante, la reacción de los pacientes ante una dependencia incrementada debido a

las restricciones impuestas por la enfermedad isquémica coronaria (como el estar alimentado, bañado y rasurado por una enfermera), no estaba relacionado a las calificaciones socioeconómicas, pero sí con el ambiente. Los pacientes internados en la sala general no estaban sometidos a este tipo de tratamiento mientras que un tercio de los pacientes internados en los cuartos privados gozaron de estos privilegios de la atención.

En resumen, Hackett y Cassem confirmaron cuatro diferencias entre los pacientes ejecutivos y obreros, que no surgen del ambiente en la Unidad coronaria: Los pacientes obreros, 1. tenían más miedo a las irregularidades en el monitor cardíaco; 2. Tenían un conocimiento menos específico del monitor; 3. Sabían menos acerca de la reparación del corazón después de un infarto miocárdico y 4. Evitaron hacer preguntas acerca de las limitaciones de actividad a futuro. Las diferencias dependientes del ambiente consistían en que los pacientes obreros, 1. Podían ser inducidos a quejar del ambiente; 2. Estaban medicados en la Unidad Coronaria y a su alta; 3. Hallaron ciertos aspectos del equipo atemorizantes; 4. Tenían la tendencia a culpar a su corazón en vez del monitor por la estática que les preocupaba; 5. Protestaron ante el hecho de ser alimentados y rasurados y 6. Mostraron un comportamiento más regresivo que los pacientes ejecutivos.

Hay poca o ninguna diferencia en el modo en que individuos con distintos antecedentes socioeconómicos responden a la amenaza en contra de sus vidas. Experimentan la misma cantidad de temor,

frustración, incertidumbre y de tristeza. Las diferencias entre ejecutivos y obreros en cuanto a sus respuestas a la enfermedad, surgieron del ambiente de cuidado y no de los factores socioeconómicos que los caracterizan.

Hackett y Cassem sugieren que las diferencias entre sus resultados y los de Rosen y Bibring, se debían en parte a que sus sujetos eran católicos o protestantes, en contraste con la religión judía profesada por los sujetos en el estudio de Rosen y Bibring. Zborowski (1969) ha comentado acerca de la influencia de los factores étnicos en la experiencia de dolor, y Zola (1966) ha bló acerca de su influencia en la experiencia de estar enfermo.

Factores Demográficos Relacionados a la Enfermedad Coronaria Isquémica

Los investigadores del estudio de Framingham han detectado una asociación entre la Personalidad Tipo A y la enfermedad coronaria que se afecta por la edad, el sexo y la ocupación (Haynes, Feinleib y Kannel, 1980), como se ha especificado ya en la introducción a este trabajo.

Edad

A este respecto, Keith et al. (1965) estudiaron 76 pacientes con enfermedad coronaria y 62 sujetos control en tres hospitales de Boston, mediante la entrevista estructurada. En un principio,

no aparecieron diferencias significativas en la manifestación del Comportamiento Tipo A, entre los dos grupos. Pero cuando los dos grupos fueron dicotomizados por edad, el grupo de sujetos con enfermedad coronaria y una edad entre 35 y 44 años, manifestó una prevalencia más significativa del Patrón de Comportamiento Tipo A, que los sujetos control con las mismas edades. Un 75% de los sujetos con angina de pecho, y un 40% de los sujetos que habían sufrido un infarto miocárdico, todos pertenecientes al grupo de sujetos que padecían la enfermedad coronaria, manifestaron una prevalencia más significativa del Patrón de Comportamiento Tipo A que los sujetos control de las mismas edades.

Sexo

Los estudios que se han llevado a cabo empleando sujetos mujeres con enfermedad coronaria, son escasos. Esto puede deberse a una frecuencia más baja de infarto miocárdico en mujeres en comparación con los hombres (Abramov y Kalner, 1953; Bengtsson, 1973) que culmina en una falta de interés en sus características psicológicas (Tipo A u otras). Los únicos estudios que he hallado hasta ahora que tratan los aspectos psicossomáticos o psicossociales de mujeres propensas al infarto miocárdico, son los que han sido realizados por Rosenman y Friedman (1961), Bengtsson (1973) y Finn, Hickey y O'Doherty (1969). En su único trabajo que evalúa la asociación entre el Patrón de Comportamiento Tipo A y la enfermedad coronaria en mujeres, Rosenman y Friedman (1961) postulan que las

mujeres que exhiben un Comportamiento Tipo A, tienen una frecuencia cuatro veces mayor de la enfermedad coronaria clínica, que las mujeres que no lo exhiben.

Entre los estudios que enfatizan el estrés emocional como precursor del infarto miocárdico, el de Abramov y Dreyfuss (1971) comprueba una alta frecuencia de frigidez e insatisfacción sexual entre las mujeres que eventualmente sufren de infarto miocárdico, en comparación con mujeres de un grupo control. Rosen, Fox y Gregory (1972) y Kahn y Solomon (1971) definen la frigidez como "una inhabilidad parcial o completa de la mujer para ser excitada sexualmente o para lograr un orgasmo". Para Abramov (1976) la frigidez es una característica de las mujeres que nunca han gozado del coito o que han gozado de ello, pero sin lograr un orgasmo. Por otro lado, están las mujeres que han gozado del coito y del orgasmo en el pasado, pero en últimas fechas no han logrado un éxito sexual. Todas estas mujeres se sienten frustradas, desilusionadas y emocionalmente insatisfechas. Si la falta de placer que se experimenta se debe a la enfermedad o a la impotencia de su marido, como ocurre en la mayoría de los casos (Abramov, 1976), pueden incluso sentir resentimiento u hostilidad hacia él. Abramov comparó varios aspectos de la vida sexual de mujeres hospitalizadas en el Ichilov Medical Center, Tel Aviv por haber sufrido un infarto miocárdico agudo, con los de mujeres control, apareadas por la edad, quienes no habían sufrido de infarto miocárdico, sino que estaban internadas por otras causas. Además de sus resultados ci-

tados arriba, halló que no había diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a patología ginecológica que pudiera en un momento dado, generar la dispareunia, que a su vez induce la frigidez. Abramov consideró la posibilidad que las enfermedades sistémicas pueden dar lugar a la frigidez (Kahn y Solomon, 1971), pero no halló una relación entre la hipertensión esencial y la frigidez. Reflexionó también acerca de un problema más complicado, que es la diabetes, que causa la impotencia definitiva en el hombre. No halló tampoco una relación entre la frigidez y la diabetes. La ubicación del infarto tampoco influyó en la frigidez presentada. Abramov pensó que este factor pudiera ser determinante para la frigidez, pues existe una frecuencia mayor de infarto miocárdico en la cara anterior que en la diafragmática, del corazón en la población general (Bengtsson, 1973; Abramov, 1952). Aun que los autores escandinavos han manifestado que la frecuencia de infarto miocárdico es mayor entre las mujeres casadas que entre mujeres solteras (Bengtsson, 1973; Westlund, 1965), Abramov halló que el estado civil de sus sujetos infartados no influyó en la incidencia de la frigidez.

Otro de los hallazgos que es interesante en lo referente al sexo, se refiere al hecho de que la menopausia ocurre más temprano en los pacientes con infarto miocárdico que en un grupo control (Bengtsson, 1973; Abramov, 1976; Utian, 1971). Así mismo, Oliver (1965) halló que 20 de 100 mujeres con enfermedad coronaria, entre los 23 y los 44 años de edad, eran postmenopáusicas antes de

que desarrollarán la enfermedad coronaria. Abramov (1976) informó que estos hallazgos no se relacionaron con la ovariectomía o con la histerectomía, pues el número de pacientes en su estudio que habían sido intervenidas quirúrgicamente (histerectomía), era más alto entre los sujetos control que entre los sujetos pacientes. Además, ninguna paciente había sido intervenida por una ovariectomía bilateral. Por otro lado, otros autores no han confirmado una asociación entre una menopausia temprana (espontánea o como resultado de una intervención quirúrgica ginecológica), y una aumentada incidencia de infarto miocárdico (Manchester, Herman y Gorlin, 1971; Novak y Williams, 1960; Ritterband, 1963).

Winkelstein et al. (1958) comprobaron una más alta frecuencia de aborto entre las pacientes coronarias que entre las sujetos control. Bengtsson, (1973) afirmó lo mismo. Pero, Abramov et al. (1976) mostraron que el número de pacientes con infarto miocárdico que habían tenido abortos artificiales era significativamente más bajo que el número correspondiente de pacientes control.

Abramov (1976) no halló una correlación que había sido estipulada anteriormente (Caprio, 1967) entre una mayor frecuencia de relaciones extramaritales y mujeres frías o insatisfechas en el área sexual. Pero, sí halló que las pacientes con infarto miocárdico que eran frías, habían tenido relaciones sexuales premaritales, con más frecuencia que las pacientes con infarto miocárdico, sexualmente satisfechas.

Finalmente, Abraham alude a una conexión entre los factores psicosociales y emocionales de las mujeres con un infarto miocárdico y la frigidez sexual. Por ejemplo, Abramov y Dreyfuss (1971) han reportado una incidencia más alta de la depresión entre las mujeres con un infarto miocárdico, hallazgo que se liga con el que establecé que la frigidez y la insatisfacción sexual en mujeres, están asociadas a la depresión (Abramov y Dreyfuss, 1971; Caprio, 1967).

Estado Civil

Kenigsberg (1974) halló que los pacientes con enfermedad coronaria internados en el Bridgeport Hospital en Connecticut, eran casados, con una frecuencia mucho mayor que los sujetos control. Aunque en este estudio el estado civil no estaba significativamente asociado con las calificaciones en el JAS, hubo una tendencia para los pacientes casados en comparación con los solteros a calificar en una dirección más propia de los individuos Tipo A. Los solteros, por ejemplo obtuvieron puntuaciones con un promedio de seis puntos más bajo que los pacientes actual o previamente casados, en la escala de Trabajar con Ahinco.

MEDIDAS DE LAS CARACTERISTICAS PSIQUICAS ASOCIADAS CON LA CARDIOPATIA ISQUEMICA

Valoración de la Personalidad Tipo A por Entrevista y por el Jenkins Activity Survey.

El método para detectar el Patrón de Comportamiento Tipo A que ha sido valorado como el más predictivo de la enfermedad coronaria (Scherwitz, Berton y Leventhal, 1977), es la entrevista psicológica que consta de veintisiete preguntas (Friedman y Rosenman, 1974; Brand, Rosenman, Jenkins, Scholtz y Zyzanski, 1977; Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Straus y Wurm, 1975; Brand, Rosenman, Sholtz y Friedman, 1976). Rosenman, Friedman, Straus et al. (1964); Keith, Lown y Stare (1966) y Caffrey (1970) clasificaron a los hombres que mostraron el Patrón de Comportamiento Tipo A en tres estudios, ya referidos en este trabajo, y comprobaron que este Patrón de Comportamiento es asociado con una frecuencia incrementada de enfermedad coronaria, cuando es medido por la entrevista estándar. También los autores del MCGS, Rosenman, Friedman y Straus (1970) mostraron que el Patrón de Comportamiento Tipo A está asociado con la frecuencia de la enfermedad coronaria, mediante el empleo de la entrevista. Divergen los estudios realizados en los cincuentas y en los sesentas en los cuales la mitad de la población era clasificada como Tipo A, los estudios contemporáneos que también emplean la entrevista, pero que reportan que dos tercios a tres cuartos de sus muestras son clasificadas de esta manera (Frank, Miller, Kornfeld, Sporn, Weiss, 1978).

La entrevista cubre cuatro temas: 1. ambición y ahinco, 2. competitividad, 3. expresión emocional y 4. impaciencia y una sensación de urgencia con respecto al tiempo (Scherwitz et al., 1977). Con el fin de elicitar un Comportamiento Tipo A mediante su aso-

ciación con sentimientos pasados y presentes, relevantes a los puntos arriba mencionados, el entrevistador postula preguntas bruscamente y enfatiza palabras claves. Con el fin de establecer juicios acerca del tipo de comportamiento, el entrevistador está entrenado para atender apuntes expresivos como el énfasis de la voz, una musculatura facial tensa, la rapidez de habla y un estado de hiperalerta. Atiende menos al contenido de las respuestas que el sujeto da ante sus preguntas (Rosenman, Friedman, Straus, Wurm, Kositchek, Haan, Werthenssen, 1964; Rosenman y Friedman, 1974). El individuo con una Personalidad Tipo A fuertemente desarrollada es clasificado como Tipo A_1 . El individuo con una Personalidad Tipo A ligeramente desarrollada es clasificado como Tipo A_2 . La persona que muestra una ausencia de características Tipo A o Tipo B y el individuo que tiene una mezcla igual de características Tipo A y B, son denominados Tipo X (Friedman y Rosenman, 1974). Parece que no tiene mucha trascendencia el hecho de que se separa el individuo Tipo A extremo del individuo con una caracterización Tipo A ligero. Un hallazgo interesante a este respecto es que entre 3,500 hombres estudiados en el WCGS durante ocho años y medio, el Patrón de Comportamiento Tipo A extremo (A_1) no predice un riesgo coronario que excede el que es presentado por el individuo Tipo A_2 , la forma menos extrema del Comportamiento Tipo A (Rosenman, Jenkins, Brand, Friedman, Straus, Wurm, 1975).

La tipificación del comportamiento es subjetiva, y es por esta razón que surgen algunos problemas relacionados a la entrevista

(Scherwitz, Berton, Leventhal, 1977). Los entrevistadores varían en su habilidad para preguntar e integrar los apuntes en los que respecta a la detección de un patrón global de comportamiento (ibid). En este mismo sentido, la autovaloración de un sujeto que se determina por el método de la entrevista, es poco confiable. Esto se debe al factor del reto interpersonal generado por la estimulación de la expresión del sujeto que contesta. Además, si el estilo del entrevistador afecta al sujeto que contesta, y el estilo del sujeto que contesta, retroalimenta y afecta el estilo subsecuente del entrevistado para preguntar, entonces, el control que tiene el entrevistador sobre la cadena retroalimentativa tendrá un efecto sustancial en la proporción de los individuos tipificados como sujetos A o B.

Con la intención de evitar algunas de estas limitaciones que son inherentes a la entrevista, algunos investigadores han desarrollado una variedad de técnicas sustitutivas de valoración de la personalidad propensa a la cardiopatía isquémica. El Jenkins Activity Survey for Health Prediction ha sido la más prominente en cuanto a medidas directas. Este cuestionario fue desarrollado por David Jenkins y sus asociados para medir el tipo de comportamiento (Jenkins, Friedman y Rosenman, 1965). Es un instrumento autoadministrable. Ha sido sujeto a varias revisiones desde 1965 con el fin de incrementar su confiabilidad como réplica de la entrevista estándar (Jenkins, Rosenman y Friedman, 1967; Jenkins, Eyzanski y Rosenman, 1971; Eyzanski y Jenkins, 1970). Originalmente, Jenkins y

sus asociados desarrollaron el Jenkins Activity Survey para medir el Comportamiento Tipo A en adultos que trabajan (Jenkins, Rosenman y Friedman, 1967). El instrumento fue estandarizado según la distribución de respuestas obtenidas por 2619 varones, sujetos en el WCGS. También, como ya se ha mencionado existe una forma del JAS para estudiantes (Krantz, Glass y Snyder, 1974).

El JAS contiene cuarenta y cuatro items, de los cuales veintiuno contribuyen a una detección general del Patrón de Comportamiento A. En cuanto a esta medida, las calificaciones varían entre 0 (Tipo B extremo) y 21 (Tipo A extremo). La medida total del patrón de Comportamiento que hace a un individuo propenso a la enfermedad coronaria, es llamada la Escala A (JAS - AB) (Lyzanski y Jenkins, 1970). Además, otras tres dimensiones fueron derivadas mediante el análisis factorial. Estos son componentes vistos independientemente de la Personalidad Tipo A total (ibid). El primer componente trata de la sensación de urgencia con respecto al tiempo, y del umbral para la irritabilidad, y es llamado Rapidez e Impaciencia (JAS - S). El segundo componente expresa el grado de las exigencias que son derivadas de la ocupación de un individuo y el grado de dedicación que demuestra hacia ella. Se llama involucramiento en el Trabajo (JAS - J). El tercer componente comprende autopercepciones tal y como la tendencia a trabajar con ahinco y la característica de competitividad o la de la seriedad. Es denominado Trabajar con Ahinco (JAS - H). El contenido de este cuestionario es parecido al de la entrevista. Los items seleccionados

y los pesos aplicados a ellos en la calificación de la encuesta, están basados en el grado con que cada ítem discrimina entre los grupos de criterio establecidos por la entrevista (Jenkins, Rosenman y Friedman, 1967; Jenkins, Eyzanski, Rosenman, 1971; Eyzanski y Jenkins, 1970).

Se ha cuestionado repetidamente si realmente el JAS replica los resultados de la entrevista. Brand et al., 1977 examinaron los datos originales derivados del JAS, y concluyeron que el JAS clasificó a un 63% de los sujetos correctamente. Jenkins, Rosenman y Friedman (1967) y Jenkins, Eyzanski y Rosenman, (1971) por otro lado, confirman que las calificaciones del JAS clasifican a un 73% de los sujetos en el WCGS, en forma correcta. Matthews y Saal (1978) examinaron la relación entre la clasificación derivada de la entrevista y la del JAS. Hallaron una frecuencia de acuerdo para la clasificación binaria de sujetos de 56% entre la entrevista y el JAS. Scherwitz, Berton y Leventhal (1977) relatan un acuerdo del 42% entre los resultados del JAS y los de la entrevista. MacDougall et al. (1979) hallaron una correlación de .30 entre las calificaciones de la entrevista y del JAS.

Aún cuando la construcción del Activity Survey involucró la utilización de la entrevista como el criterio, y ambos predicen la enfermedad coronaria (Friedman y Rosenman, 1974; Jenkins, Rosenman y Eyzanski, 1974), el Activity Survey se fundó en el contenido de la respuesta del sujeto. El JAS consta de una serie de preguntas que requieren la autovaloración del sujeto de algunos ras-

gos cotidianos y de algunos comportamientos relevantes a la dimensión Tipo A. Esta medida es insensible a los mecanismos verbales y motores del individuo (Dimsdale, 1979). En este sentido el JAS contrasta con la entrevista en cuanto a que esta última, como se aclaró anteriormente, se basa en el estilo de respuesta del sujeto (Brand, Rosenman, Jenkins, Sholtz y Zyzanski, 1977).

Glass (1977) realizó una serie de estudios que apoyan la validez de constructo del Patrón de Comportamiento Tipo A, cuando éste es detectado mediante el JAS. Jenkins (1978) apoya la validez convergente del JAS. Por otra parte, Brand, Rosenman y Jenkins et al. (1977) describen cómo la validez del JAS ha sido desbaratada.

No hay duda que el JAS se asocia en forma significativa con la enfermedad coronaria (Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1974; Jenkins, Rosenman y Zyzanski, 1974). Sin embargo, los resultados de los estudios retrospectivos no han resuelto la pregunta que trata del comportamiento como causa o efecto de la enfermedad coronaria clínica. Kenigsberg et al. (1974) mantienen la hipótesis que los rasgos comportamentales inferidos de los resultados de la aplicación del JAS, preceden la enfermedad coronaria. Sin embargo, Kornitzer (1981) afirma que el Patrón de Comportamiento Tipo A puede cambiar después de la ocurrencia de la enfermedad coronaria en cualquier dirección. Esto implica una falta de estabilidad en cuanto a la presentación de este patrón, y nos confunde en lo que toca a los efectos del Comportamiento A. Jenkins et al. (1971)

compararon las calificaciones de diferentes grupos en el JAS, antes y después de la ocurrencia de un evento coronario crucial. Hallaron que la escala JAS - AB erá más alta retrospectiva que prospectivamente, aunque esta tendencia no era significativa.

Hasta ahora entonces, tendríamos que aceptar de modo muy general, que la relación entre el JAS y la enfermedad coronaria es vigente. Kenigsberg et al. (1974) compararon a 48 pacientes hospitalizados por enfermedad coronaria con 42 pacientes control, internados por haber sido intervenidos quirúrgicamente. Los pacientes con enfermedad coronaria calificaron significativamente más alto en la escala JAS - AB del JAS. Los autores notaron además, que las diferencias en edad y sexo entre los dos grupos, no perjudicaron los resultados. Shekelle et al. (1976) publicaron los resultados de un estudio de prevalencia en lo cual se estudiaron 1,211 hombres entre los 45 y los 64 años de edad. Hallaron que las calificaciones que 57 sujetos con una historia de infarto miocárdico obtuvieron eran muy semejantes a aquellas que se registraron para el resto de la población. Sin embargo, al tomar en cuanta algunos otros factores de riesgo como la edad, los niveles de colesterol sérico, los niveles de la presión arterial diastólica y el tabaquismo, las calificaciones JAS - AB contribuyeron en forma significativa, a la diferenciación entre los hombres con y sin una historia de infarto miocárdico. La magnitud de la potencia de las calificaciones JAS - AB para diferenciar a los dos grupos era menor que aquella ejercida por los factores edad y nivel de

presión arterial diastólica, pero parecida a aquella ejercida por el factor nivel de colesterol sérico.

Kenigsberg et al. (1974) afirmaron además, que la escala JAS es aplicable a los dos sexos. El 23% de la muestra que él estudió consistía en mujeres. Al igual que se da el caso en lo que respecta a los hombres que padecen de la enfermedad coronaria, las mujeres con esta misma condición física calificaron más alto que las mujeres control, en las escalas JAS - AB y Trabajar con Ahinco.

Otra característica del JAS es que puede ser administrado a grupos grandes sin introducir una variabilidad de estímulos como los que surgen al cambiar de entrevistador en la aplicación de la entrevista. A este respecto, está el estudio de Kornitzer et al. (1981) nombrado el Belgian Heart Disease Prevention Project, que contempló una muestra de población de 19,380 varones, empleados en fábricas, entre las edades de 40 y 59 años de edad. Mediante una intervención multifactorial, Kornitzer revisó los datos de prevalencia de la enfermedad coronaria. Los sujetos participantes en este estudio llenaron un cuestionario médico llamado el London School of Hygiene Questionnaire on Angina (Rose, McCartney, Reid, 1977), en su versión auto administrable. Abarcaba también información acerca del grado de tabaquismo, de la escolaridad y del estatus socio profesional y civil. Además de la calificación JAS total, que es referida como la escala JAS - AB, los autores (Lyzanowski y Jenkins, 1970) definieron tres subescalas relativamente in-

dependientes, que son la JAS - S, la JAS - J y la JAS - H, referidas con anterioridad. El nivel de colesterol sérico fue determinado para los sujetos también, así como los resultados de sus exámenes electrocardiográficos. Los resultados presentados en el artículo de Kornitzer et al. (1981) conciernen a 6,112 sujetos del grupo de intervención que contestaron al JAS.

El trabajo de Ostfeld, Lebovits, Shekelle y Paul (1964) que demostró que los pacientes que desarrollaron angina de pecho tenían patrones de calificaciones en el Minnesota Multiphasic Personality Inventory diferentes de los que tipificaban a los sujetos que habían sufrido un infarto miocárdico, y el de Jenkins, Zyzanski y Rosenman (1978) quienes hallaron que los grupos de sujetos con angina de pecho o con un infarto miocárdico clínico o silencioso, mostraban patrones de respuestas distintas ante el JAS que fue presentado antes de la aparición de su enfermedad cardíaca, estimularon a Kornitzer et al. (1981) a definir varios grupos de sujetos con probables signos de enfermedad coronaria y a comparar a éstos con un grupo de 5,434 sujetos libres de enfermedad coronaria. Así fue como Kornitzer designó a los siguientes grupos: A - 5,434 sujetos libres de enfermedad coronaria, B y C - sujetos con angina de pecho; la mayoría de los sujetos tenían un electrocardiograma normal (grupo B), pero otros mostraban un electrocardiograma anormal (grupo C). Los grupos D y E se componían por sujetos con anomalías electrocardiográficas pero que no padecían la angina de pecho. 333 sujetos sin una historia de enfermedad coronaria, per

tenecían al grupo D y 53 sujetos con una enfermedad arterial coro
naria conocida formaron el grupo E. Entonces, todos los sujetos
con una enfermedad coronaria componían a los grupos B+C+D+E. Tam
bién, se compararon las escalas JAS de los pacientes con anormali
dades electrocardiográficas mayores (grupo F) y menores (grupo G).

Surgieron diferencias significativas entre los grupos con res
pecto a cada una de las escalas ya mencionadas. Los sujetos miem
bros del grupo A mostraban calificaciones más bajas en las escalas
JAS - AB y JAS - S, mientras que los del grupo D obtenían califica
ciones más bajas en las escalas JAS - J y JAS - H.

En lo que respecta a la comparación entre los pacientes con
enfermedad coronaria y los sujetos control, los pacientes califica
ban significativamente más alto en las escalas JAS - AB y JAS - S.
Al comparar todos los casos que padecían angina de pecho (los in
tegrantes de los grupos B y C), con los que tenían anomalías
electrocardiográficas, pero que no padecían la angina de pecho
(los integrantes de los grupos D y E), los pacientes con angina
de pecho calificaron más alto en las escalas JAS - AB, JAS - S y
JAS - H. No hubo diferencias en las calificaciones que los pacien
tes con angina de pecho y un electrocardiograma normal (grupo B)
y los pacientes con angina de pecho y una electrocardiograma anor
mal (grupo C), obtuvieron en la escala JAS - S. Por otro lado,
los pacientes sin angina de pecho, pero con anomalías electro
cardiográficas (grupo E), calificaban significativamente más al-

to en las escalas JAS - AB y JAS - J que aquellos pacientes sin una historia de enfermedad coronaria (grupo D). Los sujetos con anomalías electrocardiográficas menores (grupo G) calificaron más altamente únicamente en la escala JAS - AB.

Kornitzer et al., ejecutaron un análisis multivariado de función discriminante para comparar los grupos A y E. Cuando se empleó la escala JAS - AB, ésta además de la presión arterial sistólica, la edad y el tabaquismo fueron identificados como discriminadores significativos. Al incluir las escalas JAS-S, JAS-J y JAS-H, se comprobó que la escala JAS - S también discriminó los dos grupos en forma significativa, así como también la presión arterial sistólica, la edad y el tabaquismo.

Se comparó a todos los sujetos normales (grupo A) con todos los casos (sujetos en los grupos B, C, D o E); con todos los pacientes con angina de pecho (los integrantes de los grupos B y C); y con todos los otros casos con cardiopatía isquémica, respectivamente. Así mismo, se comparó a todos los sujetos normales (grupo A) con los sujetos integrantes de los grupos D y E, por separado.

Al comparar todos los casos con los sujetos normales, la edad, la presión arterial sistólica, la escala JAS - AB o de manera alternativa, la escala JAS - S y el nivel de colesterol sérico eran discriminadores significativos. Los sujetos con angina de pecho diferían de los sujetos normales con respecto a la edad y la escala JAS - AB o con respecto a las calificaciones obtenidas en las

escalas JAS - S y JAS - H. En comparación con los sujetos integrantes del grupo A, los de los grupos D y E calificaron significativamente más alto en la escala JAS - S, mientras que la escala JAS - AB no discriminó en forma significativa entre estos dos grupos. Los pacientes con anomalías electrocardiográficas pero sin una historia de enfermedad coronaria (grupo D) no diferían de los sujetos normales en cuanto a sus calificaciones en la escala JAS - S. Es decir, tenían a la rapidez y a la impaciencia, mientras que calificaban más bajo en la escala JAS - J. En comparación, los pacientes con anomalías electrocardiográficas y una enfermedad coronaria conocida (los integrantes del grupo E) calificaban significativamente más alto en la escala JAS - AB cuando se les comparaba con los sujetos normales, aunque no diferían en lo que respecta a las escalas JAS - S, JAS - J y JAS - H.

Kornitzer et al. (1981) también comparó a todos los sujetos con angina de pecho (grupos B y C) con todos los sujetos con anomalías electrocardiográficas, pero sin angina de pecho (grupos D y E). Los sujetos en los grupos B y C tenían una presión arterial sistólica más baja y obtuvieron calificaciones más altas en las escalas JAS - AB o de manera alternativa, en la escala JAS - H, que los sujetos que integraron los grupos D y E.

Se compararon los sujetos sin angina de pecho pero con anomalías electrocardiográficas y se subdividieron en dos grupos dependiendo de la presencia o ausencia de una historia de enferme

dad coronaria. Aquellos sujetos con una historia positiva (grupo E) calificaron más alto en la escala JAS - AB, pero no en las escalas JAS - S, JAS - H o JAS - J.

Al comparar los sujetos con anomalías electrocardiográficas mayores (grupo F) con sujetos con anomalías electrocardiográficas menores (grupo G), se halló que diferían en el Body Mass Index y en los hábitos de tabaquismo.

Kornitzer et al. (1981) concluyeron que el Comportamiento tipo A determinado por el Cuestionario JAS estaba relacionado con la prevalencia de la enfermedad coronaria. Pero la asociación entre la escala JAS- AB y la enfermedad coronaria se mantiene solamente para los sujetos con angina de pecho o con anomalías electrocardiográficas y con una enfermedad coronaria conocida. También se mantiene esta asociación al tomar en cuenta otros factores de riesgo coronario.

Estos resultados aluden al hecho de que el Patrón de Comportamiento Tipo A es el resultado de la enfermedad coronaria y no un factor de riesgo antecedente. Sin embargo, una inspección de las diferencias entre los resultados obtenidos de la escala JAS - AB, o de las escalas JAS - S, JAS - J y JAS - H, es reveladora. Los sujetos con anomalías electrocardiográficas, pero sin angina de pecho (grupos D y E), y aquellos sin una historia previa de enfermedad coronaria (grupo D), no diferían de los sujetos normales en la escala JAS - AB. Pero, al emplear las subescalas, di

ferencias significativas aparecieron en relación a la escala JAS - S, lo que indica que los sujetos de los grupos D y E eran más propensos a la rapidez y a la impaciencia.

Esta diferencia en las calificaciones JAS - AB y las subescalas, según Kornitzer et al. (1981) puede ser explicada en vista del hallazgo que sujetos con anomalías electrocardiográficas (especialmente aquellos sin una historia previa de enfermedad coronaria), calificaron más bajo en las escalas JAS - J y JAS - H, que los sujetos normales. Las escalas JAS - J y JAS - H están significativamente correlacionadas con la escala JAS - AB, lo que pudiera explicar porqué la escala JAS - AB no discriminó entre los grupos A y D + E, o entre los grupos A y D. Entonces, Kornitzer et al. sugieren que las calificaciones en la escala JAS - S son posibles antecedentes y predictores de las anomalías electrocardiográficas, aún en pacientes sin angina de pecho.

Jenkins, Zyzanski y Rosenman (1971) observaron también las calificaciones JAS - S, JAS - J y JAS - H en función de los incidentes ocurridos, relacionados a la enfermedad coronaria. La escala JAS - J era la única escala que mostró cambios consistentes en función de cuándo ocurrió el incidente coronario. Los sujetos que presentaron el JAS después de la ocurrencia de su enfermedad, calificaron muy alto en esta escala. Sin embargo, estos sujetos no obtuvieron calificaciones tan altas en la escala JAS - S.

A este respecto, vale la pena comparar los resultados de Kornitzer et al. con los de otros autores. Kenigsberg (1974) al comparar 48 pacientes hospitalizados con 42 pacientes controles, halló que los pacientes hospitalizados calificaron significativamente más alto en las escalas JAS - AB y JAS - H, pero reportó también que no había diferencias significativas en la escala JAS - J.

El estudio realizado a gran escala en 1,211 hombres entre los 45 y los 64 años de edad, por Shekelle et al. (1976), ya referido, debe de ser tomado en cuenta en la comparación de los estudios de prevalencia que emplean el JAS. En este estudio, las calificaciones que 57 sujetos con una historia de infarto miocárdico obtuvieron en el JAS - AB eran iguales que las demás que fueron registradas para el resto de la población, hasta que se consideraron otros factores de riesgo coronario, como la edad, los niveles de colesterol sérico, de la presión arterial diastólica y el tabaquismo, mediante un análisis multivariado de regresión. Hasta entonces, los autores afirmaron que las calificaciones JAS - AB contribuyeron significativamente a la diferenciación de hombres con y sin una historia de infarto miocárdico. La magnitud de la contribución de estas calificaciones era menor que la de la edad y el nivel de la presión arterial diastólica, pero similar a la que se comprueba por el nivel de colesterol sérico.

Refiriéndonos ahora a los estudios europeos, todos publicados en 1979, Appels et al. (1979) quien estudió una población de

varones holandeses de Rotterdam, entre los 45 y los 59 años de edad, validaron la escala JAS - AB con la entrevista estándar, ad ministrándolo a una población de 2,712 sujetos. Ciento cuarenta y nueve sujetos con angina de pecho calificaron significativamente más alto en la escala que el resto de la población, pero no hubo diferencias significativas entre los pacientes con y sin una historia de infarto miocárdico. Zyzanski et al. (1979) publicaron un estudio de caso control realizado en Polonia, en el cual se comparó a 149 pacientes varones con infarto miocárdico con 38 sujetos controles sanos y a 80 pacientes médicos sin enfermedad cardiovascular. Los pacientes con una historia de infarto miocárdico calificaron significativamente más alto que los sujetos controles en las escalas JAS - AB y JAS - H. Además, los pacientes estaban más propensos a la rapidez y a la impaciencia y estaban menos involucrados en su trabajo que los sujetos control, aunque las diferencias obtenidas no eran grandes, ni estadísticamente significativas. En este estudio, las medias de las calificaciones JAS - AB, JAS - S y JAS - H obtenidas por los sujetos control sanos y por los pacientes, eran mucho más altas que aquellas obtenidas en el estudio de Kornitzer et al. Quizá, como las discrepancias en los resultados anotadas entre los estudios citados arriba y el de Kornitzer et al., esto tiene algo que ver con las diferencias existentes en lo que respecta a la distribución de la clase social, en estos estudios, o bien con los análisis realizados. Por ejemplo, en el estudio de Zyzanski, los pacientes eran ejecuti

vos mientras que en el estudio de Kornitzer et al., 70% de los su
jetos eran empleados de clases socioeconómicas más bajas.

Vale la pena mencionar aquí que Kornitzer et al. sugirieron que estudios prospectivos que toman en cuenta el riesgo coronario usual y a los factores socioculturales, y que utilizan la entrevista estándar y el JAS para detectar el Patrón de Comportamiento Tipo A, verificarían el hecho de que los sujetos con un Comportamiento Tipo A son propensos a la enfermedad coronaria, independientemente de sus antecedentes de clase social o socioculturales.

Una revisión de los estudios indica que el JAS es la medida más frecuentemente empleada para la detección del Patrón de Comportamiento Tipo A (Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1979), aunque ha predicho la enfermedad coronaria mucho menos veces que la entrevista estándar (Brand, Rosenman, Jenkins, Sholtz y Zyzanski, 1977). El JAS clasifica equivocadamente a 37% de los individuos Tipo A y a un 38% de los individuos Tipo B, que son detectados por la entrevista estándar (Rosenman, 1976). Jenkins et al. (1974) han reconocido que el JAS no es adecuado para la predicción de cardiopatía isquémica, especialmente cuando es presentada por casos individuales o por grupos pequeños de sujetos. Se ha pensado que la entrevista estándar ha sido el mejor predictor de la enfermedad coronaria y que ha brindado una comprensión más precisa de los procesos componentes del Comportamiento Tipo A.

En vista de lo que se ha dicho hasta ahora en relación a los

pros y contras de los métodos de asesoría de la Personalidad Tipo A, la entrevista estándar y el JAS, sería ilustrativo considerar los estudios que se han llevado a cabo empleando ambos instrumentos.

Varias observaciones acerca de los atributos físicos que exhiben los individuos con una Personalidad Tipo A han estimulado un análisis de la entrevista (Schervitz, Berton y Leventhal, 1977, 1978). Estas incluyen gestos abruptos y manierismos psicomotores que comprenden una postura de hiperalerta (Friedman y Rosenman, 1959; Jenkins, 1978; Zyzanski, 1978), músculos faciales tensos (Friedman y Rosenman, 1959), una explosividad del habla y una habla vigorosa (ibid; Jenkins, 1978; Zyzanski, 1978), y una rapidez y volumen fuerte en el habla (Schucker y Jacobs, 1977; Schervitz, Berton y Leventhal, 1977, 1978). En su análisis de la entrevista Schervitz, Berton y Leventhal (1977, 1978) identificaron cuatro aspectos del habla que explican un 52% de la varianza en la detección del tipo de comportamiento por un entrevistador. En orden de su fuerza predictiva de la Personalidad Tipo A, son: el énfasis de la voz, la rapidez del habla, la rapidez de contestar y el contenido de la respuesta. Las primeras tres características señaladas describen un habla rápida y explosiva de las personas Tipo A, lo que puede ser cotejado por los autores mencionados arriba, además de otros como Rosenman y Friedman (1974) y Friedman, Brown y Rosenman (1961). Se puede concluir entonces, que la entrevista es más provocativa que el JAS (Dimsdale, 1979), en cuan-

to a que los aspectos expresivos del habla son los mejores discriminadores del Comportamiento Tipo A cuando ésto es acertado por la entrevista. Es posible que existan correlaciones entre estos apuntes y otros que conciernen a la Personalidad Tipo A, como son las reacciones posturales y faciales (Scherwitz, Berton y Leventhal, 1977), por ejemplo. Sin embargo, se ha afirmado (ibid) que en el dominio de la expresión vocal los apuntes que discriminan el tipo de comportamiento son relativamente independientes entre sí. Una contestación enfática no necesariamente implica una contestación rápida o cargada de contenido Tipo A.

El que los aspectos expresivos del habla discriminan en forma excelente el Comportamiento Tipo A mediante la entrevista tiene relación además con los resultados de otro análisis realizado acerca de los apuntes del habla (Schucker y Jacobs, 1977). Estos últimos investigadores calificaron nueve características distintas del habla que detectaron mediante grabaciones de 98 entrevistas que habían sido tipificadas por Patrón de Comportamiento, por el Dr. Ray H. Rosenman. También en esta investigación el énfasis y la rapidez del habla eran predictores principales para la valoración. Explicaron un 48% de la varianza en lo que toca a la tipificación. La similaridad entre los resultados de Scherwitz, Berton, Leventhal (1977) y Schucker y Jacobs, sugieren que diferentes jueces dan un peso relativamente igual a los apuntes verbales que han sido reconocidos como primarios por su capacidad de discriminar el tipo de comportamiento.

Un análisis parecido emplea el JAS como el criterio para la tipificación del comportamiento. Este mostró que únicamente el contenido de las respuestas del sujeto predecía la tipificación (Schervitz, Berton y Leventhal, 1977). Predecía un 53% de la varianza en la calificación total del Cuestionario JAS (ibid).

El JAS es primordialmente una medida de contenido, pues no está relacionado con un comportamiento expresivo como el que se refleja por los apuntes discriminadores evocados durante la entrevista (ibid). A este respecto, Schervitz, Berton y Leventhal (1977) afirmaron que el contenido y los apuntes expresivos de la respuesta no estaban correlacionados. Ambas técnicas de valoración están enfocadas a aspectos diferentes e independientes del Comportamiento Tipo A (ibid). En otras palabras, hay un alto grado de independencia entre los componentes expresivos y de contenido, del Comportamiento Tipo A, aún cuando existe una consistencia considerable entre el contenido reportado en el JAS y en la entrevista. Entonces, si el contenido y el estilo de la respuesta no están relacionados, el JAS y la entrevista predicen la enfermedad coronaria en base a procesos fundamentalmente diferentes.

Es esta independencia de las características del habla que originan una duda en lo que respecta a la confiabilidad de la entrevista, tema tocado anteriormente. Este hecho sugiere porqué es difícil enseñar la asesoría de la Personalidad Tipo A (ibid). El entrevistador debe atender y pesar comportamientos múltiples

e independientes. Simultáneamente, debe revisar una variedad de apuntes y tomar una decisión para combinarlos, sin tener una fórmula para realizar ésto. Este problema se duplica si el peso asignado a apuntes cambia conforme el tiempo del entrenamiento se alarga, conforme los valores sociales cambian o conforme diferentes poblaciones son entrevistadas (ibidi).

El estudio de Scherwitz, Berton y Leventhal (1977) es muy parecido al de los mismos autores realizado en 1978. Trata de ubicar los apuntes usados para la calificación del comportamiento, explorar las interrelaciones entre estos apuntes, y examinar los detalles de la interacción entre el entrevistador y el sujeto que responde. Los entrevistadores del estudio de Scherwitz, Berton y Leventhal (1977) no sabían que las entrevistas iban a ser sujetas a un análisis detallado. Tampoco sabían qué tipo de comportamiento tenía el sujeto que contestaba a la entrevista, o su calificación en el JAS que de antemano, fue determinado. Así, se aseguró que las características del habla del entrevistador no eran afectadas por el tipo de comportamiento del sujeto contestando. Algunos auditores entrenados calificaron las características de habla del entrevistador y de los sujetos contestando. Calificaron tres comportamientos expresivos: la rapidez con que fue realizada la respuesta, la rapidez del habla del sujeto y el énfasis que se capta, de la respuesta. Los items empleados para tal efecto son apuntados a continuación y las palabras escritas con letras mayúsculas son comunicadas con un mayor énfasis. Trabajar con Ahinco.

1. ¿Está SATISFECHO con su ejecución en clase según refleja sus calificaciones? ¿Porqué o porqué no? 2. ¿Ud. se describiría como un tipo de hombre que TRABAJA CON AHINCO y que es AMBICIOSO en lo que respecta al anhelo de lograr lo que se propone, terminando así las tareas tan RAPIDO como le sea posible? o, ¿Se describiría como una persona relativamente relajada y calmada? 3. ¿Piensa que Ud. TRABAJA CON AHINCO para LOGRAR las cosas que se propone MAS que los otros estudiantes? 4. Cuando no hay un examen programado para un futuro cercano, ¿Hace trabajo escolar por las noches? ¿Qué tan seguido? Competición. 5. Cuando juega con otras personas de su MISMA edad, ¿Juega por DIVERSION o para GANAR? 6. ¿Compite con sus compañeros por las calificaciones? ¿Goza de la competencia? Urgencia con respecto al tiempo. 7. Si tiene que esperar, ¿Lo RESIENTE? 8. Si ve alguien realizando una tarea LENTAMENTE y SABE que Ud. lo podría hacer más rápido y mejor, ¿Se SIENTE INQUIETO al observarlo? 9. ¿Tiene la sensación de que el TIEMPO pasa demasiado RAPIDO para que LOGRE todo lo que tiene planeado REALIZAR en un día?

Los auditores también calificaron el contenido de las respuestas, esto es competitividad, trabajar con ahinco y urgencia en el tiempo. Una revisión del JAS que contiene preguntas adecuadas para un estilo de vida estudiantil (Krantz, Glass y Snyder, 1974), fue aplicado en la Universidad de Wisconsin. Además nueve de las 27 preguntas de la entrevista fueron seleccionadas para calificación. Estas tenían una alta validez como medidas de cada una de las tres

Áreas: competitividad, trabajar con ahinco y urgencia con respecto al tiempo. Estas preguntas elicitaron respuestas más largas que una palabra.

Las características del habla manifestadas durante el segmento de la entrevista que tienen que ver con la urgencia con respecto al tiempo, explican un 64% de la varianza en la tipificación por entrevista. El segmento trabajar con ahinco explica un 17% de la varianza en la misma valoración por entrevista mientras que las características del habla que tienen que ver con la competencia no son predictivas de una personalidad precisa. Entonces, el entrevistador tipificó el comportamiento primordialmente en base a la conducta expresiva del sujeto que ocurre durante el segmento de la entrevista que trata la urgencia con respecto al tiempo.

El contenido de las respuestas del sujeto que contestaba explicó un 53% de la varianza en los resultados del JAS cuando éste es tomado como una medida de la calificación global de la Personalidad Tipo A, y un 40 y 42% de la varianza en lo que respecta a la consideración de los factores trabajar con ahinco y rapidez e impaciencia, respectivamente.

En el estudio a consideración, los autores se fijaron en cualquier tipo de evidencia accesible para poder apoyar la hipótesis que el Comportamiento Tipo A del entrevistador como estímulo crítico, tuvo un impacto en las reacciones expresivas y en los sentimientos del sujeto contestando. Se pensó que las presiones interperso-

nales son capaces de estimular a los comportamientos abiertos observados en la tipificación del comportamiento y a los cambios cardiovasculares menos obvios que engendran riesgo, afectando a los sujetos Tipo A y B en forma diferencial. Sin embargo, no se pudo confirmar que hubiese efectos directos de las características del habla del entrevistador en las características del habla del sujeto. Las características del habla del entrevistador como el énfasis de la voz, la rapidez del habla y de preguntar, no variaba a través de diferentes temas o para diferentes tipos de comportamientos. A su vez, no había evidencia para suponer que el estilo en que un sujeto responde afecta al estilo con que el entrevistador pregunta.

El énfasis de la voz del entrevistador era la única característica del habla que se correlacionó consistentemente con los sentimientos del entrevistado Tipo A. Estos sentimientos son especificados como los que tratan con la prisa, la irritabilidad y con el involucramiento en el contenido de la entrevista. Aunque el énfasis en el habla del entrevistador estaba negativamente correlacionado con las valoraciones de involucramiento para todos los sujetos, las correlaciones eran más robustas para las personas Tipo A que para los individuos Tipo B. Los resultados ponen de manifiesto que cuando el entrevistador incrementó el énfasis en su habla, todos los sujetos se mostraban menos involucrados en el contenido de la entrevista, pero los sujetos Tipo A en particular experimentaron más prisa e irritación que los sujetos Tipo B. Es decir,

una incrementada provocación del entrevistador está asociada con sentimientos de imposición, con una necesidad de prisa y con sentimientos de irritabilidad, pero con un involucramiento apenas notable en el contenido así como un nivel bajo de un contenido Tipo A en lo que respecta a la respuesta.

Las correlaciones entre los reportes de sentimientos y las características del habla de los sujetos, indican que las características del habla se correlacionan solamente con los reportes de involucramiento y que son más fuertes para los sujetos Tipo A que para los sujetos Tipo B. Cuando los niveles de involucramiento eran más altos, los sujetos Tipo A manifestaron un más alto contenido Tipo A, así como un énfasis más marcado en su habla, pero la rapidez de su habla enlenteció. Los sujetos Tipo B no mostraron correlaciones significativas entre el grado de involucramiento y el contenido de su comunicación o el énfasis en su habla, pero en contraste con los sujetos Tipo A, la rapidez de su habla incrementa conforme se experimenta más involucramiento.

El grado de involucramiento que muestra un individuo puede actuar para movilizar e integrar los sistemas determinando sus respuestas comportamentales, emocionales y fisiológicas (Schervitz, Berton y Leventhal, 1978). Lo anterior puede explicar por qué las personas Tipo A muestran correlaciones tres veces mayores que las personas Tipo B, entre las características del habla del entrevistador y su habla, y entre la intensidad de su expresión

emocional y su reactividad cardiovascular.

Los análisis de correlaciones referidos arriba sugieren asociaciones más fuertes entre el comportamiento del entrevistador, los reportes de sentimientos provocados y las características del habla de los sujetos Tipo A que para los sujetos Tipo B (Scherwitz, Berton y Leventhal, 1977). El patrón de correlaciones sugiere que las reacciones sentimentales pueden ser mediadores importantes que ligan el comportamiento del entrevistador a las reacciones sentimentales menos obvias y a los comportamientos expresivos abiertos de los sujetos Tipo A (ibid). La expresión de los sentimientos ante las demandas externas y la liga entre los sistemas comportamentales expresivos y estos sentimientos, puede intervenir en el hecho de que los sujetos Tipo A sean más vulnerables a los retos de su ambiente. Si estos retos despiertan sentimientos que alteran la respuesta cardiovascular, se podría precisar una liga potencial entre estos retos y un riesgo para la enfermedad coronaria. Scherwitz, Berton y Leventhal (1978) elaboran acerca de las reacciones fisiológicas de estos sujetos (ver involucramiento bajo Algunos Aspectos Psicosociales de la Enfermedad Coronaria en la Revisión de la Literatura).

Ha habido una abundancia de reportes que tratan la investigación de los posibles efectos patofisiológicos del Comportamiento Tipo A en el corazón (Rosenman, Brand, Jenkins et al., 1975). Algunos han empleado la entrevista y otros el JAS. Zyzanski et

al. (1976) reportaron el primer estudio angiográfico en el cual se comprobó que el Comportamiento Tipo A medido por el JAS estaba positivamente asociado con el grado de enfermedad coronaria. Frank et al. (1978) también afirmaron esta asociación positiva empleando la entrevista. Por otro lado, Blumenthal et al. (1978) reportaron que el grado de enfermedad coronaria está asociado con la medición de la Personalidad Tipo A por entrevista, pero no por el JAS. No obstante, hay autores como Dimsdale, Hackett y Hutter et al. (1978) y Dimsdale et al. (1979) que niegan una asociación entre la Personalidad Tipo A medida por el JAS y los hallazgos de la angiografía coronaria. Aún otros comunican una falta de asociación entre la Personalidad Tipo A medida por la entrevista semiestructurada y los hallazgos angiográficos (Dimsdale, Hackett, Hutter, Block, Catanzano y White, 1979; Friedman, Brown, Rosenman, 1969).

Los sujetos empleados, por ejemplo, en el estudio de Dimsdale, Hackett, Hutter, Block, Cantanzano y White (1979) eran varones de habla inglesa entre 18 y 70 años de edad que tenían una inteligencia promedio. Debido a que presentaron síntomas de enfermedad coronaria arterial, esperaban ser cateterizados en el Massachusetts General Hospital. Un radiólogo cardíaco y un cardiólogo juzgaron un vaso coronario significativamente ancho si la angiografía revelaba un adelgazamiento mayor que 50% en el diámetro del vaso. Midiéron cuatro segmentos de las arterias coronarias: la coronaria izquierda, la descendente anterior izquierda, la cir

cunfleja y la arteria coronaria derecha. Las calificaciones JAS obtenidas por aquellas personas con y sin una enfermedad de los vasos, y de pacientes con ninguno o con uno de los vasos enfermos, así como de los pacientes con múltiples vasos enfermos, fueron contrastadas. No hubo una asociación significativa y positiva entre las calificaciones JAS y los pacientes con enfermedad de vaso, ni entre las calificaciones JAS y los pacientes sin enfermedad de vaso; tampoco hubo una asociación entre las calificaciones JAS y los pacientes con muchos vasos enfermos o entre las calificaciones JAS y pacientes con cero o solamente un vaso enfermo. Así mismo, no había una relación significativa entre la Personalidad Tipo A juzgado por la entrevista y el grado de enfermedad coronaria de los vasos. La ausencia de relación entre la Personalidad Tipo A medida por el JAS y por la entrevista, y el grado de enfermedad coronaria contrasta con los hallazgos de Lyzanski et al. (1976) y Frank (1978).

Las diferencias en los resultados podrían ser explicadas por las diferencias metodológicas entre los estudios (Dimsdale, Hackert, Hutter, Block, Cantanzano y White, 1979). En algunos estudios se empleó la entrevista semi estructurada (Friedman, Brown y Rosenman, 1969) y en otros se empleó el JAS (Jenkins, Rosenman y Friedman, 1967). Otra fuente de distinción metodológica eran las diferentes definiciones de enfermedad coronaria arterial, referidas en cada estudio. En algunos estudios, la enfermedad de vaso era definida como una oclusión del 50% y en otros, como una oclusión

del 75% (Dimsdale, Hackett, Hutter, Block, Catanzano, White, 1979). Algunos estudios incluyeron hombres y mujeres en su muestra y otros consideraban hombres únicamente (ibid).

Con respecto al primer punto, quizá la confianza que uno tiene en la habilidad discriminativa del JAS llega a ser dudosa por los casos fronterizos (entre la Personalidad Tipo A y B) (Dimsdale et al. 1979). De la misma manera, uno podría dudar también de la clasificación por entrevista de los individuos Tipo A_2 o X (ibid). La población que consiste en personas Tipo A_1 y B podría ser una muestra limitada, pero más confiable en cuanto a su clasificación (ibid). En el estudio citado, los autores estudiaron las características angiográficas de acuerdo con las mediciones de la Personalidad Tipo A, después de eliminar las clasificaciones intermedias obtenidas del JAS y de la entrevista. Las calificaciones obtenidas en el JAS estaban significativamente asociadas con las obtenidas en la entrevista. Cuando se considera toda la muestra, el porcentaje de acuerdo en la clasificación entre el JAS y la entrevista es de 72%, lo que se compara con el acuerdo original reportado por Jenkins et al. (Jenkins, Rosenman, Friedman, 1967) y al acuerdo hallado al emplear una población belga (Kittel, Kornitzer, Zyzanski, Jenkins, Rustin y Degré, 1978), y de 84% cuando se excluyen los tipos de personalidades intermedias. Dimsdale, Hackett, Catanzano y White (1979) afirman que las mejoras en el acuerdo entre ambos instrumentos, conforme uno limita el tamaño de la muestra, se derivan del incremento en su sensibilidad. Es decir,

si uno elimina las calificaciones intermedias del JAS y/o, estos instrumentos pueden reconocer mejor el Tipo A verdadero y minimizar el número de falsos negativos (de Tipos A equivocadamente clasificados como Tipos B).

No obstante, los resultados del análisis de la entrevista y de la clasificación de la personalidad por el JAS son consistentes en cuanto a que ninguno de los dos instrumentos están asociados con la enfermedad de los vasos coronarios. Después de eliminar a los individuos clasificados como A_2 o X, las calificaciones obtenidas en la entrevista todavía no se asociaban con la enfermedad de los vasos. De igual modo, después de excluir a los individuos cuyas calificaciones JAS se ubicaron en medio de la desviación estándar de la distribución de las calificaciones JAS, el JAS no estuvo tampoco significativamente asociado con la enfermedad de los vasos. Finalmente, aún examinando las dos muestras y considerando sólo aquellos casos en que las calificaciones del JAS y de la entrevista son congruentes, no existe una asociación significativa entre éstas y el grado de enfermedad de vaso.

Basándose en lo anterior, los autores concluyen que una equivocación en la clasificación de personas Tipo A y Tipo B, no explica la falta de asociación significativa entre la Personalidad Tipo A y el grado de enfermedad de vaso. En primer lugar, hubo un acuerdo del 72% entre las calificaciones de la entrevista y del JAS y en segundo lugar, aún después de eliminar a más de dos

tercios de la muestra por el empleo de una definición más estricta de la Personalidad Tipo A, no había una asociación significativa entre la Personalidad Tipo A y el grado de enfermedad arterial coronaria. Quizá es más factible pensar que las diferencias entre los hallazgos de los autores del estudio a consideración y los de estudios similares, se deben a diferencias sutiles en las características de las poblaciones estudiadas, como son la etnicidad o la clase social. Este tema es tratado en la sección de este trabajo intitulada Factores Socioculturales Asociados a la Cardiopatía Isquémica.

Se concluye que dado que cada instrumento se enfoca en diferentes aspectos del Comportamiento Tipo A, ambos deben ser empleados cuando sea posible. La relación entre enfermedad de vaso y calificación en medidas del Comportamiento Tipo A pudiera aclararse al añadir otras pruebas a la investigación de la Personalidad asociada con la cardiopatía isquémica.

Valoración por el "Neuromental Questionnaire", de los Predicadores del Infarto Miocárdico que no son Factores de Riesgo ya Establecidos.

Friedman, Ury, Klatsky y Siegelau (1974) emplearon un cuestionario psicológico predictivo del infarto miocárdico en el Kaiser Permanente Epidemiological Study of Myocardial Infarction. El propósito de este estudio fue una exploración de datos obtenidos de un chequeo multifásico de la salud anterior a un infarto mio-

cárdico, para identificar algunos predictores de infarto miocárdico que no son factores de riesgo coronario ya establecidos como son: el nivel de colesterol sérico, la presión arterial, el tabaquismo, la intolerancia a los carbohidratos (la diabetes mellitus), la obesidad y las anomalías electrocardiográficas, ya que tales factores de riesgo explican solamente en forma parcial la ocurrencia de infarto miocárdico. Se conoce el estudio como epidemiológico y de caso-control.

El chequeo multifásico de la salud incluía la administración del Neuromental Questionnaire que consta de 155 ítems procedentes de diferentes fuentes. Aproximadamente dos tercios de los ítems fueron tomados de o adaptados del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Estas 155 preguntas fueron seleccionadas de un grupo originalmente más grande de preguntas, porque diferencian mejor entre pacientes con problemas psiquiátricos atendidos en una clínica psiquiátrica y los sujetos participantes en el chequeo multifásico de la salud sin anomalías psíquicas significativas, según sus médicos. Además, los autores mencionados arriba eligieron estas preguntas por su probable utilidad en la identificación de individuos con problemas emocionales, y no porque pudieran estar relacionadas con un infarto miocárdico.

De todos modos, los autores querían saber si el cuestionario predecía el infarto miocárdico, si algunas de las preguntas diferenciaban a los sujetos caso o control en forma significativa. Se pudo demostrar que más preguntas predecían el infarto miocárdico

de lo que se pudiera esperar al azar. Los autores pretendían después determinar si el cuestionario estaba relacionado con el infarto miocárdico porque medía ciertos rasgos psicológicos predictivos del mismo. El cuestionario fue enviado a cinco expertos en los factores psicosociales que intervienen en la enfermedad coronaria. Se recuperó una lista de preguntas ante las cuales, los individuos Tipo A respondieron positivamente y otra lista ante la cual las personas Tipo B contestaron positivamente. También se elaboró una lista de ítems que debían de ser contestados en forma positiva por personas con una insatisfacción en la vida y una sensación de agotamiento emocional, comunes en la fase prodromica del infarto miocárdico. Así mismo, una lista fue obtenida de ítems indicativos de la ansiedad, de neuroticismo, de la depresión y de la somatización. En una comparación de los sujetos casos con infarto miocárdico y sujetos control en riesgo de infarto miocárdico, una respuesta positiva se asoció la mayoría de las veces con el infarto miocárdico, ante la pregunta "¿Durante el año pasado, experimentó agotamiento con frecuencia?". El ítem más negativamente asociado con el infarto miocárdico era, "De vez en cuando me río de los chistes negros". Los autores concluyeron que las características psicológicas detectadas por el cuestionario estuvieron relacionadas con un desarrollo subsecuente de infarto miocárdico.

El análisis del cuestionario a consideración es particularmente importante porque supera algunos puntos, objetos de crítica en estudios anteriores. Esto son, por ejemplo, que el estatus mental

ha sido valorado después de la ocurrencia de enfermedad, lo cual de lugar a la veracidad de la suposición de que los rasgos observados pueden resultar de la enfermedad y no ser predisponentes a ella (Ibrahim, Sackett, Kantor, 1967; Lebovits, Shekelle, Ostfeld, 1967), y que los estudios se basaron solamente en observaciones de personas enfermas sin considerar a los grupos control. Friedman, Ury, Klatsky y Siegelaub, en contraste, median los rasgos psicológicos de sujetos caso y control, antes del infarto miocárdico, a diferencia de otros estudios (Ostfeld, Lebovits, Shekelle, 1964; Brozek, Keys, Blackburn, 1966; Paffenbarger, Wolfe, Notkin et al., 1966; Thorne, Wing, Paffenbarger, 1968; Rosenman, Friedman, Straus et al., 1966; Jenkins, Rosenman, Zyzanski, 1968).

El grupo de sujetos casos consistía en 330 pacientes hospitalizados por su primer infarto miocárdico en el Oakland o San Francisco Kaiser Foundation Hospital. Todos recibieron un chequeo multifásico de la salud un promedio de 16.8 meses antes de su primer infarto miocárdico. Tenían entre 24 y 84 años de edad y pertenecían a los dos sexos y a diferentes grupos étnicos y socioeconómicos. Dos grupos de sujetos control fueron seleccionados de los 120,000 pacientes que recibieron el referido cheque multifásico de la salud. El primer grupo de sujetos control se denominó "controles ordinarios" y cada sujeto de este grupo fue apareado con un sujeto "caso" de acuerdo a sexo, color de piel, edad y fecha de examen. Los sujetos de otro grupo fueron denominados "controles en riesgo" y cada sujeto de este grupo era apareado con un sujeto

"caso" de acuerdo a todas las características mencionadas arriba, menos la fecha de examen. Además, cada sujeto control en riesgo estaba apareado con un sujeto caso correspondiente en algunos de los factores de riesgo coronario medidos durante el chequeo multifásico de la salud, que se derivan del colesterol sérico, la presión arterial sistólica y diastólica, la glucosa sérica, el tabaquismo y las anomalías electrocardiográficas. Finalmente, 330 sujetos casos, 349 sujetos controles en riesgo y 345 sujetos controles ordinarios terminaron el cuestionario después de haber sido sometidos al chequeo multifásico de la salud.

Algunos de los resultados contradicen la concepción popular de que la preocupación y la tensión dan lugar al infarto miocárdico. Por ejemplo, para el ítem "Tengo problemas debido a una preocupación frecuente acerca de algo", los porcentajes de respuestas positivas de los sujetos casos, controles en riesgo y controles ordinarios, eran 17.0%, 15.2% y 15.9%, respectivamente. Para el ítem, "La mayoría de la gente no han tenido tantas cosas como yo, de que preocuparse", los porcentajes de respuestas positivas de los sujetos mencionados eran 8.8%, 7.7% y 6.7%, respectivamente. Para el ítem, "Ultimamente me preocupan el dinero y el negocio", los porcentajes de respuestas positivas de los mismos sujetos eran 17.0%, 13.8% y 13.0%, respectivamente. Para el ítem, "Ultimamente, trabajo bajo tensión", los porcentajes de respuestas positivas de los sujetos eran 19.7%, 19.5% y 22.3%, respectivamente. Como se puede observar ninguno de estos ítems mostraba diferencias estadística-

mente significativas entre los grupos.

Las preguntas juzgadas por tres expertos como representativas del Patrón de Comportamiento Tipo A versus Tipo B, no fueron predictivas de infarto miocárdico. Aunque las preguntas ante las cuales una contestación positiva indicara una Personalidad Tipo B, fueron contestadas con más frecuencia en forma positiva por los sujetos sin infarto miocárdico, esto no ocurrió en forma estadísticamente significativa. Los items "Tipo A" estaban significativamente relacionados con el infarto miocárdico, pero en una dirección opuesta a aquella predicha.

Los autores del estudio en cuestión afirman que el fracaso del Cuestionario para predecir un infarto miocárdico en personas con una Personalidad Tipo A, puede deberse a que el Cuestionario empleado no mide el Patrón de Comportamiento Tipo A, aunque los expertos seleccionaron items que aparentemente expresaron sentimientos congruentes con el trabajar con ahinco, con el sentirse presionado con respecto al tiempo y con una orientación hacia el trabajo. Es dudoso que este Patrón de Comportamiento sea medible por las contestaciones ante un cuestionario. Su medición es más bien factible por la observación del comportamiento de una persona durante una entrevista (Friedman y Rosenman, 1971). Parece ser que lo importante no es lo que dice una persona, sino el modo en que lo dice. Además se puede distinguir una persona Tipo A, más por sus contestaciones ante preguntas que le brindan las oportunidad de acudir a una amplia gama de respuestas posibles, en

vez de por sus respuestas ante las preguntas que implican una selección absoluta entre dos alternativas. Por ejemplo, ante el ítem "Generalmente, llego a tiempo a las citas", las personas Tipo B contestan "Falso" por no ser particularmente preciso con respecto al tiempo, pero algunos individuos Tipo A contestarán "Falso" también, porque aseguran que siempre, no solo generalmente, llegan a tiempo.

Una de las listas de ítems elaborada por un experto acerca de la insatisfacción en la vida y el agotamiento emocional distinguía los casos con infarto miocárdico mejor que cualquiera de los sujetos de los dos grupos control, pero no en un grado significativo. Los ítems de agotamiento emocional estipulados por otro experto, estaban significativamente asociados con el infarto miocárdico al tratarse de los sujetos casos, pero no de los sujetos controles en riesgo o controles ordinarios. Se define la exhaustación emocional como un involucramiento largo y frustrante de los procesos mentales de un individuo que involucra algún aspecto profundo de su ser como sus valores, sus creencias, su autoimagen o sus relaciones interpersonales en su intento de vivir o tratar con algún hecho o conflicto de la vida. Entonces, los conflictos duraderos pueden ser percibidos por un individuo como irresolubles. Sin embargo moviliza sus recursos mentales en forma continua en un intento por resolverlos. Esta actividad lo deja eventualmente en un estado de agotamiento mental y físico (Bruhn, McGrady, du Plessis, 1968).

Los 33 ítems designados por uno de los expertos para la medición de ansiedad-neuroticismo, estaban relacionados, aunque no en forma significativa, con el infarto miocárdico.

Los ítems que escogió otro experto para la detección de la depresión mostraron una relación estadísticamente significativa con los factores de riesgo coronario. Distinguían los sujetos controles en riesgo de los sujetos controles ordinarios, aunque no podían discriminar entre los sujetos casos con infarto miocárdico y los controles en riesgo. Estos ítems sí estaban relacionados con el infarto miocárdico en la comparación de los sujetos casos con los sujetos controles ordinarios. Entonces, estos ítems pueden estar asociados con niveles elevados de factores de riesgo coronario estándar, pero no con la predicción de infarto miocárdico.

Uno de los expertos consultados sugirió algunos ítems como indicativos de la somatización. Estos discriminaron los sujetos casos con infarto miocárdico de los sujetos integrantes de los grupos control. Se ha definido la somatización como "la tendencia a expresar el estrés y la tensión a través de síntomas corporales" (Wardwell, 1973). Esta característica se asemeja a la de hipocondría o la de histeria medidas por el MMPI.

Al estudiar los ítems altamente predictivos que tratan el agotamiento emocional y la somatización, los autores contemplaron la posibilidad de que éstos reflejan los síntomas de enfermedad física vigentes cuando los sujetos llenaron el cuestionario. Aún cuando

do los sujetos llenaron el cuestionario antes de experimentar un infarto miocárdico, más sujetos casos sometidos al chequeo multifásico de la salud que sujetos controles, reportaron otras manifestaciones de enfermedad coronaria no detectadas por el cuestionario como el dolor torácico y disnea. Así mismo, más sujetos casos tenían diagnósticos médicos relacionados a la enfermedad coronaria, como angina de pecho, insuficiencia cardíaca, insuficiencia aterosclerótica, enfermedad coronaria o enfermedad isquémica, que los sujetos controles. Muchos de los casos que presentaron un primer infarto miocárdico eran ya sintomáticos. Se pensó entonces, que una contestación positiva a preguntas que tratan la fatiga y la pobre salud es dada por personas destinadas a desarrollar un infarto miocárdico, pues, reportan sus síntomas de esta forma. Finalmente, uno no tiene porqué postular rasgos psicológicos que predisponen al infarto miocárdico.

Para poder asegurar lo anterior, los autores formaron un nuevo grupo de estudio que consistía en individuos libres de síntomas de enfermedad coronaria. La asociación entre los items que tienen que ver con el agotamiento emocional o con la somatización, y el infarto miocárdico se redujo particularmente en lo referente a la comparación de sujetos casos con los sujetos controles en riesgo. La única asociación que era significativa y positiva era la que es estableció entre los items que tratan la ansiedad y el neuroticismo y el infarto miocárdico en la comparación de sujetos casos versus los sujetos controles en riesgo. Aunque este grupo de

items no distinguió entre los sujetos casos y los sujetos controles ordinarios, casi pudo discriminar en forma significativa entre los sujetos controles en riesgo y los sujetos controles ordinarios.

Entonces, al eliminar del grupo de estudio las personas con una evidencia de sintomatología de enfermedad coronaria, el poder predictivo del cuestionario se perdió para la distinción entre los sujetos casos y los sujetos controles ordinarios, pero no para la discriminación entre sujetos casos y controles en riesgo. Prácticamente, la asociación entre el agotamiento emocional y la somatización y el infarto miocárdico se perdió, aunque los items representativos de ansiedad - neuroticismo emergieron como predictores de infarto miocárdico en individuos libres de síntomas.

Según los autores, dado que los items que tratan el agotamiento emocional y la somatización implican la presencia de síntomas físicos o una salud pobre, y que la asociación entre estos items y el infarto miocárdico era casi eliminada al remover a las personas con síntomas o diagnósticos de enfermedad coronaria del estudio, lo más lógico sería concluir que estos items en realidad, no son "psicológicos", sino reflejan síntomas físicos ya presentes en algunos individuos propensos al infarto miocárdico.

Otra interpretación de los resultados es que el agotamiento emocional y la somatización sí representan rasgos psicológicos predictivos del infarto miocárdico, especialmente en personas con una aterosclerosis ya avanzada. Al eliminar a los individuos con do-

lor torácico parecido a la angina de pecho, del grupo de estudio, quizá se removió inadvertidamente a las personas con un dolor torácico psicossomático. ¿Es posible que el dolor torácico psicossomático esté asociado con un riesgo incrementado de infarto miocárdico y con el agotamiento emocional o la somatización?

Las diferencias existentes entre los porcentajes de sujetos que responden positivamente a los ítems no es muy llamativo. De allí, los autores sugieren que hay que expresar los hallazgos en términos de un riesgo relativo a desarrollar un infarto miocárdico, asociado con una contestación "sí", y no con una contestación "no". Se puede estimar el riesgo relativo dividiendo el número de pares en los cuales el sujeto caso contestó "sí" entre el número de pares que el sujeto control contestó "sí". Por ejemplo, el ítem que mejor se distinguió entre los sujetos casos y los sujetos control en riesgo era, "Durante el último año me he sentido completamente agotado". El riesgo relativo era 20.130 ó 2.0. Es decir, una contestación positiva a esta pregunta lleva un riesgo dos veces mayor de infarto miocárdico que una contestación negativa. Esta cifra representa la misma magnitud de propensión que tienen otros factores de riesgo como el tabaquismo o la hipercolesterolemia, para culminar en el infarto miocárdico, en adultos de edad madura. Algunos de estos ítems tienen un poder predictivo comparable al que tienen los factores de riesgo ya establecidos.

Lo anterior hace válida la conclusión de Friedman, Ury, Klatsky y Siegelau. Esta es que el cuestionario diseñado como un

instrumento para detectar problemas psicológicos puede ser útil para la predicción de un desarrollo subsecuente de infarto miocárdico. La existencia de esta habilidad predictiva para los sujetos casos y los sujetos controles en riesgo, por ejemplo, muestra que la asociación con el infarto miocárdico subsecuente no se debe meramente a una asociación de las respuestas del cuestionario con los factores de riesgo estándar. El cuestionario hace una contribución independiente a la medida de riesgo para el infarto miocárdico.

Los porcentajes relativamente pequeños de sujetos casos que responden positivamente a algunos de los ítems más predictivos ponen de manifiesto que, mientras las contestaciones a las preguntas ayudan a predecir el infarto miocárdico, la mayoría de los sujetos casos con infarto miocárdico no ofrecen la contestación de alto riesgo para cada una de las preguntas. Los autores sugieren que las contestaciones positivas ante estos ítems predictivos son análogas al padecer la diabetes mellitus u otra característica pre disponible al infarto miocárdico y que mientras el rasgo incrementa el riesgo, la mayoría de individuos que desarrollan un infarto miocárdico no padecen de este rasgo.

No obstante, la insistencia de los autores que el cuestionario predice el infarto miocárdico por más insignificativa que fuera esta predicción, aún cuando los rasgos psicológicos son medidos antes del desarrollo del infarto miocárdico, son confundidos con los síntomas de la enfermedad coronaria. Con la excepción del hallazgo que los ítems que tratan la ansiedad y el neuroti-

cismo contribuyen apreciablemente al poder predictivo del cuestionario, especialmente cuando se trata de la distinción de los sujetos casos y los sujetos controles en riesgo en el grupo libre de síntomas, el estudio en cuestión ofrece muy poco apoyo para las teorías actuales que tienen que ver con los mecanismos psicológicos predisponentes a, o predictivos del infarto miocárdico.

Algunos autores retoman los síntomas de agotamiento emocional y somatización, considerándolos como factores predisponentes al in farto miocárdico. En algunos estudios retrospectivos un gran número de personas que murieron súbitamente o sufrieron de un infarto miocárdico se quejaron de un malestar general durante las semanas anteriores al evento. Bekker (1972) relata que el 50% de los indi viduos que murieron de un infarto miocárdico consultaron a un médi co durante las dos semanas antes del ataque. Kuller (1969) reportó que un 24% de aquellas personas que murieron súbitamente vieron a su médico durante la semana antes de su fallecimiento. Es frecuente que la angina de pecho justifica su visita al médico, pero solamente una minoría de los individuos que habían sufrido un infarto miocárdico o muerte súbita, sufrían de angina de pecho. Era una minoría las personas que habían consultado a su médico por an gina de pecho que habían experimentado un infarto miocárdico o muerte súbita a corto plazo. Alonzo et al. (1975) hallaron que de 138 pacientes que murieron antes de su ingreso hospitalario, el 42% se quejaron de fatiga y de debilidad, el 20% de cambios emocio nales, el 17% de un malestar y el 17% de anorexia nerviosa. Estas

quejas forman un solo patrón significativo de síntomas que se llama el patrón de sentimientos neurasténico-hipocondríacos, ya referido en la introducción de esta tesis. Alonzo et al. (1975) y Friedman et al. (1974) afirman que éste es el estatus emocional que precede el infarto miocárdico y la muerte súbita. Appels et al. (1979) comenta que un modelo dinámico acerca del desarrollo de la enfermedad coronaria no necesariamente contempla el agotamiento emocional y la somatización como rasgos psicológicos o como síntomas de la enfermedad coronaria, sino como un estatus final de un desarrollo. Este tipo de modelo dinámico puede ser definido de la siguiente manera. Una persona básicamente insegura trata de obtener tanto aprecio como puede de su ambiente. Lucha mucho para lograr este fin. Utiliza mucha energía, lo que puede generar perturbaciones en la regulación de la presión arterial así como un incremento en el nivel de colesterol y de glucosa, por ejemplo. Este tipo de estrés continuamente autoimpuesto puede dar lugar a una sobrecarga del sistema y al agotamiento. Esto es particularmente cierto cuando el individuo afronta situaciones estresantes inesperadas que no puede resolver. Frecuentemente, estas circunstancias ocasionan sentimientos de depresión. Un individuo involucrado en una situación de esta naturaleza reacciona ante ella con un mecanismo de defensa habitual e intenta superar sus problemas ejerciendo más esfuerzo, movilizand^o así más energía. La sensación de agotamiento incrementa hasta que el sujeto llega al agotamiento emocional extremo tipificado en el síndrome de rendición descrito por Engel (1968). Appels et al.

(1979) opinan que estos sentimientos deberían de ser definidos con más detalle con el fin de comprender en forma más profunda la naturaleza de los precursores del infarto miocárdico inminente y de la muerte súbita.

Valoración por un Cuestionario Psicológico de los Sentimientos de Agotamiento Vital y de la Depresión como Precursores del Infarto Miocárdico y/o de la Muerte Súbita.

Appels et al. (1979) con el fin de comprobar que aquellos individuos que sufren de un infarto miocárdico o que mueren súbitamente en un futuro inmediato, tienen calificaciones más altas que los sujetos de un grupo control sano y que individuos que visiten a sus médicos por malestares de origen cardíaco, emplearon una medida de sentimientos de agotamiento vital y de depresión antes de que ocurriera el evento coronario. Friedman et al. (1974) utilizaron un procedimiento similar aunque otros investigadores no medían estos sentimientos antes del evento coronario, sino después (Ostfeld, Lebovits y Shekelle, 1964; Brozek, Keys y Blackburn, 1966; Paffenbarger, Wolfe, Notkin et al., 1966; Thorne, Wing y Paffenbarger, 1968; Rosenman, Friedman, Straus et al., 1966; Jenkins, Rosenman y Zyzanski, 1968).

El contenido del cuestionario está influido por los escritos de Wolf acerca de "el final del cordón", por el síndrome de rendición descrito por Engel (1968) y por la experiencia clínica e intuición de Appels et al. (1979). También influye la descripción

ego analítica de Bibring (1968) acerca de la depresión y la de Nemiah (1975) que trata el síndrome neurasténico-depresivo. Las preguntas que componen el cuestionario están enfocadas en los sentimientos vigentes en un pasado reciente. Ante las preguntas, el sujeto contesta "sí", "?" o "no". Algunas personas con una de presión enmascarada prefieren la categoría "?". Appels et al. for mularon 63 items.

Aunque existe una interconexión entre los items, se puede re conocer algunos subelementos que tienen que ver con los sentimientos de indiferencia y de fatiga: ¿Frecuentemente, se siente cansado? ¿A últimas fechas, ha experimentado más indiferencia que antes?, con los sentimientos descriptivos de una pérdida de vitalidad: ¿Se siente menos capaz de llevar a cabo algo útil ahora?, con los sentimientos de desamparo y de falta de esperanza: ¿Se ha sentido desesperanzado; últimamente?, con los sentimientos depresivo-hipocondríacos: ¿Algunas veces, quisiera estar muerto? ¿Su mente se llena de ideas y de sentimientos de enfermedad?, con una sensa ción de sobrecarga: ¿Siente que su cuerpo es una batería que se está bajando? ¿Halla más dificultad a últimas fechas en aguantar ruidos fuertes?, con las proyecciones o con los sentimientos de insuficiencia en el mundo externo: ¿Siente que la gente joven trata de eliminar a la gente mayor?, y con las perturbaciones en el sueño: ¿A últimas fechas, despierta durante la noche?

Appels et al. iniciaron el estudio en 1972 como un proyecto a realizarse en conjunto con el Thorax Centre y el Departamento

de General Practice de la escuela de Medicina de Rotterdam. Llamó su proyecto The Imminent Myocardial Infarction Rotterdam (IMIR). Todos los pacientes que habían consultado a sus médicos por un dolor que habían sentido recientemente o por un discomfort torácico, o bien por angina de pecho, disnea, palpitaciones, una sensación de desmayo, mareo, dolor en la parte superior del abdomen, fatiga, irritabilidad o ansiedad estaban incluidos en el estudio. Un técnico llenaba un cuestionario somático adicional, tomó un electrocardiograma y una muestra para determinar el nivel de enzimas séricas. Hubo un seguimiento de todos los pacientes durante diez meses. A los diez meses se tomó otro electrocardiograma y se obtuvo más información médica del paciente. Van der Does y Lubsen (1978) dan una descripción detallada de este estudio.

Se estudiaron los resultados del cuestionario psicológico de 415 varones con una edad promedio de 49.11 años, en su primer contacto con el centro donde se estaba realizando el IMIR. Se empleó también un grupo de sujetos sanos para propósitos de comparación. Estos fueron derivados de un programa de selección de sujetos con ciertos rasgos cardiovasculares, en Holanda. El proyecto fue llamado COPIH (Bonjer, 1972). Se estudió a 317 varones de este programa, quienes habían llenado el cuestionario también. El grupo de criterio consistió en 37 pacientes varones. Al inicio del estudio estos sujetos no habían sufrido de un antiguo o primer infarto miocárdico o infarto miocárdico subsecuente. Dentro de

un período de diez meses estos sujetos sufrían de muerte súbita o de enfermedad coronaria isquémica.

Se compararon las calificaciones obtenidas por los sujetos en el grupo sano con las que fueron obtenidas por el grupo de pacientes que habían visitado a sus médicos pero que no sufrían de un nuevo evento coronario dentro de un período de diez meses, así como también con las obtenidas por sujetos del grupo criterio compuesto por pacientes que sí habían sufrido de un nuevo evento coronario durante los diez meses estipulados.

Los resultados indicaron que cuarenta ítems medían una sola dimensión y discriminaron entre los sujetos en el grupo criterio y los sujetos sanos. También el cuestionario es capaz de diferenciar entre sujetos sanos y aquellos que habían visitado a sus médicos por quejas vagas de posible origen cardíaco. Aquellos sujetos con calificaciones elevadas en la prueba fueron más propensos a sufrir de un evento coronario nuevo dentro de un período de diez meses que aquellos sujetos que obtuvieron calificaciones bajas o modales en la prueba. Appels et al. concluyeron que los ítems del cuestionario tienen una relevancia cardiovascular importante. Como prueba psicológica puede medir parte de los síntomas prodrómicos del infarto miocárdico y de la muerte súbita.

Sabemos que Friedman ha publicado hallazgos semejantes a éstos. Vale la pena repetir algunas de las consideraciones relacionadas a los resultados de Friedman. Este autor postula que pues-

to que algunos de los items que tratan el agotamiento emocional y la somatización, sugieren síntomas físicos o pobre salud, y dado que la asociación entre estos items y un infarto miocárdico subsecuente era eliminada al remover personas con síntomas o con un diagnóstico de enfermedad coronaria isquémica del grupo de estudio, la interpretación más sencilla de sus resultados sería que estos items llamados "psicológicos" en realidad, reflejan síntomas físicos ya presentes en algunos individuos propensos al infarto miocárdico. Así mismo, Friedman ofrece una interpretación alternativa. Esta es que los items sí reflejan rasgos psicológicos predictivos del infarto miocárdico, especialmente en personas con una aterosclerosis coronaria ya avanzada. Friedman apoya este punto de vista con la mención de la posibilidad que al remover las personas con un dolor torácico semejante a la angina de su grupo de estudio, pudo haber eliminado a personas con un dolor torácico psicósomático también. Asegura que el dolor torácico psicósomático se asocia con un riesgo incrementado de infarto miocárdico, de agotamiento emocional y de somatización. Habíamos de considerar nuevamente lo anterior a la luz de los resultados del estudio de Appels et al. ¿Los sentimientos de depresión y de agotamiento vital serán síntomas de la enfermedad coronaria isquémica? Es difícil comprender cual sería la base patofisiológica de este estatus emocional. Appels et al. por ejemplo, compararon las calificaciones obtenidas en el cuestionario, por pacientes que habían sido cateterizados en un estudio piloto. No hubo diferencias entre las calificaciones obtenidas por los sujetos en

los grupos caracterizados por enfermedad de ninguno o de uno, dos o tres vasos (Appels, de Groot, Ruigh y Genseman, sin fecha). Es difícil en realidad, entender porqué el dolor torácico evoca sentimientos como: "A veces sufro estallos de risa y de llanto que no puedo controlar". Friedman insiste que hay que seleccionar entre dos interpretaciones; los sentimientos son síntomas de la enfermedad coronaria o son rasgos de personalidad. Sugiere que estos sentimientos reflejan un rasgo profundamente arraigado y estable de la personalidad, que caracteriza a una persona durante la mayor parte de su vida. El rasgo en cuestión pudiera relacionarse con la inteligencia, con la extraversión o con el Patrón de Comportamiento Tipo A, por ejemplo. Appels et al. (1979) afirma por otro lado, que un estado emocional es la reflexión de un proceso así como el agotamiento emocional puede ser el resultado de un conflicto irresoluble. Una teoría de la personalidad que toma en cuenta los logros de la psicología del desarrollo no aceptaría la dicotomía "síntoma" o "rasgo". Una teoría más dinámica de la personalidad ofrece una tercera interpretación. Esta es que los sentimientos a largo plazo llegan al agotamiento vital y a la depresión debido a una sobrecarga crónica y/o conflictos insuperables. En su descripción de la Curva de Funcionamiento Humano, P. Nixon sugiere esta tercera interpretación. En un funcionamiento sano un incremento en la excitación incrementa a la ejecución del individuo hasta que se cansa. En este punto su ejecución empieza a decaer. Ahora un incremento en la excitación da lugar al agotamiento y a la pobre salud. Existen dos respuestas emocionales principales

ante el agotamiento y la pobre salud. Una es de ira o frustración y la otra es de inseguridad y desesperanza. Se aceptan ambas como precipitantes de falla cardíaca. Probablemente estas respuestas corresponden a los caminos finales comunes de actividad sin fruto o de rendición. Significan que el individuo ha perdido la habilidad para predecir y mantener control sobre su ambiente (Nixon, 1976). Entre el modus vivendi caracterizado por un trabajar con ahinco, descrito por Friedman y Rosenman en su descripción del Patrón de Comportamiento Tipo A y el inicio del infarto miocárdico, el individuo pasa por un período típico. Su modus vivendi quizá ha ocasionado un deterioro en su estado de salud cardíaca en general. Su afrontación con nuevos problemas o con cambios en la vida lo lleva a emplear sus mecanismos de defensa habituales en un intento para superar las dificultades, esforzándose más. Esto representa una sobrecarga. Puede vertir los sentimientos de agresión hacia el interior y sentirse deprimido, especialmente si no puede resolver sus problemas y mantener un control sobre ellos. El eliminar a las personas con síntomas o diagnósticos de enfermedad coronaria isquémica del grupo de estudio, Friedman en efecto, removi6 la primera parte de un proceso de desarrollo. No es sorprendente entonces, que la asociación entre los ítems y la enfermedad coronaria isquémica futura desapareció.

Valoración por el Schedule of Recent Events y por el Social Readjustment Rating Scale de los Eventos de la Vida que Engendran la Cardiopatía Isquémica

Algunos autores han tratado de cuantificar los eventos de la vida que generan el infarto miocárdico. Han creado escalas de estimación de la magnitud promedio del cambio y del estrés en la vida engendrados por eventos específicos. Estas aparecen en inventarios estándar (Tennant y Andrews, 1976). Se aplican estas mediciones a la acumulación de eventos específicos nominados por cualquier individuo como pertinentes a él para un período de tiempo dado (Holmes y Rahe, 1967; Theorell y Rahe, 1974; Rahe y Romo, 1974).

Existen dos escalas compañeras que Holmes y Rahe (1967) han desarrollado. Estos son el Social Readjustment Rating Scale (SRRS) y el SRE mencionado en la introducción de este trabajo. Como ya se aclaró en aquella sección, el SRE se acopla con el SRRS y registra el número de eventos de los 43 ítems de la escala que han ocurrido a sujetos dentro de ciertos períodos de tiempo pasado (Gerst, 1978). Los ítems en sí representan cambios en el comportamiento personal y en las circunstancias a que un sujeto dado ha estado expuesto en la vida. Originalmente, se utilizó el SRE para elicitar una calificación basada en el número de eventos ocurridos durante seis a veinticuatro meses previos a su administración (Lei, 1980). Como también se hizo saber en la introducción, con el propósito de medir las cantidades relativas de ajuste anticipado ante estos eventos, se escaló la magnitud o la intensidad de reajuste relacionada a cada ítem, mediante el SRRS (Holmes y Rahe, 1967). De este modo, se cuantifica la cantidad de estrés asociada con di

ferentes eventos de la vida (Dekker, 1974) y el impacto que tenían los cambios de la vida (Lefcourt, 1981).

La técnica de Stevens (1974) para la valoración de la magnitud de la cantidad de 'reajuste social' que ciertos eventos ocasionarían en la persona promedio, a despecho de la deseabilidad del evento, ha sido empleado continuamente.

Holmes y Rahe (1967) establecieron pesos de la cantidad de estrés asociado con los 43 eventos de la vida, en el SRRS, pidiendo a un grupo grande de sujetos que valoraran la cantidad de reajuste social requerido por cada evento, para que uno pudiera experimentar nuevamente una estabilidad psicológica. El punto de comparación era un peso estándar de 500 que se asoció con el evento "matrimonio". Las medidas de las evaluaciones, divididas por 10, se encontraron entre 11 y 100. Este peso es justamente lo que diferencia la cantidad de estrés asociado con un evento o con otro (Bieliauskas, 1974). La calificación total refleja la suma de los pesos que caen dentro de un rango de 11 y 100, tomando en cuenta los items tachados como habiendo ocurrido dentro de los últimos doce meses (Holmes y Rahe, 1967). Al calificar juntos el SRE y el SRRS, una calificación de unidad de cambio de vida (Life Change Units, LCU), es generada. La combinación de las escalas de puntuación de reajuste social (SRRS) y de los hechos de la experiencia reciente (SRE), constituye un método útil para la cuantificación de los cambios de vida que concuerdan con el comienzo de la enfermedad. Se expresa lo anterior de la siguiente manera:

unidades de cambio de vida (LCU)
 unidad de tiempo

frecuencia del hecho x
suma de la magnitud del cambio en la vida (SRRS)
 unidad de tiempo

A despecho del uso extensivo de la SRE y de la SRRS, varios autores han apuntado la necesidad de una valoración psicométrica profunda de estos instrumentos (Brown, 1974; Rabkin y Struening, 1976; Sarason, DeMonchoux, Hunt, 1975). Desde el trabajo pionero de Holmes y Rahe (1967) algunos autores han examinado esquemas alternativos para pesar el impacto anticipado de los eventos de la vida. Por ejemplo, Lei y Skinner (1980) aplicaron cuatro tipos de peso a los 43 eventos de vida: 1) el contar los items como se hace en el SRE, 2) los pesos normativos empleados en el SRRS (Holmes y Rahe, 1967), 3) pesos SRRS perturbados y 4) pesos que en realidad son números al azar. Los pesos SRRS perturbados son pesos SRRS originales reasignados al azar a los 43 eventos. Se los generaron asignando un número entre 1 y 100 a cada evento. Si los pesos SRRS tienen un valor en la determinación de la calificación LCU total, la perturbación del azar de estos pesos afectaría en forma adversa a la confiabilidad de la escala y a las correlaciones ítem-escala.

Las correlaciones ítem-escala miden la fuerza de la relación entre los ítems y la calificación total. Un "buen" ítem contribuye significativamente a los atributos que mide la escala total.

En la SRE las correlaciones ítem-escala caen dentro de un rango de .50 (cambios en las actividades sociales) a -0.08 (Jubilación).

Una comparación de los cuatro sistemas de medición permite estimar las significancias o insignificancias de esquemas alternativos. Las correlaciones ítem-escala son consistentes a través de los cuatro esquemas alternativos de establecer peso. Los pesos tienen poco impacto en la contribución de un evento dado a la calificación total de la escala. Dado que el propósito de los pesos diferenciales es incrementar la correlación entre "buenos" ítems y la escala total, Lei y Skinner concluyeron que los pesos de reajuste del SRRS no tienen importancia alguna. La medida SRE es la preferida.

Está claro que los pesos de reajuste SRRS no mejoran la confiabilidad o la consistencia interna del SRRS (0.72) cuando se le compara con la del SRE (0.80). La confiabilidad de la SRRS Perturbada (0.73) y de los pesos asignados al azar (0.76) caen dentro del mismo rango. El coeficiente alfa mide la consistencia con que uno responde ante los 45 ítems de vida y da una estimación de la confiabilidad con que una población contesta (Lord y Novick, 1968). Al considerar eventos de vida que tienen una interrelación promedia alta, el uso de pesos es irrelevante. Bajo estas condiciones (Gulliksen, 1950; Wilks, 1938) cualquier conjunto de pesos dará lugar a una calificación total que correlaciona casi en forma igual con los pesos de unidad computacionalmente más

sencillos del SRE.

Wolf, Wolf y Hare (1950) cuyas ideas originaron el SRE, observaron las respuestas ante los eventos indeseables o estresantes en un sentido convencional, así como las que se dieron ante eventos deseables que reflejan logro o felicidad. El tema común a todos los eventos era que indican un cambio en el patrón actual de un individuo expuesto a ellos. Este cambio se asocia con algún comportamiento adaptativo.

Como es de suponerse, existe una gran variación interpersonal en la importancia psicológica que se concede a los hechos vitales. Stevens y Galanter (1957) han descrito el empleo de percepciones subjetivas en la calidad y cantidad de los fenómenos físicos, como una delimitación fidedigna de la capacidad de una persona para cuantificar algunas experiencias. En este sentido, se ha demostrado una relación directa entre la magnitud del cambio vital, establecida mediante estimaciones subjetivas, y la posibilidad de enfermedad que pudiera presentarse como un trastorno mayor o menor. Varios autores están de acuerdo en que las personas con puntuaciones superiores a 300 unidades de cambio en la vida, durante los 12 meses anteriores a su exposición al SRRS, tienen una probabilidad de 80% de sufrir alguna enfermedad menor en el futuro cercano. Los pacientes tienen una mayor probabilidad de sufrir alguna exacerbación de enfermedad en un período de tres meses a partir de la acumulación de cambios de vida. De las personas con 150 a 299 unidades de cambio, un 50% se enfermarán en un

futuro cercano, y las personas con una puntuación menor de 150 unidades, mostraron evidencia de enfermedad en un futuro cercano, en un 30%. Cuanto mayor sea la puntuación respecto a los cambios de vida, más difícil sería para un individuo, la conservación de su salud (ibid).

La calificación unidad de cambio de vida (LCU) precede varias condiciones psiquiátricas (Grant, Gerst, Yager, 1976; Grant, Sweethood, Yager, Gerst, 1978; Dohrenwend, 1973; Myers, Lindenthal, Pepper, Ostrander, 1972; Paykel et al., 1969; Vinokur y Selzer, 1973; Lindemann, 1944; Caplan, 1964; Uhlenhuth y Paykel, 1973; Dekker y Webb, 1974; Dohrenwend y Dohrenwend, 1971; Gunderson y Rahe, 1974). Holmes y Holmes (1970) avalan las relaciones existentes entre calificaciones SRRS, síntomas que se originen en la vida cotidiana y la probabilidad de contraer una enfermedad (Rahe, McKean, Arthur, 1967; Rahe, Mahan, Arthur, 1970; Cline y Chosy, 1972; Rahe, 1972). Los individuos frecuentemente tienen problemas en enfrentar los eventos estresantes de la vida. Esto se asocia con un deterioro psicológico que dicta la necesidad de una intervención terapéutica (Dekker, 1974). Existe una abundancia de literatura que trata los puntos teóricos que apoyan la teoría de crisis como una liga entre la reacción ante eventos estresantes de la vida y el desorden mental (Lindemann, 1944; Caplan, 1964), pero la evidencia empírica en lo que concierne esta teoría es escasa.

Lehman (1978) comenta que el examen de los ítems individua-

les del SRE sugiere que algunos ítems representan síntomas de un funcionamiento psicológico perturbado y que está situación infla las correlaciones entre las calificaciones SRE y las medidas de desajuste en forma artificial. Administró a 357 estudiantes de licenciatura de la Universidad de Idaho, el SRE así como una escala de síntomas desarrollados por Langer (1962). Pudo identificar a cuatro ítems como índices de sintomatología que cubre una amplia gama de desórdenes. Estos son: "cambio en los hábitos alimenticios", "cambio en los hábitos de sueño", "cambio en las actividades sociales" y "revisión de los hábitos personales". La escala Langner de síntomas correlaciona positivamente con el SRE. Concuerta con esto, el hecho que los pacientes psiquiátricos exhiben calificaciones más altas que los sujetos que no son pacientes, en general, aunque no hay diferencias significativas entre los pacientes internados y los que son externos (Uhlenhuth y Paykel, 1973; Dekker, 1973). Concuerta con las conclusiones de Lehman, las de Hudgens (1974) quien notó que 29 de los 43 ítems SRE representan síntomas o consecuencias de enfermedad. Lo anterior sugiere que los efectos detrimientales de eventos estresantes de la vida en la salud física y psicológica, pueden ser productos colaterales artificiales de ítems referentes a síntomas en el SRE, lo cual contaminaría el SRE.

Tienen que ver con lo anterior la impresionante influencia del estrés comprobada en el trabajo de Stone y Neale (1978) ya referidos en la introducción. Estos autores llevan a cabo un es

tudio para averiguar si el pedir a un sujeto que valore el "estrés", término que incorpora el concepto de deseabilidad, en vez de "reajuste social", afecta sus valoraciones. Cincuenta y cuatro sujetos llenaron el SRRS. En una condición de "reajuste social", los autores emplearon los mismos instructivos que Holmes y Rahe (1967). Dieron una descripción en tres párrafos, acerca del significado del reajuste social, como llevar a cabo las estimaciones de magnitud, y tres ejemplos en como aparear números con eventos. En una segunda condición, "estrés", las palabras "reajuste social" fueron reemplazadas por "estresante", y la palabra "cambio" por "estrés". Las valoraciones que especificaron los sujetos ante el instructivo "estresante" diferían de las que hicieron ante el instructivo "reajuste social". Para todos los eventos menos tres, los coeficientes producidos en la condición de estrés eran iguales o más altos que las valoraciones que los sujetos hicieron ante la condición de reajuste social.

Es pertinente aquí señalar que Lefcourt et al. (1981) especificaron que los eventos negativos de la vida y no los positivos, son primordialmente responsables del efecto "estresante". Una examinación comparativa de los factores, cambio de la vida (Holmes y Rahe, 1967) y estrés emocional (Theorell y Rahe, 1974), como los mediadores más importantes entre el impacto de los eventos de la vida y la enfermedad, en relación al inicio de la neurosis (Seligman, 1975) favorece la indeseabilidad emocional de los eventos de la vida como el índice más importante de impacto.

Esto contradice las contenciones originales de Holmes y Rahe (1967) acerca del hecho que los cambios de la vida por se afectan la salud y la moral.

Tomaremos en cuenta esta consideración y la posibilidad de que el sujeto se refiere a un síntoma en vez de un evento de vida al referirme a los estudios siguientes acerca de la relación entre la salud mental y las calificaciones SRE o SRRS.

En lo que se refiere a la depresión, Thomson y Hendrie (1972) hallaron que las calificaciones SRRS pre-ingreso de un grupo de pacientes psiquiátricos internados por depresión, eran significativamente mayores que las de un grupo control que consistió en pacientes médicos y en empleados del hospital. En una serie de estudios referidos en la introducción de este trabajo (Paykel, 1976; Paykel et al., 1969) se examinó a un gran número de sujetos deprimidos mediante el SRRS modificado que comprende un ACU distinto del referido con anterioridad. Los resultados de un estudio retrospectivo que incluyó a 185 personas deprimidas y las de otro que incluyó a más de 900 testigos, apreciaron que los individuos deprimidos señalaron un número de hechos tres veces mayor que los sujetos testigos, en el período de seis meses anteriores al establecimiento de su diagnóstico. Hubo una diferencia importante en la frecuencia de acontecimientos como "pleitos con la esposa", "separación marital", "nuevo tipo de trabajo", "muerte de un familiar", "enfermedad grave en un familiar", "enfermedad intensa"

y "cambios en el trabajo". Los llamados "hechos terminales", como la separación marital, eran identificados con una frecuencia mayor en los enfermos que en los testigos. No se pudo distinguir entre las depresiones reactivas y las endógenas usando la escala SRE en ninguno de los estudios mencionados (Thomson y Hendrie, 1972). Paykel y Tanner (1975) apreciaron un aumento máximo en los hechos de la vida durante el mes previo a una recaída temprana, en sujetos deprimidos. Es sabido que los sujetos suicidas presentan períodos prolongados de grandes cambios en la vida, con un punto máximo o pico antes del intento y que los sujetos deprimidos no suicidas, muestran una concentración menos notable de hechos de la vida ocurridos en las semanas antes de la presentación de su enfermedad.

El siguiente ejemplo refleja la aplicación clínica de la medida LCU a la depresión. Una mujer de 35 años de edad, que operaba una máquina lavadora en seco ha recibido tratamiento por depresión e intentos de suicidio (53 LCU) después de su divorcio (75 LCU). Se le aconsejaría a la mujer que propusiera la obtención de préstamos adicionales en su trabajo (51 LCU), que tomara un período vacacional ya planeado (13 LCU) y que remodelara su hogar (25 LCU).

El cuestionario SRE es muy útil en los pacientes con una enfermedad crónica intensa, que no pueden identificar los factores precipitantes de ella, de su ambiente, de manera independiente, y su relación con las exacerbaciones agudas. Estos pacientes tienden a negar el impacto de los hechos o de los fenómenos ambientales en su

salud. Los alcohólicos tipifican este comportamiento. Dudley et al. (1974) demostraron grandes cambios sostenidos en los eventos de la vida tres años previos a la hospitalización de 66 alcohólicos. Sus puntuaciones SRE anuales fueron un poco menores de las observadas en los heroinómanos. No obstante la atenuación en su percepción de la magnitud de los cambios en su vida, negaban la importancia de las perturbaciones psicosociales en su conducta. En un estudio en el cual se vigilaba a 122 enfermos en detoxificación y a 2,300 testigos administrados la escala SRE modificada, se apreció un número mayor de cambios en los sujetos sometidos a detoxificación (Bill et al., 1976).

Uhlenhuth y Pavkel (1973) reportaron que la configuración de síntomas en pacientes neuróticos no estaba relacionada a experiencias recientes de estrés medida por una versión modificada del SRRS, aunque sí tenía relación con la intensidad de síntomas.

Dekker y Webb (1974) realizaron un estudio para determinar la comparación entre las calificaciones SRRS de pacientes psiquiátricos de diagnósticos mixtos y sujetos control normales apareados con ellos. Dos grupos de pacientes fueron empleados: Uno consistió en 40 pacientes varones y mujeres internados en el Athens Mental Health Center en Athens, Ohio. Tenían una edad promedio de 34 años. El otro grupo consistió en 40 pacientes externos escogidos de 24 individuos que habían ingresado como pacientes externos al Muskingham Comprehensive Mental Health Center en Zanesville, Ohio y 20 pacientes externos del Fairfield County Mental Health Clinic en Lancas-

ter, Ohio. Otros dos sujetos eran pacientes externos del Athens Mental Health Center. Tenían una edad promedio de 29 años. Mediante el empleo de estos individuos, se pudieron investigar las diferencias entre pacientes de diferentes estatus. El grupo control estuvo formado por 40 sujetos que habían sido utilizados en un estudio comunitario. Tenían una edad promedio de 32.5 años. Para obtener una validez adicional del SRRS, se compararon las calificaciones SRRS con las obtenidas en dos escalas del MMPI, la escala At (ansiedad manifiesta) y la escala So-R (de deseabilidad social). Los autores emplearon la escala At en virtud de que los eventos estresantes de la vida están comúnmente asociados con reportes de ansiedad, y la escala So-R a fin de investigar en que grado la deseabilidad social afectó las calificaciones SRRS obtenidas.

Se les pidió a los sujetos que llenaron el SRRS y el MMPI de acuerdo a eventos que les habían ocurrido durante los últimos seis meses. Las pruebas estadísticas mostraron diferencias significativas entre las medias de pacientes externos y sujetos normales, en cada variable. Las diferencias entre las medias de los pacientes internados y externos, no eran significativas en lo que respecta a cada variable. Esto puede explicarse al considerar que el modo de tratamiento psiquiátrico escogido por un individuo perturbado no varía de acuerdo a la severidad de la crisis de vida que enfrenta, si no de acuerdo a su fuerza del ego o a los apoyos emocionales interpersonales accesibles.

Por otra parte, los resultados indican una correlación significativa positiva entre el SRRS y el At y una correlación significativamente negativa entre el SRRS y el So-R y entre el SRRS y la edad. El hecho que las calificaciones SRRS estuvieron inversamente relacionadas con la edad, sugiere que personas más jóvenes tienen un patrón de vida inestable en el cual ocurre mayor cambio que en las personas mayores. Tal interpretación concuerda con el esquema de Brammer y Shostrom (1968) que comprueba que el período que comprende de los 20 a los 35 años, se denomina "La Etapa de Experimentación", por ser una época en la cual los individuos conocen diferentes tipos de amor y de trabajo y experimentan muchos cambios significativos. De los 35 a los 50 años hay menos cambio en la vida, dando un trabajo y patrón de vida familiar estable que tipifican la "Etapa de Consolidación". Los autores del estudio en cuestión analizaron los ítems individuales del SRRS para determinar cuáles eventos estaban relacionados a la escala At, So-R y al estatus psiquiátrico del paciente. Hallaron que ocho ítems estaban significativamente relacionados a la escala At: 1. "muerte de un miembro familiar cercano", 2. "separación marital", 3. "problemas o dificultades sexuales", 4. "cambios importantes en el número de reuniones familiares", 5. "cambios en el número de discusiones que se entablan con el cónyuge", 6. "problemas con los suegros", 7. "cambios mayores en los hábitos del sueño" y 8. "cambios mayores en la salud de un miembro familiar". La correlación entre el SRRS y la escala At sugiere que la experiencia con eventos estresantes de la vida está

relacionada con la ansiedad. Cinco items del SRRS tuvieron correlaciones significativas con la escala So-R: 1. "problemas o dificultades sexuales", 2. "cambios mayores en el número de reunión familiares", 3. "cambios mayores en los hábitos del sueño", 4. "problemas con los suegros" y 5. "cambios mayores en la salud de un miembro familiar". Veintitrés de los items SRRS discriminaron entre pacientes psiquiátricos y sujetos normales. La evidencia que marca la alta correlación entre las escalas So-R y At y entre la escala So-R y otras escalas que tratan la patología (Crowne y Marlow, 1960) sugiere que la medida So-R mide la voluntad para admitir items patológicos, principalmente. Por esta razón, no se puede inferir del estudio a consideración, que las calificaciones SRRS están confundidas por la deseabilidad social. Los autores afirman la necesidad de una mayor investigación de la deseabilidad social libre de patología, para juzgar sus efectos en los reportes SRRS, más ampliamente.

Las intercorrelaciones significativas entre el SRRS, la escala At y la escala So-R indican que cada una de las variables dependientes tienen algo de varianza común. Ya que cada variable discriminó entre los grupos pacientes y control, el SRRS y las escalas At y So-R dan algún índice de psicopatología.

Los resultados del estudio de Dekker y Webb indican claramente que los autoreportes acerca de los eventos estresantes de la vida están relacionados a la obtención de tratamiento psiquiátrico, lo que avala que los eventos estresantes recientes de la vida, juegan

un papel importante en el inicio de un trastorno mental. Además, los análisis estadísticos de los ítems individuales del SRRS indicaron que la mayoría de los ítems estaban relacionados a la dicotomía paciente/normal. Pero cinco de los veintitres ítems significativos en este sentido, se relacionaron de modo inverso con el tratamiento psiquiátrico. Los eventos que comúnmente se consideran como deseables (por ejemplo, "tomar vacaciones", "logro personal sobresaliente" y "obtener un nuevo miembro familiar"), pueden prevenir la búsqueda de un tratamiento psiquiátrico, aún cuando involucren un cambio en los patrones de vida. Estos resultados ponen en duda la suposición de Holmes y Rahe (1967) que todo cambio en la vida produce estrés, y apoyan el hallazgo de Lefcourt et al. (1981) mencionado anteriormente acerca del hecho que los eventos negativos de la vida y no los positivos son responsables por el impacto "estresante" que tienen en un individuo. También, la examinación de los eventos significativamente relacionados con el tratamiento psiquiátrico muestra que éstos eran los menos graves, o los que tenían menor peso, mientras que los ítems con pesos más altos como "muerte del cónyuge", "divorcio" o "muerte de un miembro familiar cercano", no estaban significativamente relacionados con el estatus "paciente". Esto plantea la pregunta si los eventos graves afectan a un individuo por más de seis meses.

Aponte y Miller (1972) cuestionan la utilidad predictiva del SRRS. Utilizaron el SRRS en una población psiquiátrica y hallaron una relación entre los eventos estresantes de la vida y una histo-

ría psiquiátrica pasada del paciente, pero poca relación entre los eventos estresantes de la vida y el estatus psiquiátrico actual del paciente.

Ahora, en lo que respecta a los padecimientos físicos, Bramwell et al. (1975) estudiaron la participación de los factores psicossociales en las lesiones deportivas. En un estudio prospectivo en el cual se empleó a 79 jugadores universitarios de fútbol americano, comparó los resultados entre los hechos deportivos experimentados durante un tiempo reciente con el registro de lesiones en la temporada de deportes. El riesgo de lesión (juzgada por una ausencia de tres o más prácticas o a uno o más juegos por una lesión específica) fue proporcional a la acumulación de eventos de la vida. El grupo de sujetos lesionados tenía 26 jugadores con una puntuación promedio de cambios en la vida estimada de 632 por año. El grupo de sujetos no lesionados incluyó a 46 jugadores cuya puntuación media de cambios en la vida se estimó en 494. En un estudio de 37 sujetos hospitalizados por fracturas, Tollefson (1972) demostró el sufrimiento de crisis vitales moderados (200 a 299 LCU) a importantes (300 a más LCU), en 30 de los enfermos, durante el año anterior a la fractura. Pareciera entonces, que el peso asignado a los eventos de la vida predijeron la ocurrencia de fracturas de los huesos.

Se ha comprobado una relación directa entre los cambios en la vida y los accidentes de tránsito (MacMurray, 1970). Selzer et al.

(1974) comparó los registros de manejo de automóviles con las puntuaciones SRE de 532 conductores alcohólicos y no alcohólicos. En el grupo de alcohólicos se demostró una relación importante entre la acumulación de los cambios de vida y los accidentes de tránsito.

Un estudio prospectivo acerca de la frecuencia de accidentes en niños en función de los cambios de vida y las variables de personalidad, confirmó que las puntuaciones de cambio de vida guardan una correlación significativa con la frecuencia de accidentes, lo que no sucede en relación a los factores de la personalidad (Padilla, Rohsenow y Bergman, 1976).

El ausentismo laboral por problemas insignificantes de la salud fue importante y proporcional a las puntuaciones LCU (Dye, 1975). En este sentido, Holmes y Holmes (1970) afirman que el peso de eventos de vida predice hasta las gripas más ligeras y la presentación de fiebre.

Kimball (1971) ha llamado la atención a la relación entre el comienzo y la exacerbación de la diabetes y los hechos del ambiente psicosocial.

Un estudio postoperatorio de 41 pacientes realizado cuatro años después de su operación por úlcera duodenal, mostró un pico medio de 183 LCU en el año previo a la intervención quirúrgica (Stevenson, Nalcith y Masuda et al., 1976). Los pacientes con los mayores niveles en los cambios de vida, en el postoperatorio tuvieron un número mayor de síntomas residuales.

Hawkins, Davies y Holmes (1955) en un estudio que empleó pacientes que formaron a su vez parte del personal médico, en un centro contra la tuberculosis, demostraron una acumulación de eventos de la vida antes de que se hubiera formulado el diagnóstico inicial de la enfermedad. Otros estudios han confirmado estos datos (Hawkins, Davies y Holmes, 1957; Holmes, 1964; Holmes et al., 1957).

Allen (1975) en un estudio controlado de 12 personas que sufrieron recaídas, investigó la exacerbación de la tuberculosis pulmonar y su relación con la experiencia reciente. Los pacientes mostraron puntuaciones mucho mayores en cuanto a los cambios en la vida. La mitad de ellos tenían puntuaciones que excedieron las 450 unidades de cambio de vida.

Rahe y Holmes (1970) hallaron una relación entre la magnitud de las calificaciones SRRS y la frecuencia de enfermedad física subsecuente en una muestra de médicos.

Rahe (1969) en un estudio piloto, comparó los cambios en la salud con las puntuaciones de cambio de vida en 88 médicos residentes. Se les pidió a los médicos residentes participantes que señalaran los principales cambios en la salud y los cambios de vida que eran pertinentes a sus vidas en los últimos diez años. A los ítems SRE apreciados por los sujetos, se les asignó valores respectivos con base en el SRRS. Los LCU fueron sumados por cada año para cada sujeto. Un total de 96 enfermedades o cambios en el estado de salud fueron señalados. Reflejaron trastornos alérgicos, infecciosos,

psicosomáticos y musculoesqueléticos. De los 96 cambios en la salud referidos, 89 (93%) estaban temporalmente relacionados con un grupo de cambios vitales cuyas cifras sumaron cuando menos 150 LCU por año. En algunos casos, las cifras máximas de los cambios de vida, llegaron a más de 500 LCU. El análisis ulterior indicó una relación directa entre la magnitud de cambio de vida y el riesgo de cambios de la salud. La relación se dió en un 37% de los casos con puntuaciones entre 150 y 199 LCU, en un 51% de los casos que tenían puntuaciones entre 200 y 299 LCU y en un 79% de los casos con puntuaciones mayores de 300 LCU.

En un estudio prospectivo, 84 de los médicos residentes de la muestra original aportaron información acerca de su estado de salud durante ocho meses. Se empleó su puntuación total en LCU para clasificar las categorías de riesgo. Un 49% de los sujetos en alto riesgo (> 300 LCU), un 25% de los sujetos con un riesgo intermedio (200-299 LCU) y un 9% de los sujetos en bajo riesgo (150-199 LCU), señalaron haber sufrido enfermedades. Los cambios de vida guardan una relación directa con el riesgo de enfermedad y sirven también para predecir enfermedades en un futuro cercano.

Son muy sobresalientes una serie de estudios prospectivos cuyos resultados fueron ya referidos en la introducción de esta tesis, y cuyas muestras estaban constituidas por marinos. Los resultados de estos trabajos realizados en los Estados Unidos (Rahe, 1968; Rahe 1972; Rahe y Arthur, 1968; Rahe, Mahan y Arthur, 1970; Rubin, Gunder

son y Arthur, 1969) y en Noruega (Rahe, Floistad, Bergen et al., 1974) muestran también la relación positiva entre los cambios de vida y enfermedad física, comprobado hasta ahora en los estudios citados.

Rahe y Arthur (1968) utilizaron una versión militar del SRE y hallaron que los eventos stresantes de la vida se acumularon antes del inicio de la enfermedad física.

Rahe, McKean y Arthur (1967) han podido relacionar la magnitud de calificaciones SRRS y la frecuencia de enfermedad física subsecuente en una muestra de personal marino.

Así mismo, Rahe et al. (1970) y Cline y Chesy (1972) obtuvieron resultados positivos en cuanto al poder predictivo de enfermedad del SRRS al emplear cuadrillas de barcos marinos y en cadetes del ejército. Rahe et al. (1970) ordenó la cuadrilla de un barco marino en rangos de acuerdo a cuatro categorías que representaban la probabilidad de enfermedad de acuerdo a sus calificaciones SRRS, antes de un viaje. Halló una relación significativa entre las categorías ordenadas en rangos y la enfermedad física que ocurrió.

Rubin et al. (1971) administraron el SRRS a una cuadrilla de un barco marino antes de su viaje de siete meses. Usando una serie de pesos de regresión en vez de pesos por ítem del SRRS estándar, hallaron que los sujetos con altas calificaciones tienen mayores números de enfermedades.

Los estudios de Wyler, Masuda y Holmes (1968) y de Wyler, Masuda y Holmes (1970) dieron lugar a uno retrospectivo acerca de la relación entre la gravedad de enfermedad y la magnitud de cambio de vida. Doscientos treinta y dos sujetos hospitalizados fueron empleados en el estudio. Hubo una relación positiva y significativa entre los hechos de la vida y la magnitud de la enfermedad. Al dividir las enfermedades en las categorías "aguda" y "crónica", las enfermedades crónicas mostraron una correlación positiva altamente significativa con los hechos de la vida.

La relación entre los cambios recientes de la vida y el infarto miocárdico ha sido estudiada en forma extensa. Las referencias pertinentes se encuentran en la introducción de este trabajo, ya que es el tema principal a tratar. Incluyen los trabajos de Theorell, Lund, Fröberg et al. (1972); Rahe y Lind (1970); Rahe y Paasikivi (1971); Theorell y Rahe (1971); Levy (1975); Jenkins (1978); Rahe y Lind (1971); Rahe, Bennett, Romo, Siltanen y Arthur (1973); Theorell (1974; 1976); Theorell y Rahe (1974); Rahe y Romo (1974); Wolf (1952) Hinkle, Christenson, Kane, Ostfeld, Thetford y Wolf (1958); Rees y Lutkins (1967); Parkes et al. (1969); Engel (1971); Greene et al. (1972); Theorell y Rahe (1975); Rahe, Romo, Bennett et al. (1974) y Jenkins, (1971). Las relaciones dilucidadas apoyan lo que hasta ahora se ha dicho en relación a los cambios de vida como factores etiológicos potenciales de la enfermedad.

Por otro lado, Byrne y Whyte (1980) conducían un estudio para probar la hipótesis que los pacientes con infarto miocárdico, sub-

jetivamente interpretan los eventos que les ocurren como más excitantes que los sujetos pacientes que no habían sufrido de infarto miocárdico. La importancia de la interpretación subjetiva de las experiencias ha sido ya anotado en la introducción de este trabajo. Byrne y Whyte emplearon 160 pacientes menores de 65 años que además habían sido ya dados de alta al piso, de la Unidad Coronaria. Un grupo de sujetos consistía en varones y mujeres que habían sostenido un infarto miocárdico. Byrne y Whyte (1978) ofrecen una descripción detallada de esta muestra. Otro grupo comparativo consistía en sujetos que habían sido admitidos a la Unidad Coronaria por dolor torácico. Al poco tiempo, fueron dados de alta al piso ya que el infarto miocárdico había sido descartado. Se pudiera argumentar que este grupo de comparación, puesto que consistió en personas que ya habían experimentado un inicio de enfermedad, no era suficientemente diferente del grupo de sujetos con un infarto miocárdico, para permitir que las diferencias entre las escalas de los dos grupos fueran aparentes. Pero, este grupo de comparación fue escogido deliberadamente. Existe evidencia que los pacientes del tipo que integran este grupo experimentan una ansiedad tan aguda durante su estancia en hospitales, como los pacientes que sí han sostenido un infarto miocárdico (Vetter, Cay, Philip y Strange, 1977). Entonces, si la ansiedad exageraba el reporte de los eventos de la vida, sería consistente a través de los grupos, y cualquier diferencia que emerge entre ellos se debería a un efecto esperado y no a la operación del esfuerzo diferencial de los sujetos en los dos grupos para recordar el impacto que tuvieron los eventos ocurridos cuando eran

experimentados. Los eventos de la vida que ocurrieron dentro de un lapso de doce meses antes del ingreso hospitalario de los sujetos fueron elicitados mediante un inventario de 72 ítems de experiencias recientes que a su vez se derivaron de una lista de eventos construidas particularmente para la población australiana (Tennant y Andrews, 1976) y que fue extendido para incluir estresores actualmente operantes (Ilfeld, 1976). Los conceptos de interrupción y de necesidad de ajuste eran los índices del impacto de cambio de vida.

La idea de necesidad de ajuste fue aplicada a los estudios anteriores sobre la relación entre los eventos de la vida y enfermedad (Lundberg y Theorell, 1976; Holmes y Rahe, 1967; Lundberg, Theorell y Lind, 1975). Lundberg y Theorell (1976) y Lundberg, Theorell y Lind (1975) detectaron el grado de impacto emocional de un evento de acuerdo a las respuestas afectivas que implicaban perturbación ante este evento. Estos autores buscaban su relación con el infarto miocárdico, en particular.

Viene a colación aquí, el estudio de Theorell (1974). El pidió a un grupo de sobrevivientes de un infarto miocárdico y a sujetos testigos (personas neuróticas, personas con dorsalgia baja y sujetos normales), que calificaran los hechos de la vida por separado según el ajuste necesario que generaran y el grado en que los trastornó. Los individuos que habían sostenido un infarto miocárdico señalaron una mayor perturbación, en comparación con los testigos. Otro hallazgo importante de este estudio es que la puntuaciones promedio de ajuste obtenidas por los grupos no mostraron diferen-

cias en lo que respecta a los 12 meses previos, aunque la puntuación total de perturbación fue significativamente diferente entre las víctimas del infarto miocárdico y todos los testigos. El autor concluyó en otro sentido, que la perturbación generada fue el indicador más importante en lo que respecta a los resultados obtenidos. Theorell advirtió también que las personas que habían sufrido de un infarto del miocardio no modificaron su índice de ajuste necesario a través de sus experiencias con los cambios de vida como lo hicieron los individuos normales. De ello, se concluyó que las personas que habían sostenido un infarto miocárdico eran más rígidas en cuanto a su apreciación de los cambios de vida.

Regresando ahora al estudio citado de Byrne y White, escalas de análogos visuales fueron construidas con el fin de detectar el impacto que tiene un determinado evento de la vida (Clark y Spear 1964; Aitkin, 1969). Indicaciones de impacto mínimo y máximo estaban asociadas con cada escala. Los pacientes comentaban cómo se había sentido ante el evento cuando éste ocurrió, según siete índices de impacto. Además, se asignaron pesos a cada evento que reflejara el cambio de vida que éste desencadenó o el estrés asociado a ello. Se determinó la frecuencia de cada evento durante el año anterior al inicio de la enfermedad. Se apuntaron las calificaciones acumulativas de estrés y cambio de vida, derivadas de las escalas de valoración de magnitud (Tennant y Andrews, 1976). De este modo, los autores obtuvieron una estimación del estrés total y el cambio de vida para cada paciente en un año. Estas calificaciones fueron divididas por la frecuencia de cada evento para adquirir una

representación promedio del grupo del impacto incurrido para cada evento de la vida. Así mismo, se sujetaron a análisis las calificaciones obtenidas en las escalas análogas visuales indicativas de estrés emocional y cambio de vida; estas representaron el grado acumulativo del impacto de eventos de la vida interpretado durante un período de doce meses. Estas calificaciones eran divididas por la frecuencia del evento reportado por cada paciente y el resultado representa el grado promedio de impacto de eventos. Esta calificación permite una vía de prueba de la hipótesis que postula que las personas que desarrollan un infarto miocárdico se caracterizan por una tendencia general a interpretar el impacto de eventos de la vida como emocionalmente más excitantes que las personas que desarrollan una enfermedad menos grave.

De acuerdo a los resultados, ni la frecuencia de los eventos de la vida dentro del año anterior a la enfermedad, ni la magnitud de estrés y cambio de vida (contemplada por el concepto de interrupción y necesidad de ajuste), distinguieron entre los dos grupos a un nivel estadísticamente significativo. Tampoco aparecieron diferencias entre los grupos al considerar algunos índices individuales de cambio de vida. Trataré de ser más concreta aún. Los pacientes que habían sufrido un infarto miocárdico no manifestaban una más alta frecuencia de eventos de la vida acumulados en el año anterior a su enfermedad que los pacientes que no habían sufrido de un infarto miocárdico. Este hallazgo no es sorprendente dado que un mero cuento de la frecuencia de la ocurrencia de los eventos de la vida no es

un índice satisfactorio de estrés (Theorell, 1974). Además, los dos grupos referidos en el estudio experimentaron un episodio de enfermedad antes de llenar la escala y aunque este episodio era menos se vero para el segundo grupo que para el primero, de todos modos se po dría anticipar una acumulación de eventos de la vida existentes tam b ién para este grupo antes de su internamiento.

Sin embargo, la hipótesis postulada en relación al infarto mio cárdico en relación a eventos de la vida precipitantes, haría creer que los pacientes que habían sufrido un infarto miocárdico se carac terizan por un exceso de tipos particulares de eventos de la vida juzgados por muestras representativas de la población como inheren te mente estresantes. Algunos estudios que emplearon una metodología respetable demuestran la relación entre enfermedad y eventos ocurri d os en la vida al emplear varios tipos de sujetos con padecimientos clínicos o sin ellos (Lundberg y Theorell, 1976; Lundberg y Theo r ell, 1975; Lundberg, Theorell y Lind, 1975; Connolly, 1976; Theorell y Rahe, 1975; Rahe, Arajarvi, Arajarvi, Punsar y Karvonen, 1976). Es de notar que los pacientes en el estudio de Byrne y Whyte no esta ban expuestos durante el año anterior al inicio de su enfermedad, a un exceso de eventos de la vida establecidos por las escalas de va l oración de magnitud de impacto, como inherentemente más estresantes que los eventos de la vida enfrentados por pacientes que no ha b ían sufrido un infarto miocárdico. Pues, como se había hecho no ta r arriba, los pacientes habían sufrido de infarto miocárdico no ten ían calificaciones acumulativas o promedio más altas en las es ta das.

calas de valoración de magnitud de impacto que los pacientes que no habían sufrido de infarto miocárdico. Esto es cierto al tomar en cuenta las escalas de cambio de vida y de estrés, como índices de impacto. Lo anterior sugiere que muchos de los eventos de la vida enfrentados por sujetos en ambos grupos, eran similares. Este hallazgo, sin embargo, no detrae de la importancia potencial que tiene un cambio de vida y el estrés emocional, como índices del impacto de eventos de la vida, ni de la hipótesis general que liga eventos de la vida y la enfermedad (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974; Gunderson y Rahe, 1974). Pero, pone en duda la validez de las suposiciones que estipulan que cada evento de la vida tiene un grado constante y estable de "impacto inherente" que repercute en el infarto miocárdico y que se establece por las escalas de valoración de magnitud al ser juzgadas por muestras representativas de la población.

Habría que considerar que si se obtuvieron resultados significativos al analizar las escalas representativas de la interpretación idiosincrática del impacto emocional de los eventos. Los pacientes que habían sufrido de un infarto miocárdico exhibieron calificaciones significativamente más altas que los pacientes que no habían sufrido de un infarto miocárdico, en tres de cinco escalas. Estas escalas se trataban de la perturbación, de la depresión y de la impotencia experimentadas. Esto quiere decir que los pacientes que habían sufrido de un infarto miocárdico estaban significativamente más preocupados, deprimidos e impotentes ante los eventos de la vida durante el año anterior al inicio de su enfermedad, que los pa-

cientes que no habían sostenido un infarto miocárdico. Además, los resultados en relación a una cuarta escala, ansiedad, casi eran significativos. Al emplear las calificaciones acumulativas, únicamente la escala de depresión distinguió entre los dos grupos significativamente. La tendencia a interpretar los eventos individuales de la vida como emocionalmente estresantes distingue mejor entonces, entre los dos grupos que una suma de tales experiencias. Otro análisis estadístico llamado regresión logit fue aplicado a las siete escalas. Las relacionadas a la depresión y a la impotencia eran las mejores predictoras de infarto miocárdico. Se examinaron también las interrelaciones específicas entre las escalas de impacto individual tanto para los sujetos que habían sostenido un infarto miocárdico como para los sujetos que no habían sufrido de un infarto miocárdico. La mayoría de las correlaciones entre las medidas individuales de impacto emocional eran altas. Sin embargo, las correlaciones entre estas calificaciones y las obtenidas de la escala de valoración de magnitud, aunque estadísticamente significativas, eran pequeñas y solamente explicaron una pequeña porción de la varianza. Se han demostrado correlaciones cercanas a cero entre el impacto autoreportado y el impacto medido por las escalas de valoración de magnitud, para los mismos eventos (Caplan, 1975). Byrne y Whyte afirmaron que los pacientes que habían sufrido un infarto miocárdico mostraron un mayor grado de trastorno emocional durante el año anterior a su enfermedad que los pacientes que no habían sufrido un infarto miocárdico, al emplear una entrevista retrospectiva en su estudio. Pero, comprobaron lo dicho al utilizar las medidas

de autoreporte acerca del impacto de los eventos de la vida y no al emplear las medidas de promedio. Además, probablemente sería correcto afirmar que las valoraciones autoreportadas acerca del impacto de los eventos de la vida prevalecieron a la hora de la ocurrencia del evento, pues se enfatizó que el paciente expresara sus sentimientos acerca de los eventos ocurridos en su vida, no como se presentaron en la actualidad, sino como se experimentaron ante el evento. Por otro lado, en relación a este perjuicio retrospectivo potencial, existen algunas críticas acerca de la metodología que Byrne y Whyte emplearon (Wershaw y Reinhart, 1977; Brown, Sklaier, Harris y Barley, 1973; Dohrenwend y Dohrenwend, (1979).

Los resultados del estudio a consideración comunican la importancia que tiene el dejar que los sujetos expresen por sí mismos el grado de impacto ocasionado por los eventos de la vida. El empleo de esta estrategia permitió que surgieran diferencias entre los dos grupos estudiados. Al parecer, las palabras de Dressler et al. (1976) "un evento visto por una persona como un inconveniente puede ser experimentado por otra como catastrófico", son relevantes aquí. Podría relacionarse con esto el argumento que estipula que una muestra retrospectiva está sujeta al perjuicio de la "sobrevivencia selectiva". Sin embargo, existe evidencia (Bruhn, Chandlerv Wolf, 1969) acerca del hecho que las personas que no han sobrevivido un infarto miocárdico se diferencian muy poco de sobrevivientes del mismo evento, con respecto a sus atributos psicológicos. La idea de la sobrevivencia selectiva es derivada de la creencia que algunos grupos de personas

interpretan su exposición a los eventos de la vida como emocionalmente más estresantes que otros grupos. Este hecho está indudablemente relacionado con los aspectos de la personalidad individual. Las personas que desarrollan un infarto miocárdico se caracterizan tanto por la exposición a un exceso de eventos de la vida inherentemente estresantes, sino por una tendencia a interpretar cualquier evento de la vida como más impactante que personas sanas o individuos que desarrollan enfermedades menos graves. Las diferencias encontradas en el estudio de Byrne y Whyte no hubieran sido aparentes si se hubieran empleado las calificaciones acumulativas de las escalas de valoración de magnitud.

No obstante, un análisis preliminar que consista de una regresión de las escalas de valoración para ser aplicado en la detección de estatus de enfermedad, sugiere que todas las escalas son buenos predictores de enfermedad. Es posible que cada una de las escalas contribuyen diferencialmente a un factor más general de adversidad o de perturbación emocional, después de una exposición a eventos de la vida. En este sentido, pudiera ser hipotetizado que la misma tendencia a interpretar eventos de la vida como emocionalmente estresantes se halla en todos los pacientes con diferentes enfermedades graves de inicio agudo (Rahe, 1974). Desde este punto de vista, la estrategia metodológica del emplear un grupo clínico, otros grupos y un grupo control de sujetos sanos, fortalece los hallazgos de Byrne y Whyte.

Antes de dejar la consideración de la relación entre cambios

psicosociales e inicio de enfermedad; me refería a la posibilidad de que estos cambios sean un reflejo del Comportamiento Tipo A que tiene cierta predisposición genética (Friedman y Rosenman, 1959) y a la alternativa que podría ser el hecho de que sean factores de riesgo independientes para la enfermedad coronaria. Biorck (1959) reconoce la dificultad inherente a esta consideración. Comenta: "Algunas de las dificultades en el estudio del ambiente como fenómeno aparte del equipo genético se derivan del hecho de que un cierto tipo de ambiente atrae a personas con ciertos tipos de genes y así actúa como un factor de selección, o bien, aquellas personas con cierto equipo genético favorecen y buscan un ambiente específico. Hay una interacción entre los dos factores". De Faire Ulf (1975) postula que los estudios que emplean a gemelos son de gran interés para la consideración del tema de los factores psicosociales y su intervención en la enfermedad coronaria, porque podríamos controlar la influencia de la herencia. Estipula que los gemelos monoigóticos (MZ) y dizigóticos (DZ) probablemente comparten factores ambientales en un grado más alto que otros sujetos. Este autor derivó datos del Swedish Twin Registry. Examinó a uno de los miembros de un par de gemelos separados por la muerte por enfermedad coronaria y sus factores de riesgo. De 108 pares de varones discordantes por la muerte, la causa de la muerte fue atribuida a la enfermedad cardíaca isquémica (que culminó en infarto miocárdico o en la muerte súbita), en 40 casos. De Faire Ulf estudió los cambios de vida en 27 (9 MZ y 18 DZ) de 35 pares de varones de zigeidad conocida. De Faire Ulf, 1974 examinó al co-gemelo sobrevi

viente cinco meses después de la muerte del otro gemelo. Se realizó una entrevista basada en un cuestionario de 35 ítems acerca de cambio de vida. Mediante este mismo cuestionario se obtuvo información acerca del gemelo muerto, aplicándolo a sus parientes. Las preguntas estuvieron basadas en una versión sueca del SRE de Holmes y Rahe (1967). Los cambios de la vida para cada período de seis meses durante cuatro años previos a la muerte del gemelo fueron así determinados. De Faire Ulf (1975) halló que el gemelo muerto mostró calificaciones consistentemente más altas que el gemelo sobreviviente en los totales LCU calculados para cada período de seis meses. Esta diferencia era más pronunciada para los pares M \bar{M} . Sin embargo, las diferencias no fueron significativas para todos los períodos de seis meses. Los totales LCU incrementaron gradualmente a través del período de cuatro años para los gemelos muertos y para sus sobrevivientes. Los totales eran más altos durante los últimos seis meses antes de la muerte de los gemelos fallecidos. Los cambios que mejor discriminaron entre los gemelos fallecidos y sus sobrevivientes eran aquellos asociados con el empleo. Así mismo, en otro estudio realizado por Liljefors (1970) que incluyó 91 pares de gemelos varones, los gemelos M \bar{M} que habían sufrido un infarto miocárdico registraron "dedicación al trabajo" significativamente más que los gemelos M \bar{M} sanos. Esta diferencia no existía en los pares D \bar{D} discordantes por la experiencia de infarto miocárdico. De Faire Ulf (1975) debió de haber realizado un apareamiento genético completo para revelar los factores asociados con la cardiopatía isquémica. Liljefors

(1970). por otro lado concluyó que, "Dada una cierta constitución, la enfermedad puede agravarse o ser elicitada por factores ambientales remotos. Algunos de estos factores parecen estar ligados a la actitud de un individuo ante su trabajo". El hecho de que los gemelos que habían sufrido un infarto miocárdico entre los pares MZ se dedicaban en un grado significativamente mayor que sus cogemelos, al trabajo, concuerda con una característica descrita acerca de los individuos que poseen una Personalidad Tipo A (Friedman y Rosenman, 1959). Es interesante anotar que Friedman y Rosenman consideraban que estos rasgos se debían en parte a factores genéticos.

Los factores psicosociales interactúan de modo complejo en el porvenir de un individuo. De Faire Ulf dijo que sería ventajoso dividir los factores en "predisponentes y precipitantes" en el análisis de la situación pre-infarto (Bierck, 1959; Bierck, 1975). Por ejemplo, los factores de riesgo predisponentes serían el colesterol sérico alto, la presión arterial alta, el tabaquismo y el Comportamiento Tipo A. Según De Faire Ulf, uno no puede omitir la posibilidad de que un factor selectivo esté involucrado en la asociación entre una progresión de cambios de vida y el inicio de infarto miocárdico y muerte súbita. No obstante, los cambios de vida ligados a las situaciones laborales en particular, pueden caracterizar a la situción total durante los últimos años de un individuo antes de su muerte por cardiopatía isquémica, aún cuando los factores genéticos sean controlados.

Finalmente, la aplicación clínica de los datos obtenidos del SRE al problema de la cardiopatía isquémica será explicada con mayor detalle a continuación. Un directivo de 64 años de edad, quien labora en una compañía de aviación, prevee a corto plazo su jubilación (45 LCU) y se muda a un clima más cálido (20 LCU). Este individuo ha sido vigilado en el departamento de cardiología por angina de pecho y disnea de esfuerzo de dos años de duración. No había mostrado signos de infarto miocárdico. Colaboradores del Departamento de Psiquiatría lo han tratado por ansiedad y depresión (53 LCU) originadas por la limitación de sus actividades (19 LCU), secundarias a la cardiopatía. Ante el riesgo de infarto miocárdico, se aconsejaría al enfermo que diferiera su cambio de domicilio por un año o más después de su jubilación con el fin de que pudiera continuar trabajando medio tiempo y conservar sus relaciones sociales con sus compañeros de trabajo.

Los datos de los clínicos sugieren que la enseñanza del impacto potencial que tiene en la salud, un cambio de vida, es útil para evitar las complicaciones de infarto miocárdico (ibid). En este sentido Rahe et al. (1973) señalaron que los pacientes cardiopatas que examinan el cambio de vida que han experimentado, en programas de terapia de grupo, regresan a sus trabajos más tempranamente que los individuos que forman un grupo de testigos. Así mismo, Rahe, O'Neil y Hagan et al. (1975) señalaron que había un índice menor de nuevos infartos entre pacientes que durante una terapia habían explorado el significado de sus cambios de vida, que entre los sujetos de un gru

po testigo.

Los hechos de la vida y sus efectos pueden considerarse en conjunto con otras variables de la personalidad como el locus de control.

Valoración por la Prueba AB de Locus de Control que Repercute en una Personalidad Asociada con un Evento Coronario

La dimensión de la personalidad conocida como el locus de control representa el control que uno percibe tener sobre la construcción y mantenimiento de las contingencias ambientales como son los premios y los castigos (Rotter, 1966). El potencial que tiene un comportamiento para ocurrir en una situación dada es en parte una función de la expectativa de la persona que el comportamiento recibirá reforzamiento (ibid). El concepto de locus de control no está relacionado con la inteligencia (Kendall, 1978).

Como ya se he dicho en la introducción y en la Sección Definición de Términos de este trabajo, el fenómeno de locus de control y su relación con el reforzamiento se deriva de la teoría del aprendizaje social (Rotter, 1954, 1966; Hersch y Scheibe, 1967). Muchos autores se han referido a esta teoría. Por ejemplo, Phares (1957) y James (1957) acudieron a ella para crear un instrumento que mide las diferencias individuales existentes en relación a las creencias del locus de control del reforzamiento.

Estas diferencias se relacionan en cierta medida con el hecho

de que el funcionamiento de un individuo en una sociedad está ligado a su autoconcepto (Page, 1975). Este a su vez tiene que ver con cómo él se percibe y con la manera en que otros le dicen que debería de ser visto (ibid). A este respecto Poussaint y Atkinson (1970) dicen que el yo de un individuo se forma, se desarrolla y se controla de acuerdo a la anticipación y asunción que tiene en relación con las actitudes y definiciones formuladas por otros de la comunidad que tratan de él. Dependiendo del grado en que un individuo es un miembro de la comunidad, sus actitudes y normas serán los de ella. Estructura su autoimagen en estos términos.

En general, los individuos desarrollan creencias respecto a la causalidad personal en base a tres antecedentes: 1. historias diferentes de reforzamiento, 2. una sensibilidad diferencial ante los reforzamientos positivos y negativos y 3. el aprendizaje de dichos verbales determinados como apropiados por una cultura (Crandall, 1969).

La escala que mide el locus de control fue creada por Rotter et al. (1966) y consta de 23 items que miden la creencia de control. Las escalas (I-E) están diseñadas para medir si el sujeto cree que el locus de control de las condiciones reforzadores es interno o externo. El locus de control interno o externo se refiere al grado en que una individuo siente que sus reforzamientos son contingentes a sus acciones (Lefcourt, 1966; Rotter, 1966). Algunas investigaciones previas (Joe, 1971; Phares, 1973) han demostrado diferencias en el comportamiento y en la personalidad asociadas a un

locus de control interno versus externo.

Los individuos que creen que sus propias acciones gobiernan lo que les pasa tienen un locus de control interno, según Rotter (1966). Así mismo, ya se citó en la sección de este trabajo encabezado Definición de Términos que las personas con un locus de control externo creen que los reforzamientos se derivan de fuerzas externas más allá de su control (Hamid y Flay, 1974) como la suerte, el azar y las autoridades. Como es de deducir, el polo interno enfatiza el control que siente un individuo sobre su propio destino (Collins, et al. 1976). Lo esencial de esta orientación es que el sujeto con un locus de control interno siente controlar sus refuerzos (Lefcourt, 1966; Rotter, 1966). Teóricamente, los individuos en cualquier extremo del continuum interno-externo exhiben alguna forma de desajuste, pues ambos extremos pueden asociarse con expectativas no realistas de control para la mayoría de los individuos (Rotter, 1966).

En un intento de elaborar sobre las implicaciones del locus de control interno, Phares (1976) llegó a la conclusión de que la característica más básica de los individuos internos es su mayor esfuerzo para dominar su ambiente. Viene a colación con los análisis que tratan las diferencias entre la internalidad y la externalidad, la consideración del papel que juegan las dos orientaciones en las circunstancias de crisis social. Por ejemplo, la crisis energética del principio de los setentas refleja un mayor optimismo de los sujetos con un locus de control interno. Esta crisis provo-

có opiniones divididas acerca de la escasez de los roles de las compañías petroleras y de las estrategias efectivas de conservación (Bergsma y Bergsma, 1978). Aquellas personas que creían en el déficit de energía y en su conservación tenían un locus de control interno (ibid).

Siguiendo esta línea de pensamiento, la voluntad para participar en intentos activos para cambiar el ambiente está relacionado a la expectativa generalizada de un estudiante que puede cambiarlo. Gore y Rotter (1963) obtuvieron compromisos firmados de estudiantes de una universidad de población negra en el Sur de los Estados Unidos, en relación a actividades de derechos civiles planeados para las vacaciones. Conforme demostraban los estudiantes más voluntad para actuar, calificaban en una dirección más interna en la escala I-E. Los estudiantes que se comprometieron a participar en una manifestación en frente de la Casa Blanca calificaban en una dirección significativamente más interna que aquellos que se comprometieron a participar en una reunión o que no tenían interés en alguna actividad. En este estudio realizado por Gore y Rotter, no había un seguimiento con el fin de ver si los estudiantes que habían firmado un compromiso verdaderamente participaron en las actividades de derecho civil. Strickland (1965) comparó los negros activistas en el movimiento de derecho civil con los negros no activistas. Los activistas, apareados por edad, educación y estatus socioeconómico con los no activistas, manifestaron una mayor internalidad en sus calificaciones obtenidas en la escala I/E que los no activistas. Am-

Los estudios confirman la expectativa de que la participación voluntaria en actividades está relacionada al concepto de locus de control. En este mismo sentido, Beckman (1972) predijo que los voluntarios en la rama de la salud mental tendrían un locus de control más interno en la escala I-E que los no voluntarios y que entre más control tuviera una persona sobre su ambiente, más tiempo permanecería como voluntario. Beckman estudió otra dimensión también que tiene que ver con las actitudes individuales hacia la enfermedad mental. Incluyó en su estudio una medida actitudinal llamada Opinions about Mental Illness (OMI) Scale de Cohen y Struening (1962, 1965). Se obtienen cinco calificaciones acerca de cinco dimensiones actitudinales que tienen que ver con la salud mental. Estas dimensiones son: 1. Autoritarismo - Enfatiza la diferencia de los pacientes con trastornos mentales de las personas ordinarias y su inferioridad; 2. Benevolencia - Se enfatiza un punto de vista paternal y una conducta amable en relación a pacientes. Esto se basa en una ideología religiosa o humanista; 3. Ideología de Higiene Mental - La filosofía que profesan los empleados de la salud mental es enfatizada; 4. Restricción Social - El punto de vista que los pacientes y los ex-pacientes son peligrosos para la sociedad es enfatizado; 5. Etiología Interpersonal - Esta dimensión refleja el punto de vista de que la enfermedad mental es producto de la experiencia interpersonal, particularmente de la privación del amor en relación a los padres que se da durante la niñez. El autor intentó hallar una relación entre las actitudes que uno tiene hacia los enfermos mentales y la fuerza de voluntad que existe para rehabilitar

los. Hipotetizó que los voluntarios de la salud mental tienen actitudes iniciales más favorables hacia la enfermedad mental que los no voluntarios. Los voluntarios calificaron más bajo en Autoritarismo y en Restricción Social, y más alto en Benevolencia y Etiología Interpersonal que los no voluntarios. Como se mencionó anteriormente, predijo que las actitudes de los voluntarios llegarían a parecerse más a las de los profesionistas de la salud mental con forme pasaran el tiempo como voluntarios y que ésto pudiera manifestarse por calificaciones más bajas en Restricción Social y más altas en Ideología de Higiene Mental y Etiología Interpersonal. Beckman incluyó a 64 sujetos (30 experimentales y 34 control) en su análisis. Los sujetos experimentales eran voluntarios en un hospital del estado al menos por un mes y los sujetos control eran de una universidad y no tenían un contacto con pacientes con desórdenes mentales. Todos los sujetos terminaron la escala I-E y la OMI y los sujetos experimentales completaron la escala OMI de nuevo, después de seis meses. Como se había predicho, los resultados mostraron que los voluntarios de la salud mental tenían un locus de control significativamente más interno que los no voluntarios. Además, estos sujetos internos permanecían como voluntarios durante más tiempo que los sujetos externos. La dimensión de locus de control afecta la voluntad para servir como un voluntario en términos más generales, no específicamente relacionados al campo de la salud mental. El hallazgo que los sujetos con calificaciones internas más sobresalientes permanecían como voluntarios para períodos más largos de tiempo que los no voluntarios, es consistente con el ha-

llazgo de Hersch y Scheibe (1967). Este se refiere a que para dos o tres muestras, los alumnos universitarios con un control interno que habían servido como voluntarios en un hospital para enfermos mentales se consideraban por sus superiores como más efectivos que los alumnos universitarios con un control externo. Estos últimos autores hipotetizaron que los estudiantes con un locus de control interno tenían mayores expectativas para un cambio positivo como resultado de sus propios esfuerzos que los estudiantes con un locus de control externo. Seguirá de estos resultados que los estudiantes con mayores expectativas para elicitar cambios positivos en los pacientes se esforzarán, cosa que se evidenciará por el trabajo realizado durante largos períodos de tiempo que no sería tan aparente en los estudiantes que no tienen estos sentimientos acerca de la eficacia de sus esfuerzos. En relación a lo anterior, la hipótesis acerca de las calificaciones en Restricción Social se confirmó. Concuere da con esto el que Knapp y Holzberg (1964) hallaron que los voluntarios en un hospital para enfermos mentales eran más altruistas y que sentían más compasión personal y más preocupación moral. Ahora, en cuanto a las calificaciones pre y post prueba de cada uno de los cinco factores CMI para los sujetos experimentales, los voluntarios mostraron incrementos significativos en sus calificaciones en Ideología de Higiene Mental de pre a post prueba. Estudios previos al que está a consideración han reportado cambios significativos con el tiempo, en las actitudes hacia la enfermedad mental (Holzberg y Gervirtz, 1963) y en la tolerancia de comportamiento que es socialmente reprobado (Holzberg, Gervirtz, Ebner,

1964) por parte de los voluntarios en hospitales psiquiátricos. Por otro lado, al contrario de la predicción postulada en el estudio de Beckman, hubo un mayor incremento en Benevolencia en los sujetos experimentales a largo plazo que a corto plazo. El incremento en las calificaciones de Benevolencia en voluntarios es consistente con los hallazgos de Holzberg y Gervirtz, (1963) y de Holzberg, Gervirtz y Ebner (1964) mencionados. Los cambios hacia una mayor tolerancia moral del comportamiento sexual y agresivo que se dan en los voluntarios hospitalarios son consistentes con la amabilidad y permisividad asociadas con la dimensión de benevolencia.

El locus de control interno fue característico además por algunos de los sujetos del estudio de McGarry (1981) con fuertes creencias en un sistema isotérico que se han comportado en una forma congruente con estas creencias. A este respecto, Rotter (1966) dijo originalmente que los sujetos con un locus de control interno mostrarían más resistencia ante la manipulación ambiental o externa. Crowne y Liverant (1963); Getter (1962); Gore (1962) y Strickland (1962) han mostrado que sujetos con un locus de control interno responden en forma más negativa que sujetos con un locus de control externo a los intentos de influir.

Nowicki et al. (1972) realizaron un estudio en el cual se examina las reacciones ante las relaciones iniciales que se dan en la terapia de desensibilización y en la terapia orientada hacia el insight. La desensibilización consiste en que un aparato programado

substituye al terapeuta durante una parte fundamental del proceso terapéutico. Es empleado debido a la creencia de que las actitudes, intereses y convicciones (importantes en el proceso y éxito de las terapias tradicionales de insight) son fuentes de una varianza de error y deben de ser eliminados. Nowicki empleó a 32 alumnos varones de Duke University. Estos completaron la escala I-E y posteriormente fueron sometidos a una condición de entrevista tradicional orientada hacia el insight, o de relajación. Después, los sujetos llenaron el Interpersonal Checklist de Leary (1957; en Nowicki et al. 1972) que averiguó su percepción del experimentador. Los resultados del estudio indicaron que los sujetos percibían a los mismos terapeutas en forma diferente en función de su exposición a una entrevista o al entrenamiento de relajación y de su orientación en cuanto al locus de control. Estos resultados apoyan la contención de que diferencias de un tipo cognoscitivo-perceptual están relacionadas con el modo de reactividad de sujetos ante las técnicas de relajación y de desensibilización. Los sujetos internos en la condición de relajación atribuían más dominancia a los terapeutas que los sujetos externos en esta condición. Los sujetos externos percibían a sus terapeutas como más afectuosos.

Strickland (1962) en un estudio que trató el tema de condicionamiento verbal halló que los individuos con un control interno eran más resistentes a las órdenes de los experimentadores y menos cooperativos que los sujetos con un locus de control externo.

Biondo y MacDonald (1971) hallaron que cuando se les presentaron mensajes con una influencia potente o negligente a sujetos, los individuos con un locus de control interno no mostraron diferencias en la posición que abogaban. Una persona que mueve lejos de la posición abogada por una influencia externa refuerza la creencia que tiene en sí mismo (Hamid, 1974). Supera una crisis a su modo (ibid). Los eventos a que se expone son producto de sus propias acciones, capacidades o rasgos (ibid). El mismo y no las fuerzas más allá de su control determinan su comportamiento (ibid).

Además, un control interno percibido está asociado con una adquisición y retención superior de información personalmente relevante (Seeman, 1963; Seeman y Evans, 1962) (Davis y Phares, 1967; Lefcourt, Lewis y Silverman, 1968 y Lefcourt, Lewis y Wine, 1969). Se ha dicho que los sujetos con un locus de control interno experimentan sus éxitos y fracasos como eventos más significativos que los sujetos con un locus de control externo, quienes ven tales experiencias como menos relevantes desde un punto de vista personal (Lefcourt, 1975).

Además de un control sobre eventos personalmente importantes, el control de reforzamiento interno implica experimentar el mundo como estructurado y predecible (Berggren, 1977). Uno predice un evento y su expectativa de este evento cambia su comportamiento de tal modo que incrementa la posibilidad de la ocurrencia del evento (Schneider, 1972). Visto de este modo, el constructo de control de reforzamiento interno-externo es una variable predictora (Ro-

ter, 1966), una dimensión importante de las diferencias individuales (Rotter, 1966; Lefcourt, 1976). De acuerdo a Lefcourt (1966) bajo condiciones que facilitan una creencia en el control interno, en las que un sujeto siente que puede predecir los eventos que ocurrirán en una situación dada, el sujeto llega a ser más correcto en su percepción de los cambios que se darán en esta situación. Lefcourt implica con ésto que los sujetos con un locus de control interno incrementan la efectividad de su utilización de la información más rápidamente que los sujetos con un locus de control externo. El locus de control es uno de los mejores constructos predictores para una amplia gama de comportamientos de competencia e independencia (Joe, 1971; Lefcourt, 1966; Rotter, 1966).

Wolk y Ducette (1974) concluyeron que los sujetos con un locus de control interno son perceptualmente más sensibles que los sujetos con un locus de control externo y que sus procesos de atención son más activos. Así mismo estructuran los estímulos ambientales en forma más intensa y eficiente que los sujetos con un locus de control externo. Lo anterior sirve como evidencia redundante para numerosas investigaciones que emplearon un amplio rango de variables dependientes, que estipularon que los sujetos con un locus de control interno atienden más activa y selectivamente a los eventos ambientales que los sujetos con un locus de control externo.

Algunos estudios ejemplares de este tipo de investigación son los que tratan el tema del locus de control en relación al control voluntario de la frecuencia cardíaca (Graham, 1973; Fotopolus, 1970;

Ray y Lamb, 1974 mencionados todos en la introducción a este trabajo). Aquí elaboraré acerca de algunos puntos de estas investigaciones. En la de Fotopolus por ejemplo, no se incluyó una condición en la que se instrufa a los sujetos que decrementaron su frecuencia cardíaca. Los sujetos con un locus de control interno y externo tenían inicialmente una medida línea base de su frecuencia cardíaca diferente. Esto pudiera haber generado una situación en que los resultados se explicaran en términos de la ley de valores iniciales. Ray y Lamb (1974) extendieron el estudio de Fotopolus tomando en cuenta lo anterior. Emplearon a 15 estudiantes varones de Vanderbilt University en Tennessee y se les administró la escala de locus de control. Su frecuencia cardíaca fue tomada en reposo para el establecimiento de una línea base. El experimento fue dividido en tres fases. Durante las fases uno y tres, la tarea de cambio de la frecuencia cardíaca consistió en cuatro pares de ensayos. Cada par estuvo compuesto por una condición de incremento y de decremento de la frecuencia cardíaca. Durante estas fases la retroalimentación no fue operativa. Durante la segunda fase del experimento, el sujeto recibió una retroalimentación relacionada con la duración de cada intervalo interlatido (IRI) de su corazón. El sujeto podía determinar la duración relativa de cada intervalo R-R. Después de que cada par incremento-decremento de la frecuencia cardíaca fue presentado, los sujetos completaron dos cuestionarios. El primer cuestionario versó sobre las estrategias que el sujeto usó para controlar su frecuencia cardíaca. El segundo cues

cionario sirvió como un autoreporte de afecto. Se registraron los datos fisiológicos. Se tomó el número de IBI en la dirección correcta según las instrucciones, para determinar la consistencia de las respuestas. Se calculó una segunda medida que representó la magnitud del cambio de la frecuencia cardíaca. Los resultados com prueban que los IBI promedio obtenidos durante la presentación de las frecuencias cardíacas de la línea base para ambos grupos de su jetos (los que tenían un locus de control interno y los que tenían un locus de control externo) no eran significativamente diferentes y que los sujetos podían producir los cambios deseados en su frecuencia cardíaca. Los sujetos con un locus de control interno, co mo en el estudio de Fotopolus (1970) ejecutaron mejor en la tarea de incremento de la frecuencia cardíaca. Los sujetos con un locus de control externo ejecutaron mejor durante la tarea de decremento de la frecuencia cardíaca. Ray y Strupp (1971) verificaron este mismo patrón de respuestas. Continuando ahora con el estudio de Ray y Lamb (1974), no hubo estados de afecto que estuvieran positi va o negativamente asociados con un incremento o decremento exitoso de la frecuencia cardíaca. Las respuestas relacionadas al método de control de la frecuencia cardíaca demostraron enfoques idea cionales idiosincráticos.

A diferencia de los resultados de Fotopolus, Ray y Lamb no con firmaron una habilidad diferencial de los sujetos con un locus de control interno para incrementar su frecuencia cardíaca en condiciones de no retroalimentación. Hubo una diferencia insignificati

va entre la ejecución sin retroalimentación inicial y la ejecución con retroalimentación aunque hubo una tendencia para una mejor ejecución con retroalimentación. En ambos casos los sujetos podían cambiar su frecuencia cardíaca. El que los sujetos con un locus de control interno podían incrementar su frecuencia cardíaca en forma más efectiva que los sujetos con un locus de control externo está relacionado con la habilidad del individuo para manipular su propia fisiología.

Berggren, Öhman, Fredrikson (1977) llevaron a cabo un estudio para evaluar la certeza de un primer experimento. Este postuló que sujetos con un locus de control interno, dado su mejor control sobre los procesos de atención, se habitúan más rápidamente a una respuesta orientadora que los sujetos con un locus de control externo. Así mismo, ignoran más rápidamente a los apuntes irrelevantes que los sujetos con un locus de control externo. La respuesta orientadora se define como un incremento físico en la activación ante estímulos novedosos o significativos. Es indicado por la actividad autónoma periférica. Las respuestas vasomotoras o electrodérmicas la reflejan, por ejemplo (Lynn, 1966). Cuando la estimulación es presentada repetidamente sin consecuencias significativas acompañantes, la respuesta se habitúa conforme el sujeto pierde interés en el estímulo (Graham, 1973; Sokolov, 1963). Una habituación lenta indicaría que la capacidad de atención es deficiente, y que el sujeto ha atendido a aspectos irrelevantes del ambiente. Ya sabemos que los sujetos con un locus de control interno probablemente atien

den más a apuntes relevantes que los sujetos con un locus de control externo. En este sentido, Berggren et al. han dicho que la diferencia en el tiempo de habituación de la respuesta orientadora entre sujetos con un locus de control interno y externo debe ser obvio cuando los estímulos son irrelevantes. Al darles a los sujetos una razón para atender a los estímulos, se pensó que desaparecería la diferencia entre los sujetos con un locus de control interno y externo. Utilizaron 42 estudiantes universitarios de la Universidad de Uppsala, Suecia en su estudio. Se les administró una escala derivada de la escala I-E. Se midió la potencia de la conducción de la piel y se presentaron estímulos en la forma de tonos. Se midieron las respuestas que tomaron la forma de la conducción de la piel ante diferentes tonos de sonido. Los resultados avalan que los sujetos con un locus de control externo tomaron significativamente más tiempo que los sujetos con un locus de control interno para alcanzar un criterio de habituación de tres respuestas sucesivas de cero, indicativas de la velocidad de habituación (Bohlin, 1971; Crider y Lynn, 1971 en Berggren et al. 1977). Además, las personas con una creencia en un locus de control externo continuaron exhibiendo respuestas orientadoras electrodérmicas ante estímulos de no señal durante más tiempo que las personas con una creencia en el locus de control interno. Estos resultados apoyan la hipótesis de que los sujetos con un locus de control externo controlan su atención en forma menos eficiente que los sujetos con un locus de control interno. Berggren et al. postularon que si fuera correcta la interpretación acerca de la diferencia en la

respuesta orientadora entre los sujetos con un locus de control in terno y externo en términos del control sobre los procesos de aten ci ón, se podría modular la diferencia manipulando los requerimien to s de atención durante la realización de la tarea. La diferencia dependería del valor de la señal que tiene un estímulo que sirve como eje para medir las respuestas orientadoras. Si el estímulo a ser empleado tuviera algún significado como el de señal para una tarea, el control eficiente sobre la atención de los sujetos con un locus de control interno sería más orientador de lo que sería en una situación en la que el estímulo careciera de un valor de señal. Por otro lado, debido a su mecanismo de atención menos eficiente, los sujetos con un locus de control externo atenderán a los estí mu los que no son señales como a los estímulos señal. Entonces, las diferencias obtenidas en la habituación entre los sujetos con un locus de control interno y externo, desaparecerían en una condición en la que el estímulo es una señal. Esto implica que la relación entre el locus de control y la habituación de la respuesta orienta da dora se modula por el valor de señal del estímulo. Con el fin de comprobar lo anterior, Berggren et al. compararon a los sujetos con un locus de control interno con los sujetos con un locus de control externo bajo condiciones de estimulación de señal y de no señal. Los autores hipotetizaron que los sujetos internos y externos se de finirían durante la habituación a la respuesta orientadora en una condición de no señal, pero no en una condición de señal. Esperaban además que los sujetos con un locus de control interno mostraran diferentes niveles de habituación ante el estímulo de no señal

y de señal y que los sujetos con un locus de control externo diferirían menos entre estas dos condiciones. Se les instruyó a los sujetos sometidos a la condición de no señal que respondieran tan pronto como pudieran empujando un botón al oír cada tono. Los resultados tanto del primer experimento como del segundo en la condición de no señal muestran que los sujetos con un locus de control interno y externo difieren en la rapidez de la habituación de la respuesta orientadora ante el estímulo no señal. Como ya se ha dicho, los sujetos externos continúan orientándose hacia un estímulo no señal durante más tiempo que los sujetos con un locus de control interno. Es decir, mostraron una habituación más lenta de la respuesta electrodérmica orientadora que los sujetos con un locus de control interno. Estos resultados llegaron a ser muy evidentes cuando se midió la rapidez de habituación como el número de ensayos necesarios para alcanzar un criterio de no respuesta. Los individuos con un locus de control externo respondían más durante estos ensayos que los sujetos con un locus de control interno. Los autores pensaron que la diferencia entre los dos grupos tenía que ver más con la elicitación que con la habituación de la respuesta orientadora. Esta diferencia entre los sujetos con un locus de control interno y externo desapareció cuando se le dió al estímulo un valor de señal. Además, los sujetos con un locus de control interno enlentecieron su habituación en la condición de señal en comparación con la condición no señal, mientras que los sujetos con un locus de control externo no diferenciaban las dos condiciones. Estos datos proveen un fuerte apoyo para la hipótesis que estipula que

los sujetos con un locus de control externo tienen un control más pobre sobre su atención que los sujetos con un locus de control interno. Entonces, los sujetos con un locus de control externo siguen atendiendo a eventos irrelevantes sin diferenciar entre apuntes relevantes e irrelevantes. En contraste, los sujetos con un locus de control interno dejan de atender a los apuntes irrelevantes rápidamente y diferencian entre apuntes relevantes e irrelevantes.

Al contrario de los hallazgos previos que indican que los efectos de locus de control en las tareas de laboratorio son moderados por el sexo (Berggren, 1972; Nowicki, 1973), la conclusión de Berggren et al. (1977) es tan válida para mujeres como para varones.

En cuanto a que demuestra el rol de las condiciones ambientales en la relación entre la habituación de una respuesta orientada y el locus de control, los resultados del segundo experimento nos lleva a considerar la interacción entre la persona y la situación (Mishel, 1973) tema de ser tratado en forma más elaborado más adelante, y añade a los hallazgos de otros estudios que muestran que los efectos de locus de control son mediados por demandas situacionales. Por ejemplo, los efectos de locus de control son modulados por los requerimientos de la tarea tales como la ambigüedad en los estudios de Davis y Phares (1967) y Lefcourt (1967); la dificultad en el estudio de Wolk y DuCette (1974) y la categorización de la tarea cuyo resultado depende del azar o de la destreza como en los estudios de Davis y Phares (1967) y Lefcourt (1967). El de

finir las condiciones en cuanto a su valor de señal es relevante a la consideración de las relaciones entre la habituación y las diferencias individuales (Depue y Fowles, 1973).

Otros estudios han sido diseñados de modo que los efectos de locus de control, aparentemente no fueron oscurecidos por apuntes situacionales altamente salientes. Por ejemplo, se ha dicho que sujetos con un locus de control interno hacen predicciones más acertadas que los sujetos con un locus de control externo acerca del tema de logro, personalmente relevante (Steger, Simmons y Lavalley, 1973; Wolfe, 1972). Recordemos la hipótesis de Rotter (1966) que estipula que la expectativa generalizada para el control interno o externo es un determinante del estado de alerta del individuo ante la información útil como guía de su comportamiento futuro. Este pensamiento es consistente con el de Seeman (1963) y de Seeman y Evans (1962). Se ha dicho que los sujetos con un locus de control interno adquieren más información con respecto a sus propios resultados académicos o que utilizan la retroalimentación accesible en forma más efectiva (Wolfe, 1972). Quizá ambas explicaciones tienen validez. Son congruentes con los resultados de Davis y Phares (1967) y de Phares (1968). Estos autores hallaron que los sujetos con un locus de control interno buscan información en forma más activa que los sujetos con un locus de control externo y la utilizan en forma más efectiva. Phares (1968) llegó a la conclusión de que sujetos con un locus de control interno adquieren más información pertinente a su situación personal que los suje-

tos con un locus de control externo, y la utilizan en el alcance de sus metas, hecho que se había aludido anteriormente. Debido a la actitud de búsqueda de información, los sujetos con un locus de control interno son más hábiles en lo que respecta a la solución de sus problemas personales (Lefcourt, 1966) ya que están mejor informados acerca de sus ocupaciones (Valecha, 1972).

Sería interesante considerar los resultados del estudio de Wolfe más de cerca. Este autor formuló dos hipótesis: 1. Individuos con un locus de control interno son más correctos que los individuos con un locus de control externo en la predicción de su propio logro académico. Se supuso que esta capacidad acentuada de los sujetos con un locus de control interno se reflejaría en discrepancias más pequeñas y menos variadas entre la ejecución predicha y la actual. 2. Los sujetos con un locus de control interno incrementan su capacidad de predecir correctamente, en forma más rápida que los sujetos con locus de control externo. Refiriéndose a las sugerencias de Lefcourt (1966), Wolfe postuló que las diferencias entre grupos en cuanto a la predictibilidad correcta incrementan con una incrementada oportunidad para acumular información útil. Wolfe obtuvo datos de 556 estudiantes universitarios enlistados en un curso introductorio a la psicología. Se les pidió a los sujetos que se hiciera una predicción numérica del promedio de sus calificaciones durante la primera, novena y dieciseisava semana del semestre. Para la estimación que se hizo durante la primera semana, se les instruyó a los sujetos que anotaran el número de cursos

universitarios tomados antes del semestre a consideración. Se les administró a todos los sujetos la Escala I-E. La segunda predicción obtenida durante la novena semana fue realizada después de haber sido enterados de las puntuaciones reales que recibieron a medio semestre. Las discrepancias entre las predicciones y el promedio real de las puntuaciones eran índices de una predictibilidad correcta a los tres puntos de tiempo referidos. Se analizaron los datos de los estudiantes que alcanzaron niveles avanzados de estudio y los datos de los estudiantes principiantes, en forma separada. La razón del análisis separado se basa en la suposición de que los antecedentes académicos influyen en una predictibilidad correcta. Se dividió la muestra en grupos de sujetos experimentados (definidos por un autoreporte de cursos universitarios realizados previamente) e inexperimentados (definidos por un autoreporte que negó cursos universitarios realizados previamente). Una comparación de estos dos grupos reveló que los estudiantes experimentados tenían discrepancias más pequeñas a las diez y seis semanas entre el promedio predicho y el real y además que predecían en forma más correcta que los inexperimentados. También estos estudiantes predecían calificaciones más altas a cada uno de los tres puntos en el tiempo, hicieron menos cambios en sus predicciones y calificaron más altamente que los estudiantes inexperimentados. Habría que tomar en cuenta que existieron dos variables que no fueron controladas: 1. cantidad de retroalimentación académica recibida y 2. los resultados de un comportamiento de búsqueda de información. Esto hace imposible la especificación de las contribuciones rela-

tivas de la adquisición de la información y de la utilización de la información en las diferencias apuntadas en la predictibilidad correcta. Puesto que todos los sujetos inexperimentados recibieron una cantidad uniforme de información útil en la forma de sus calificaciones de medio semestre a finales de la octava semana, es posible que la utilización de la retroalimentación académica jugó un papel más importante que la búsqueda de información acerca de la ejecución, en el comportamiento predictivo de los sujetos en este grupo. Para el grupo de sujetos inexperimentados en cursos universitarios, la hipótesis dos no fue apoyada. Quizá esto puede atribuirse en parte al poco espacio para mejoría accesible a los sujetos con un locus de control interno, ya que sus predicciones, desde un principio, fueron más acertadas que las de los sujetos con un locus de control externo. En lo que respecta a los estudiantes experimentados, los resultados del estudio de Wolfe comprobaron que no existe una relación entre locus de control y una predictibilidad correcta. Los datos indican que la predictibilidad mejora con la experiencia previa que uno tiene con el trabajo universitario. Este factor pudo haber oscurecido los efectos de expectativa en las predicciones hechas por estos estudiantes. Regresando a las implicaciones señaladas anteriormente con respecto a los factores ambientales que intervienen en las repercusiones de locus de control, una explicación potencial para los resultados a consideración es que algunos apuntes salientes que contribuyen fuertemente a una predicción correcta de la ejecución académica, son más accesibles a, o más explotados por el estudiante experimentado. La pre-

sencia de tales apuntes le permitiría predecir en forma más correcta y ver la tarea de predicción como una situación menos ambigua, circunstancia que disminuiría la importancia de la dimensión del control interno o externo como un determinante de comportamiento predictivo.

No obstante este argumento, la teoría y la investigación han enfatizado el control interno como el modo más efectivo de funcionamiento (Lefcourt, 1966) y el más deseable desde los puntos de vista social y personal. Los sujetos con un locus de control interno son menos malajustados que individuos con un locus de control externo (Hersch y Scheibe, 1967). Hersch y Scheibe (1967) y Phares, Ritchie y Davis (1968) asocian la internalidad con un ajuste personal positivo. La internalidad es un índice de la salud mental (Gutkin, 1978). Lefcourt (1966) ha llamado la atención a la relación entre la internalidad y el concepto que expresa White (1959) acerca de la competencia. La internalidad ha sido también relacionada con la habilidad de los niños para retardar la gratificación (Bialer, 1961; Strickland, 1973) y con la perseverancia (Weiss y Sherman, 1973). Un ejemplo de lo anterior es dado por Rotter y Mulry (1965). Estos autores hallaron que los sujetos internos tardaron más que los sujetos externos en tomar una decisión que involucraba una tarea de discriminación difícil cuando creían que ésta se determinaba por la destreza. La internalidad ha sido relacionada además con la creatividad (Ducette, Wolky Friedman, 1972), con el logro (Gutkin, 1978; Messer, 1972), con la búsqueda de información

referida con anterioridad (Cooper, 1971), con la autoestima (Heaton y Dwenferldt, 1973; Joe, 1971) y con una expectativa más favorable del futuro (Smith, Steinke, Distefano, 1973). Joe (1971) postula que los individuos con un locus de control interno son menos dogmáticos que los individuos con un locus de control externo. Por otro lado, confían más en otras personas y su actitud no muestra suspición (Hamsher, Geller y Rotter, 1968). Finalmente, la persona con un locus de control interno es más profunda que una persona con un locus de control externo (Joe, 1971).

Todas estas cualidades hacen del sujeto con un locus de control interno, un líder ideal. Los resultados de numerosos estudios son consonantes con lo anterior. Algunos reportan una relación entre una creencia en el control interno de reforzamiento y la acción social expresiva (Gore y Rotter, 1963; Rotter, 1966; Strickland, 1965). Brown y Strickland (1972) concluyeron que varones con un locus de control interno ocupaban puestos de liderazgo en varias organizaciones con una mayor frecuencia que los que tenían un locus de control externo. Además, estos autores afirmaron que la relación entre el locus de control interno y la ocupación de puestos de liderazgo es independiente del éxito académico.

En lo que respecta a otros estudios en los cuales la relación entre la internalidad y el logro es especificada como positiva, Rotter (1966) ha mostrado que sujetos con un locus de control interno obtienen calificaciones más altas que los sujetos con un locus de control externo (Brown y Strickland, 1972). Como habíamos

visto, los resultados del estudio de Wolfe (1972) aludieron a la misma conclusión después de la realización de un análisis acerca de la capacidad de individuos con un locus de control interno y externo para predecir sus resultados académicos en forma correcta. El hallazgo ha sido confirmado de manera consistente y además para muestras de sujetos más jóvenes que aquellas referidas (Gilmor, 1978; Phares, 1973), así como para muestras compuestas por sujetos adultos (Gilmor y Reid, 1978). Así mismo, Bar-Tal y Bar-Zohar (1977) concluyeron que la internalidad está positivamente relacionada con el logro escolar, de acuerdo a los resultados de la investigación correlacional y experimental. Estos autores sugieren un lazo causal entre las dos variables. Prociuk y Breen (1974) apoyan también los resultados mencionados. Concordaron con lo que había dicho Rotter (1966) acerca del hecho de que los sujetos con un locus de control interno se esfuerzan en forma más evidente en comparación con los sujetos con un locus de control externo, en lo relacionado al logro, demostrando un grado de éxito académico mayor.

Prociuk y Breen (1974) atribuyen el hecho de que los resultados de la investigación previa no habían podido afirmar una relación significativa entre locus de control y la ejecución académica universitaria (Eisenman y Platt, 1968; Prociuk y Breen, 1973) al hecho de que el concepto de locus de control había sido percibido como un constructo unidimensional. Es decir, se le percibía como bipolar. La expectativa generalizada de un individuo para el re-

forzamiento puede ser interna o externa. Prociuk y Breen examinaron la relación entre locus de control y dos variables relacionadas a lo académico: 1. hábitos y actitudes del estudio y 2. ejecución académica universitaria. Por el hecho apenas descrito acerca de la unidimensionalidad de la escala I-E, emplearon tres dimensiones: "Interno, Poderosos Otros" y "Azar"; de control interno-externo desarrolladas por Levenson (1972). Incluyeron en su estudio a 89 estudiantes de psicología de la Universidad de Manitoba. Varones y mujeres participaban. Los autores tenían conocimiento del promedio acumulativo de estos sujetos, de antemano. Además de la escala de Levenson, se les administró a los sujetos el Survey of Study Habits and Attitudes desarrollado por Brown y Holtzman (1956; citado en Prociuk y Breen, 1974). Este instrumento fue diseñado para identificar diferencias en los hábitos y actitudes de las personas que obtienen calificaciones académicas muy altas o muy bajas. Los autores confirmaron que el locus de control interno se relaciona positivamente con los hábitos y actitudes de estudio que son efectivos y al éxito académico universitario, mientras que las dimensiones "Poderosos Otros" y "Azar", correspondientes al control externo, se relacionan negativamente con estas variables. Afirmaron además que la dimensión Azar mostraba una relación negativa más fuerte con las dos variables académicas que la dimensión Poderosos Otros. Los autores basaron sus aciertos en el hecho de que los individuos que creen que sus reforzamientos (calificaciones) son controlados por poderosos otros (profesores) consideran que la fuente del reforzamiento es menos caprichosa que la que procede de la creencia en el reforzamiento por la suer

te o por el Azar. Existe un potencial para el control personal, especialmente mediante un incremento en la participación estudiantil en la planeación de los cursos, en las decisiones administrativas acerca de la política y en las apelaciones respecto a las calificaciones, por ejemplo. Como consecuencia, estos estudiantes dedican más esfuerzo a sus estudios universitarios y logran un nivel más alto de éxito académico que las personas que perciben que sus calificaciones son una función del azar, del destino o de la suerte. Estas últimas no perciben potencial alguno para ejercer la creencia en un reforzamiento personalmente controlado.

Como se ha dicho anteriormente, la relación entre el locus de control interno y el logro académico es vigente para niños. Se ha visto que los niños que asumen más responsabilidad para asuntos académicos ejecutan mejor en la escuela (Buroglu y Walberg, 1979). Además, de Charms (1972, 1976) ha indicado que las percepciones de control pueden operar como la variable antecedente. El incrementar el sentido de control personal de los niños genera un mejor logro escolar. Stipek (1977) fortalece esta posición. Halló que el locus de control de estudiantes tenía más impacto en la ejecución académica que la ejecución académica en el locus de control. Se ha argumentado también que la ejecución escolar superior está relacionada con la ejecución que emerge desde temprano en la carrera académica (Kraus, 1973; Stein y Bailey, 1973).

Tiene asociación con lo anterior la relación reportada entre el locus de control y la satisfacción. Los sujetos con un locus de

control interno sienten menos ambigüedad en su rol y una mayor satisfacción en el área laboral (Organ y Greene, 1974). Organ y Greene emplearon a 94 científicos e ingenieros en su estudio. Estos individuos trabajan en divisiones de investigación, desarrollo e ingeniería en una fábrica de equipo electrónico. Cada sujeto llenó un instrumento desarrollado por Rizzo, House y Lirtzman (1970; citado en Organ y Greene, 1974) que fue empleado con el propósito de detectar las percepciones que tiene un sujeto acerca de la ambigüedad de su rol, la escala I-E, un índice de satisfacción laboral (satisfacción con el contenido actual del trabajo) derivado de un cuestionario de expectativa laboral de Stogdill (1965 citado en Organ y Greene, 1974) y una medida de satisfacción laboral general (satisfacción con la organización y con la gerencia de la empresa), derivada del cuestionario de descripción de trabajo de Stogdill (1965, citado en Organ y Greene, 1974). El concepto de locus de control correlacionó en forma positiva con la ambigüedad de rol, satisfacción laboral y satisfacción general en el trabajo. La ambigüedad de rol correlacionó con la satisfacción laboral pero no con la satisfacción general en el trabajo. Es posible que la ambigüedad de rol elicitara actitudes negativas específicas a la tarea y al comportamiento laboral que no se generalizan a la organización. Los autores hallaron que el locus de control brinda una mayor contribución independiente a las diferencias individuales en la satisfacción laboral y ambigüedad de rol. La correlación entre la ambigüedad de rol y la satisfacción laboral era significativa para una submuestra de sujetos que calificaron en una dirección interna, pero insignifica

tiva para una submuestra de sujetos que calificaron en una dirección externa. Los autores concluyeron que la ambigüedad de rol es aversiva primordialmente para aquellos sujetos frustrados en sus intentos activos para asegurar información relacionada al trabajo. Los hallazgos de Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, y Rosentahal (1964) y de Rizzo, House y Lirtzman (1970) tienen relación con esto. Hallaron que las medidas de ambigüedad de rol, de los sentimientos que tiene un individuo de incertidumbre acerca de sus obligaciones organizacionales en lo que respecta a su rol y a los medios a su alcance para cumplir con ellas, están negativamente relacionadas con la satisfacción que el individuo expresa. Estos hallazgos implican que la ambigüedad de rol es aversiva y que es un producto de la organización y su ambiente. Esto consta del grado de cambio y turbulencia que afecta a la organización, del grado en que se especifica el comportamiento laboral mediante reglas y políticas formales y de la claridad y consistencia de la comunicación dentro de la organización. Estos pensamientos contradicen los de Rotter (1966) y De Seeman (1963) quienes sugieren que la información instrumental y laboral se relaciona con el sistema de creencias de un individuo.

Se podrían acoplar los resultados de Organ y Greene con los de Valacha (1972). Los hallazgos que postulan que los sujetos con un locus de control interno tienen más conocimiento del mundo laboral apoya la hipótesis de Rotter (1966) que estipula que el individuo con una fuerte creencia en su habilidad para controlar el des-

tino es más alerta a aquellos aspectos de su ambiente que proveen información útil para su comportamiento a futuro. Las medidas de ambigüedad de rol tienen una relación incierta con las características objetivas del ambiente organizacional porque también repercuten en el sistema de creencia del sujeto y en el valor instrumental que da a la información.

Finalmente, los resultados apoyan las conclusiones de Korman (1971) cuyo estudio incluyó estudiantes universitarios. Halló que la ambigüedad ambiental era menos importante como determinante de la satisfacción que los aspectos de control, es decir el grado en que los sujetos sentían que se esperaba de ellos un autocontrol.

Kahn et al. (1964) postulaban la posibilidad de que la ambigüedad de rol es un antecedente o por lo menos influye en el locus de control percibido, o que ambas variables son efectos concomitantes de la edad, de la tenencia o de otras variables independientes.

Ahora, en cuanto a la correlación positiva entre la internalidad y la salud mental (Hersch y Scheibe, 1967; Phares, Ritchie y Davis, 1968) y entre la externalidad y la inestabilidad emocional (Gutkin, 1978) tema al que ya he hecho referencia en este trabajo, se han confirmado correlaciones negativas entre la internalidad y otras variables como el neuroticismo (Feather, 1967; Lichtenstein y Keutzer, 1967), la ansiedad (Hersch y Scheibe, 1967; Platt y Eisenman, 1968; Powell y Vega, 1972; Ray y Katahn, 1968; Feather, 1967), la depresión (Abramowitz, 1969; Harrow y Ferrante, 1969; Se-

ligman, 1973) y la pobre autoestima (Fish y Karabenick, 1971; Heaton y Duerfeldt, 1973; Ryckman y Sherman, 1973).

Debido a su descapacidad de la orientación interna ya citada, Lefcourt (1966) sugiere la importancia de investigar los medios por los que esta orientación es adquirida. En modo semejante, Havighurst (1970, p. 206) afirmó que una meta de la educación debería de consistir en el fortalecimiento de un individuo haciendo que controle y premie su propio comportamiento. En este sentido, investigaciones como las de Lefcourt (1976), MacDonald (1971) y Strickland (1973), del locus de control percibido en relación a problemas médicos y psicológicos, han sugerido que los sujetos con un locus de control interno son más propensos a actuar para mejorar sus dificultades.

Se ha pensado que experiencias en grupos de encuentro afectan el locus de control. La experiencia enfatiza que los miembros toman una responsabilidad para su comportamiento verbal y no verbal y que intentan resolver conflictos personales enfocándose en sus sentimientos y comportamientos. También, la experiencia estimula una actitud abierta hacia ella, es decir, confiado, accesible a los sentimientos de satisfacción interpersonal y al insight y dispuesto a la toma de riesgo (Rogers, 1970). Aranson (1970) reportó que no había cambios en el locus de control de los miembros en un grupo de encuentro que se habían reunido sin tener un líder. Diamond y Shapiro (1973) examinaron los efectos de entrenamiento en los grupos de encuentro en el locus de control. Emplearon a estudian-

tes de posgrado de la Universidad de Hawaii. Los sujetos del grupo experimental participaban en un grupo de encuentro en el cual un líder dirigía la terapia, y los sujetos control no recibieron una terapia de encuentro. Se les administró la escala I-E a los sujetos antes y después de las experiencias en el grupo de encuentro. Para los sujetos en el grupo experimental, se notó un cambio significativo en el locus de control que tendió hacia el polo interno. Este cambio no ocurrió para los sujetos en el grupo control. Según Aranson, el estilo de liderazgo es una variable crítica para los resultados de los grupos de encuentro. Este hallazgo en combinación con los de Diamond y Shapiro (1973) implican que las expectativas internas son más fácilmente desarrolladas cuando un líder experimentado conduce al grupo. Otros autores (Shapiro, Marano y Diamond, 1973) observan diferencias entre los resultados de grupos guiados por un líder experimentado y grupos guiados por un líder no experimentado. Los miembros de los grupos expuestos a líderes experimentados muestran una mayor confianza y cambio positivo en su autoconcepto. En el estudio de Diamond y Shapiro los líderes experimentados tenían más confianza en sí mismos. Eran menos ansiosos, suspicaces y defensivos y tenían más destreza para estimular comportamientos exploratorios novedosos que líderes sin confianza en ellos mismos. El estudio de Aranson no preveía tal modelo. El grupo carecía de un líder. Los encuentros eran audio-grabados. Este hecho podría explicar la falta de cambio en el locus de control de los miembros del grupo.

Han existido otros hallazgos en relación a los grupos de encuentro y a los grupos de encuentro combinados con la psicoterapia. Por ejemplo, Foulds, Guinan y Warehime (1974) afirmaron que los grupos de maratón constituyen un método efectivo para incrementar el control interno. Gillis y Jessor (1970) combinaron la psicoterapia de grupo con la psicoterapia individual y hallaron que un resultado exitoso se relaciona con un incremento en el grado de internalidad. Las ideas de Gottesfeld y Dozier (1966) apoyan lo anterior.

Por otro lado, Smith (1970) reportó que una terapia de intervención durante períodos de crisis, con una duración de seis semanas, genera un incremento en las calificaciones interna. Esto no ocurre con las calificaciones de los sujetos control.

Los resultados del estudio de Collins, Taylor y Burger (1976) no confirman lo que se ha dicho. Estos autores investigaron el constructo de locus de control en función de su predictibilidad de un comportamiento dirigido hacia una meta. Sus sujetos eran empleados del Equal Employment Opportunity Program. Estos habían participado en un Upward Mobility Program en el Veterans Administration Hospital. La participación en este programa era conceptualizada como un comportamiento dirigido hacia una meta. El departamento de Personal habló con los psicoterapeutas del hospital con fines de desarrollar un programa de psicoterapia consonante con la necesidad de los empleados del Equal Employment Opportunity Program. Se decidió que los psicoterapeutas darían psicoterapia y valoración para

los empleados interesados en su propio desarrollo (personal, educativo y vocacional). Ochenta y cinco empleados participaban en el programa. Seis meses después de la terminación del programa, se les pidió a los sujetos que llenaran la escala I-E. No había diferencias significativas en los resultados entre cuatro grupos: 1. 63 empleados del Equal Employment Opportunity Program que habían terminado un proceso de psicoterapia y evaluación, 2. 23 empleados del Equal Employment Opportunity Program que habían iniciado este proceso pero que no habían regresado, 3. 53 empleados que habían comunicado a los directivos del Equal Employment Opportunity Program que estaban interesados en el programa, pero al ser invitados a participar, decidieron no participar y 4. 104 empleados que no se interesaron en el programa, quienes sirvieron como grupo control. Es obvio que las características de los cuatro grupos pueden ser conceptualizadas en un continuum y con énfasis en una dimensión de comportamiento dirigida hacia una meta. Sería entonces, razonable sospechar alguna conexión entre esta dimensión y la internalidad o externalidad. Sin embargo, se obtuvieron las calificaciones I-E después de las experiencias grupales. Podría ser que a la hora de la encuesta o de la entrada en el programa, las calificaciones I-E eran diferentes. Si fuera así, es factible considerar que la experiencia como participante en el programa pudo haber modificado las calificaciones I-E. Por otra parte, no se puede ignorar la tan mencionada influencia de las variables situacionales en la falta de diferencias observada entre los cuatro grupos. Estas podrían ser condiciones hogareñas o la necesidad financiera, por ejemplo. Lo in-

portante, sin embargo, para la presente discusión es que para Collins et al. el constructo de locus de control no se relaciona con el comportamiento dirigido hacia una meta para sujetos que participaban en el Upward Mobility Program.

No obstante los resultados apenas mencionados, la mayoría de los resultados de la investigación indican que el control interno puede ser generado por las experiencias de aprendizaje. Eisenman (1972) utilizó la escala I-E en una investigación. Incrementó el locus de control interno percibido, diciéndoles a los sujetos que los resultados de una tarea de condicionamiento verbal dependía de su ejecución. Incrementó el control externo diciéndoles a los sujetos que no tenían control alguno sobre los resultados de la misma tarea. Nowicki y Barnes (1973) incrementaron el locus de control interno percibido de sujetos negros jóvenes que vivían en la ciudad. Los sometieron a una experiencia de una semana de duración en un campo de verano. Allí enfatizaron las relaciones existentes entre sus comportamientos y los reforzamientos que recibieron. Milton R. Cudney (1971, citado en Parks et al., 1975) creó una técnica conocida como "la eliminación de comportamientos contraproducentes" (ESDB) que potencialmente incrementa el control interno a corto plazo. Consiste en un taller de grupo que pretende brindar a cada participante herramientas específicas para eliminar un comportamiento o sentimiento no deseado. Provee un proceso de siete pasos mediante los cuales, un individuo puede dominar el comportamiento que ha identificado como contraproducente (Chamberlain, 1973 citado en Parks et al.,

1975). Este proceso consiste en: a) asumir la responsabilidad para el comportamiento contraproducente, b) identificar y sentir las consecuencia de los comportamientos contraproducentes, c) identificar y controlar las decisiones que se toman que activan los comportamientos contraproducentes, d) dejar de emplear las técnicas que activan las decisiones contraproducentes, e) identificar los temores asociados con una disminución de los comportamientos contraproducentes, f) enfrentar y trabajar con los temores y g) vivir sin los comportamientos contraproducentes. Algunos ejemplos de los comportamientos seleccionados para eliminación por los participantes del taller son la procrastinación, la bulimia, los pobres hábitos de estudio, los sentimientos de inferioridad y la desviación sexual. El funcionamiento del taller se basa en la premisa que los individuos aprenden comportamientos inapropiados para enfrentar situaciones en el proceso de su maduración. Originalmente, estos comportamientos sirvieron para reducir la ansiedad en momentos de estrés o de temor. Una vez que estos comportamientos fueron aprendidos, se generalizaron y reocurrieron como un medio para evitar la ansiedad, aún cuando la causa de la ansiedad no es vigente. En gran parte, los individuos se dan cuenta de que estos comportamientos son contraproducentes, pero no los eliminan por el temor a enfrentarse. Parks et al. (1975) emplearon 18 alumnos varones y mujeres, universitarios de Brigham Young University que indicaron su deseo para eliminar comportamientos contraproducentes. Estos sujetos participaron en el taller mientras que 18 sujetos control no participaban en ello. Se les administró la escala I-E a los

sujetos experimentales al inicio, y al fin del taller y a los sujetos control al inicio y después de cuatro semanas de haberse iniciado. Los sujetos experimentales llenaron la escala nuevamente después de cuatro meses. El análisis de los datos indicó que los sujetos en el grupo experimental mostraron una mayor internalidad que los sujetos en el grupo control y en vez de asumir su valor original, su calificación I-E permaneció estable a través del tiempo durante el período post prueba. Se concluyó que el taller generó cambios estables hacia la percepción de un mayor control interno. Coombs (1974) cita que el taller es efectivo en incrementar la autoestima, la cual es congruente con el control interno. Craig y Howie (1982) afirman que al realizar la percepción de un control interno en el contexto del comportamiento conductual, durante la terapia implica que el sujeto se compromete más a cambiar y a mantener aquellos comportamientos adquiridos durante el tratamiento. Craig y Howie conciben el locus de control como una variable medidora que afecta la respuesta ante los eventos de la vida. Investigación previa a la de Craig y Howie (1982) ha mostrado una relación entre el locus de control y la ejecución que se dió como resultado de la terapia conductual (Stern y Berrenberg, 1977; Ley, 1978). Así mismo, Howie (1981) estudió a 30 tartamudos participantes en un programa de terapia conductual intensiva en el cual se les enseñó destreza en el habla y en el comportamiento. Se les aplicó la escala Rotter pre, inmediatamente post y 18 meses post tratamiento. Halló que el tratamiento redujo el tartamudeo en forma efectiva. El cambio entre el pre y 18 meses post tratamiento se relacionaba sig

nificativamente con la mejoría medida por la frecuencia de tartamudez. Como se aludió apenas, aquellos clientes cuyas percepciones de control interno eran realizadas después de la terapia mantenían la mejoría en sus comportamientos adquiridos durante la terapia. Una fluidez del habla realza los sentimientos de control y los sentimientos de control ayudan a mantener las destrezas aprendidas en la terapia. Pareciera ser que la contingencia y la atribución operan para crear un comportamiento adaptivo. Viene a colación aquí el que Kilmann y Howell (1974) y Perry (1970) asocian la internalidad con el éxito terapéutico.

Una de las implicaciones de lo anteriormente elaborado es que las manipulaciones particulares del ambiente como son los grupos de encuentro, la psicoterapia y los programas educativos pueden ser empleados para modificar las expectativas y permitir que los individuos se perciban con un mayor control sobre sus vidas.

Tomaré esta oportunidad para hablar acerca de las variables con un efecto determinante en el tema de la respuesta de locus de control percibido ante diferentes tratamientos terapéuticos. En todos los casos el incremento en la internalidad se debe en parte a la motivación del sujeto. Finlayson y Rourke (1978) predecían que la motivación para tratamiento y quizá el éxito o fracaso del mismo se relaciona con el locus de control percibido. Avalaron lo anterior con los datos de su estudio en el cual incluyeron un grupo de sujetos hemipléjicos, un grupo de sujetos control con padecimientos médicos y un grupo control de adultos sanos. Se les administró

a todos los sujetos el Adult Nowick-Strickland Internal External Locus of Control Scale (Nowicki y Duke, 1974 citado en Finlayson y Bourke, 1978). Los pacientes fueron evaluados por un fisioterapeuta que los había tratado, en motivación y éxito en el tratamiento. Internalidad correlacionó significativamente con el juicio del fisioterapeuta acerca de la motivación de los sujetos hemiplégicos. Los resultados sugieren que el locus de control percibido se relaciona con la motivación del paciente que fue determinada por el fisioterapeuta tratante, pero no con el éxito terapéutico. Por otro lado, Tseng (1970) especuló que la medida I-E es una variable de expectativa en vez de una variable motivacional porque cuando pacientes bajo tratamiento de rehabilitación eran valorados por instructores de los centros de rehabilitación, los pacientes con un locus de control interno sobresalían más que los pacientes con un locus de control externo en variables como la cooperación, la autosuficiencia, la cortesía y la confiabilidad. Mostraban además, más tolerancia laboral y conocimiento de su trabajo. En una escala de autovaloración, los sujetos con un locus de control interno expresaron más satisfacción con el entrenamiento que los sujetos con un locus de control externo. Walls, Miller y Cox (1970) relataron que los pacientes de rehabilitación prefieren someterse a un período corto de entrenamiento y estar empleados en vez de recibir asistencia. Ocurre lo contrario en relación a pacientes de rehabilitación que tienen percepciones externas.

Regresando ahora al tema de la obtención de un locus de con-

trol interno los resultados del estudio de Boor (1976) además de los ya mencionados anteriormente, enfatizan la importancia de impartir percepciones de control interno a clientes de psicoterapia. Esto lo deriva del hecho de que existe una alta correlación positiva entre la externalidad y la frecuencia suicida. Rogers (1961) intenta ayudar a los clientes a clarificar y a responder a sus propios valores en vez de aquellos de otras personas. Los escritores existencialistas discuten la responsabilidad de los clientes para ejercer cualquier grado de decisión (May, 1969). Ellis (1974 pág. 152) activamente intenta disuadir a sus clientes de creencias irracionales en el control externo. Estas creencias irracionales son ejemplificadas por la idea de que la génesis de la tristeza humana es externa y las personas tienen poca o ninguna habilidad para controlar sus perturbaciones y tristezas, además por la idea de que la pasada historia personal es un determinante importante del comportamiento actual. La razón de que algo alguna vez afectó fuertemente la vida de un individuo, debe tener un efecto similar indefinidamente. En general, los autores expresan la opinión de que el autocontrol minimiza la repercusión de los sentimientos de enajenación e impotencia tan comunes en las sociedades modernas complejas.

Aquellas personas que perciben que los resultados son independientes de sus respuestas tienen un locus de control externo (Rotter, 1966). Bergsma y Bergsma (1978) hallaron que una orientación externa concuerda con la creencia que los recursos energéticos durante la crisis energética de los setentas eran controlados por otros.

El pensamiento es que la manipulación de estos otros creó el déficit de energía y que la conservación personal de energía no ayudaría la situación. Las personas con un locus de control externo no ven contingencias entre sus varios comportamientos y sus reforzamientos (Rotter, 1966). Schneider (1968) afirma que individuos que esperan ser controlados externamente prefieren situaciones que les permitan satisfacer la expectativa de que no pueden controlar lo que les pasa. Esto pudiera explicar porque los sujetos con un locus de control externo evalúan a sus madres como más restrictivas, demandantes y sobreprotectoras que los sujetos con un locus de control interno y concuerda con otros hallazgos que relatan que las personas con un locus de control externo perciben a sus madres bajo una luz menos positiva que sujetos con un locus de control interno (MacDonald, 1971; Palmer, 1971; Tolor y Jalowiec, 1968).

El estudio de Heckel y Hiers (1977) es interesante en lo que respecta a la externalidad. Estos autores formularon la hipótesis de que personas con un locus de control interno se ubicarán más cerca a otros en términos de sus necesidades operantes, mientras que personas con un locus de control externo, vulnerables ante los demás e incapaces de relacionar sus comportamientos y reforzamientos, se distanciarán de otros. Nuestra cultura es rica en canción y poesía que sugieren que cuando una relación marcha bien, es imposible llegar a estar lo suficientemente cercano al ser querido, y cuando una relación marcha mal y carece de reforzamiento, uno busca separarse. En la actualidad existe un uso multifacético del dis

tanciamiento social. Es un medio para expresar la cercanía, la preocupación, el cuidado o la desaprobación. Según Heckel y Hier, el distanciamiento social es congruente con la externalidad y ambas características concuerdan con una desconfianza en la gente (Christie, 1970). Se ha desarrollado una variedad de términos para describir la distancia social y sus varias condiciones especiales: comportamiento espacial, invasión espacial, intrusión espacial, efectos posicionales, zonas neutrales o posiciones para sentarse. Se les da a estos términos una cierta calidad en función por ejemplo del deseo de interactuar o no. Leibman, (1970) presenta una revisión de las normas sexuales y raciales relacionadas al espacio personal en la cultura norteamericana. A veces la distancia social tiene una base cultural ejemplificada en los trabajos de Hall (1966) y de Watson y Graves (1966). Los resultados de estos estudios ponen de manifiesto que las personas de culturas europeas occidentales, Árabs y mediterráneas se involucran más en comportamientos proximales que los individuos de las culturas del norte de Europa o de América. Willis (1966), Griffit y Veich (1971), Garfinkle (1964), Baxter (1970) y Leibman (1970) han desarrollado datos normativos situacionales obtenidos de la cultura americana. Los resultados de todos estos estudios indicaron un alto grado de variabilidad entre los sujetos con diferencias estilísticas marcadas entre varones y mujeres. Más aún, quedó patente que la variabilidad entre sujetos se extendió más allá de las dimensiones subculturales y de sexo (varon - mujer). Probablemente, se atribuye a los rasgos de la personalidad. Diferentes constructos de la personalidad co-

mo agresivo, ascendente, introvertido, intropunitivo, esquizofrénico, designan a personas con distintas asociaciones proximales que los individuos normales. Así mismo, el locus de control refleja variaciones significativas entre individuos en su ubicación proximal. Heckel y Hiers (1977) examinaron el postulado anterior en un estudio en el cual emplearon 36 varones y 26 mujeres universitarios. Los sujetos completaron la escala I-E y después se les permitió escoger su asiento preferido en cinco situaciones. En cada instancia un extraño estaba presente. El sujeto fue calificado en términos de cercanía al extraño. Como se había predicho, los individuos varones y mujeres con semejantes antecedentes socioculturales y con un locus de control externo se distanciaban menos de sus compañeros.

Otra característica de los individuos con un locus de control externo es que son menos resistentes a la manipulación ambiental (Rotter, 1966). Acceden a cualquier presión externa rindiéndose a la manipulación experimental (Hamid y Flay, 1974). Ritchie y Phares (1969) apoyan esta sugerencia mostrando que personas con un locus de control externo cambian su actitud más que personas con un locus de control interno al recibir una comunicación de una fuente de alto prestigio. Al estar enfrentados con un mensaje de poca o mucha influencia, individuos con un locus de control externo cambiaron su posición a aquella dictada (Joe, 1971). Por otro lado, los resultados de otros estudios indican que las personas con un locus de control externo no son más sugestionables que las personas con un locus de control interno (Lichtenstein y Craine, 1969; Baron, 1969).

Una revisión elaborada del estudio de Hamid y Flay (1974) es pertinente el tema en consideración. Estos autores estudiaron los cambios que se dan en el locus de control como una función de la modificación de valores. A este respecto, es importante tomar en cuenta que una condición necesaria para el cambio de valor o actitud es un estado de inconsistencia cognoscitiva (Osgood y Tannenbaum, 1955; Festinger, 1957; Heider, 1958; Brehm y Cohen, 1962). Rokeach (1968) ha mostrado que la inconsistencia cognoscitiva puede ser inducida. Se expone a la conciencia las inconsistencias normalmente abajo del umbral de conciencia, ya existentes dentro del sistema de valores de un individuo. Se les mostró a los sujetos que el categorizar la igualdad baja era inconsistente con la categorización de la libertad como alta. Así, se indujo experimentalmente incrementos en la importancia de la libertad o de la igualdad y se cambió sistemáticamente las otras áreas dependientes del sistema de valores. Los cambios que ocurrieron fueron explicados en base a una motivación para ser consistente y mantener la autoestima. Hamid y Flay trataron de replicar el efecto Rokeach para determinar si algunos sujetos cambian hacia una mayor inconsistencia que sería en la dirección opuesta a aquella predicha. Intentó dejar un modelo de los dos tipos principales de cambios posibles. En base a los resultados de Rokeach, se asume que la mayoría de los estudiantes categorizan la libertad como alta y la igualdad como baja en relación a otros valores previstos. En términos de una teoría de balanza, ésta es una posición cognoscitiva imbalaceada. El sujeto está positivamente predispuesto hacia la libertad y la igualdad, pero la manipulación

experimental ha afirmado una relación negativa (inconsistente) entre los dos valores. El sujeto puede emplear dos métodos alternativos para asegurar que el sistema sea blanceado. Puede permanecer positivamente predispuesto a la igualdad e incrementar su importancia relativa a la libertad, o puede llegar a ser negativamente predispuesto hacia la igualdad y decrementar su importancia aún más. Hamid et al. hipotetizaron que los sujetos con un locus de control externo permanecerían positivamente predispuestos hacia la igualdad e incrementarían su importancia relativa a la libertad para resolver la inconsistencia y que los sujetos con un locus de control interno estarían negativamente predispuestos a la igualdad y decrementarían su importancia aún más, dado que resistirían la presión externa del intento experimental de cambio. Hamid incluyó a universitarios británicos en su estudio y utilizó los siguientes cuestionarios: The Terminal Value Survey que requiere que los sujetos anoten 18 valores terminales en un rango (Kolesch, 1968, 1971a, b) talde en Hamid y Flay, 1971, la escala 1-11 de Rotter y una escala de Satisfacción para verificar la manipulación experimental. Se les pidió a los sujetos que valoraran en un continuum de satisfecho a insatisfecho, que tan satisfechos estaban con el modo en que habían valorado los valores terminales. La manipulación experimental consistió en presentar, al final de una libreta que contenía los cuestionarios, una nota que indicaba que previamente, un grupo de estudiantes había ordenado la libertad como primero y la igualdad como onceavo, y que esto era una inconsistencia. Las hipótesis postuladas por Hamid y Flay no fueron apoyadas. Se halló que aquellos su

jetos que habían mostrado el efecto Rokeach mostraron también un cambio en su calificación I-E, llegando a mayor externalidad, y que aquellos sujetos que mostraron un cambio en la dirección opuesta llegaron a ser más internos. La investigación, entonces, de Hamid y Flay presenta resultados que apoyan los de Lichtenstein y Craine (1969) y los de Baron (1969) en donde la hipótesis de que sujetos con un locus de control externo son más sugestionables que los sujetos con un locus de control interno fue rechazada. Quizá los hallazgos conflictivos dependen de la variable de centralidad. Puede ser que el locus de control predice cambios en actitudes y creencias menos centrales que los que fueron considerados por Hamid et al. Por otro lado, un individuo con un locus de control externo podría rendirse a la manipulación experimental si ésta constituye para él un evento significativo. Esto explicaría el hecho de que llega a ser aún más externo. En contraste, el individuo que se aleja de una posición expuesta por una fuente exterior, refuerza la creencia que tiene en sí mismo, pues supera las crisis a su modo. Si el evento para él es significativo, podría moverse más hacia la dirección interna. Esto viene a colación con el hecho de que la manipulación experimental empleada en el estudio de Hamid et al. incluyó cambios no sólo en el sistema de valores, sino también en el locus de control.

Como el lector ya habrá comprendido, la externalidad está asociada con mecanismos de enfrentación menos adaptivos que los que emplean los individuos con un locus de control interno (Kish, Sol-

berg y Vecker, 1971). Naturalmente, este hecho se repercute en la cercana relación entre la externalidad y la psicopatología (Harrow y Ferrante, 1969; Palmer, 1971). Los resultados de numerosos estudios comprueban que los individuos que califican en una dirección más externa en la escala de locus de control se ajustan con mayor dificultad que los individuos que califican en una dirección interna, ante eventos críticos de la vida que se dan en un período aproximado de dos años. Kobasa (1979) rinde resultados en función del concepto de locus de control como mediador del estrés. Halló que ejecutivos que exhiben una asociación alta entre el estrés y la enfermedad calificaron en una dirección más externa que aquellos altos en estrés y bajos en enfermedad. Harrow y Ferrante (1969), Shybut (1968) y Joe (1971) sugieren que pacientes psicóticos y esquizofrénicos tienen un locus de control significativamente más externo que la población normal. Por otro lado piensan que la enfermedad mental y la hospitalización prolongada, por ejemplo, pueden reducir la creencia que un individuo tiene para lograr metas a largo plazo e incrementar su creencia en el locus de control externo. Kendall, Finch, Little, Chinico, Ollendick (1978) investigaron el locus de control de niños normales, de niños con perturbaciones emocionales y de delincuentes juveniles. Todos los niños terminaron el Nowicki - Strickland Locus of Control Scale for Children (Nowicki y Strickland, 1975 citado en Kendall et al. 1978). Los niños con perturbaciones emocionales y los delincuentes juveniles calificaron en una dirección más externa que los niños normales. Además, los niños con perturbaciones emocionales calificaron en una dirección

más externa que los delincuentes juveniles. Los autores realizaron análisis factoriales para cada grupo. Los factores que mejor representaron al grupo de niños normales fueron los que trataban la expectativa general, la preocupación intelectual y el esfuerzo. Los factores característicos del grupo de niños con perturbaciones emocionales tenían que ver con sentimientos. Eran: la impotencia (lo que tiene que ver con una expectativa generalizada más baja de éxito para los sujetos con un locus de control externo que para los sujetos con un locus de control interno) (Rotter, 1966; Phares y Davis, 1966), la persecución, la superstición y la ineficacia. Los factores pertinentes a la delincuencia juvenil tenían que ver con situaciones o con el ambiente. Eran: la superstición, la impotencia en el hogar, frente a los padres y frente a los amigos.

Los resultados de numerosos estudios (Houstras y Scharf, 1970; Lichtenstein y Keutzer, 1967; Platt y Eisenman, 1968; Ray y Kathan, 1968; Watson, 1967) avalan una correlación significativa entre la escala de locus de control y la IPAT Anxiety Scale, así como el Taylor Manifest Anxiety Scale (MAS). Los sujetos con un locus de control externo son más ansiosos que los sujetos con un locus de control interno. O'Leary, Donovan y Hague (1974) han dudado de esta interpretación. Ellos hallaron que los sujetos alcohólicos con un locus de control externo calificaron en una dirección de mayor ansiedad en el MAS que los sujetos con un locus de control interno. Sin embargo, no hallaron diferencias entre grupos al emplear otras medidas no obstrusivas de la ansiedad. De igual modo que Lykken y

Katzenmeyer (1967) O'Leary et al. razonaron que las medidas de autoreporte de la ansiedad como son el MAS y la IPAT, miden el neuroticismo o un autoconcepto negativo en forma más correcta, ya que tales escalas requieren que los sujetos endorcen items auto críticos como son los que tratan los temores, preocupaciones y debilidades para calificar en una dirección que avala la presencia de la ansiedad. Existe apoyo indirecto para esta contención que consiste en las altas correlaciones positivas entre el neuroticismo, y las escalas MAS, IPAT e I-E (Lichtenstein y Keutler, 1967; Ray y Kathan, 1968). Además, se ha mostrado que las calificaciones I-E y MAS se relacionan con un autoconcepto negativo (Fitts, 1965, Hall, 1964; Strassberg y Robinson, 1974). Donovan et al. (sin fecha) intentó replicar los hallazgos de O'Leary probando la hipótesis de que la correlación entre I-E y el MAS es moderada por neuroticismo y negativismo hacia uno mismo. Emplearon 60 veteranos varones, alcohólicos en su estudio. Los tomó de los sujetos participantes en un programa más grande de investigación del Veterans Administration Hospital en Seattle, Washington. Utilizó la escala I-E, el MAS (Tavler, 1953 citado en Donovan et al., sin fecha) encajado en el MMPI, como una medida de autoreporte de ansiedad y la Social Anxiety Scale (APQS), la Physical Fear Scale (APFS) y la Total Anxiety Reactivity Scale (APRT) de la Anxiety Preference Questionnaire (APQ) (Lykken y Katzenmeyer, 1967 citado en Donovan et al., sin fecha), como medidas no obstrusivas de la ansiedad. Incluyó también cinco subescalas de la Tennessee Concept Scale (TSCS) (Fitts, 1965 citado en Donovan et al., sin fecha) como medidas del grado de negativismo

que uno siente hacia sí mismo y otras dos subescalas de la misma escala: la escala de Neuroticismo (N) y la del Número de Signos Desviantes (NDS), para detectar el grado de neuroticismo y el nivel general de psicopatología. Fitts ha descrito la TSCS como una escala que detecta el autoconcepto. De acuerdo a los resultados de Donovan et al., los sujetos con un locus de control externo calificaron más alto en el MAS que los sujetos que tenían un locus de control interno. No había diferencias entre los dos grupos en las calificaciones que tratan la ansiedad social, el temor físico o la reactividad de la ansiedad total en la APQ. Así mismo, no se confirmó que hubiera diferencias entre ambos grupos en cualquiera de las siete subescalas TSCS. A modo de resumen, las calificaciones I-E se correlacionaron significativamente con las del MAS, pero no con las de las subescalas de la APQ o de la TSCS. No había una relación entre las subescalas MAS y APQ. Las calificaciones obtenidas en el MAS correlacionaron significativamente con cada subesca-la TSCS. No hubo relaciones significativas entre las subescalas APQ y TSCS. El hecho de que las calificaciones I-E se correlacionaron significativamente con las del MAS en una dirección positiva, reproduce los hallazgos de O'Leary et al. Es decir, los sujetos con un locus de control externo eran significativamente más ansiosos que los sujetos con un locus de control interno, cuando se midió la ansiedad por un método de autoreporte empleando el MAS. Se pudió dudar de la validez del MAS como medida de la ansiedad ya que no existían diferencias entre sujetos con un locus de control externo e interno al medirla por la APQ, medida no obstrusiva. La

falta de correlación entre el MAS y la APQ notado tanto en el estudio de Donovan et al. como en el estudio de Lykken y Katzenmeyer (1967), como también un examen del contenido de los ítems del MAS sugiere que esta escala sí toca varias dimensiones de la personalidad que son conceptual y estadísticamente distintas de la ansiedad. El patrón diferencial de las correlaciones entre el MAS y la APQ y entre las medidas MAS y TSCS apoyan los resultados de O'leary et al. (1974) y de Lykken y Katzenmeyer con respecto a su postura que el MAS es una medida de neuroticismo e de negativismo hacia uno mismo. Las calificaciones del MAS correlacionaban significativamente con el neuroticismo, con un autoconcepto negativo y con la perturbación psicológica. Los resultados indican que los sujetos con altas calificaciones en el MAS tienen un autoconcepto bajo, son insatisfechos consigo mismos, tienen una baja autoestima, se sienten inadecuados en las interacciones sociales y les faltan las defensas necesarias para mantener un nivel mínimo de autoestima. Tales individuos son más neuróticos y endorsan signos más indicativos de psicopatología. Esto concuerda con lo que cita Lefcourt (1966, pág. 207) acerca de la falta de autoconfianza del individuo externo y los sentimientos de inferioridad, término empleado por Adler. Los resultados del estudio de Donovan et al. no apoyan directamente la hipótesis que dicta que las correlaciones entre la escala I-E y el MAS son moderadas por el neuroticismo y por el negativismo que uno siente hacia sí mismo, porque los sujetos con un locus de control externo e interno no diferían significativamente en las subescalas TSCS. Tales hallazgos contradicen los resultados previos que avalan que

sujetos con un locus de control externo tienen un autoconcepto más bajo (Hall, 1964; Strassberg y Robinson, 1974), son más neuróticos (Hall, 1964; Lichtenstein y Keutzer, 1967; Platt, Pomeranz y Eisenman, 1971) y demuestran mayor psicopatología (O'Leary, Donovan y Hague, 1974) que los sujetos con un locus de control interno. Entonces, la relación entre locus de control y psicopatología puede ser menos claro que lo que previamente se ha creído.

Al principio de esta sección se mencionó que los hechos de la vida y sus efectos pueden considerarse en conjunto con las variables de la personalidad, entre ellas, el locus de control. Este tema ahora cobra importancia. Las variables como locus de control median los efectos del estrés ocasionado por los hechos de la vida. Nuckolls, Cassell y Kaplan (1971) y Smith, Johnson y Sarason (1978) han sugerido la importancia del rol de las variables moderadoras del estrés ocasionado por eventos de la vida. Los efectos de los cambios de la vida tienen que ver con el hecho de si los eventos estresantes son percibidos como dentro o fuera del control del individuo (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974). Johnson y Sarason (1978) propusieron que los cambios de vida tienen sus efectos más adversos en términos de la depresión y de la ansiedad, en individuos que se perciben sin control sobre tales eventos, es decir en individuos con un locus de control externo. Estos autores emplearon 34 varones y 90 mujeres, todos estudiantes de cursos de psicología en la Universidad de Washington en un estudio en el cual se empleó el Life Experiences Survey (LES) (Sarason, Johnson y Siegal, 1978).

la escala I-E, el State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) y la Beck Depression Scale (Beck, 1967). Tal y como los autores predijeron, los cambios negativos de la vida es tuvieron significativamente correlacionados con medidas de depresión y de ansiedad como rasgo solamente para los sujetos con un locus de control externo. Es decir, el locus de control mediata los efectos que tienen los cambios negativos de la vida. Los resultados sugieren que quizá sea el individuo que experimenta altos niveles de cambio pero que siente que no tiene control sobre los eventos de la vida, el que sea más susceptible a los efectos del estrés que estos ocasionan. Refiriéndome todavía al mismo estudio, no había relaciones significativas entre las medidas de cambio de la vida (sean estos positivos o negativos) y las medidas de ansiedad como estado para sujetos con un locus de control interno o externo. La medida de ansiedad como estado entonces, no rindió resultados consistentes con aquellos obtenidos cuando se consideraron los índices de depresión y de ansiedad como rasgo. El State Anxiety Scale, sin embargo, refleja niveles de ansiedad más transitorios que pueden variar con la situación. Entonces, la falta de confiabilidad de la medida de ansiedad como estado pudiera haber contribuido a los resultados mencionados.

En consonancia con los resultados de estudios previos, otros comprueban el aspecto de la creencia de control sobre su mundo, experimentando por el individuo que sufre de la depresión. De acuerdo al modelo de la depresión entendido el desamparo como aprendido

(Miller y Seligman, 1973; 1975; Seligman, 1972, 1975) un componente principal del desorden afectivo reactivo es la distorsión cognoscitiva que repercute en una baja habilidad del individuo para controlar su mundo. El individuo deprimido se percibe como relativamente inefectivo en cuanto a la ejecución de control sobre eventos significativos de la vida y sus resultados. Los resultados de numerosos estudios de laboratorio apoyan la posición de que la experiencia con contingencias incontrolables da lugar a la depresión. Por la relación existente entre el locus de control, el desamparo aprendido (concepto que se elaborará más adelante) y la depresión (Hiroto, 1974; Seligman, 1975) se ha predicho que los pacientes que sufren de la depresión reactiva tienen un locus de control más externo que los sujetos normales. Tomas Berggren en Suecia (Berggren en Suecia (Berggren et al., 1977) comprobaron lo anterior al comparar una muestra de sujetos deprimidos con sujetos normales. Miller y Seligman (1973) tomaron en cuenta las expectativas de un individuo de éxito en tareas perceptuo-motrices que podían ser realizadas mediante la destreza o en función de la creencia en el azar. Hallaron que los sujetos deprimidos distorsionaron en forma significativa la cantidad de control que podían ejercer sobre el resultado de una tarea que requería la destreza para realizarse. Al compararlos con sujetos no deprimidos los autores hallaron que los sujetos deprimidos eran más propensos a concebir sus reforzamientos como independientes de sus respuestas. Miller y Seligman (1975) hallaron además que los sujetos deprimidos mostraron mayores déficits en una tarea de solución de anagramas que los sujetos no deprimidos. Los

déficits patentes para los sujetos deprimidos se asemejaban a aquellos que se evidenciaron entre sujetos no deprimidos que habían experimentado una falta de control sobre estímulos aversivos, que además fue inducido. De modo semejante, Klein Fencil-Morse y Seligman (1976) hallaron que los sujetos no deprimidos que habían recibido entrenamiento en desamparo mediante la exposición a una serie de problemas irresolubles exhibieron una ejecución fracasada en un tarea subsecuente. Tal ejecución fracasada era semejante a la ejecución de sujetos deprimidos que no habían recibido un entrenamiento en desamparo. Gatchel, Paulus y Maples (1975) y Miller y Seligman (1975) compararon la reactividad emocional de sujetos expuestos a una condición en la que podían ejercer control y escapar un ruido aversivo y de sujetos sin una posibilidad de control bajo la misma condición. Antes de la manipulación experimental, no había diferencias entre grupos en las escalas de depresión, ansiedad u hostilidad del Multiple Affect Adjective Checklist. Después de la manipulación, los sujetos expuestos a la condición que no ofrecía posibilidades de escape o de control, mostraron incrementos significativos en la depresión, ansiedad y hostilidad.

Algunos estudios comprenden el uso de análogos. Por ejemplo, Griffith (1977) empleó una escala de estados de ánimo en el cual se encuentran apareados los adjetivos de depresión y ansiedad, para detectar una balanza. Administró diez ensayos a sujetos impotentes que consistían en un reforzamiento no contingente relacionado con cuatro problemas de formación de concepto. A la mitad de los sujetos se les dijo que habían fracasado en cada problema y a

la otra mitad, se les comunicó que habían tenido éxito. Los resultados relevantes a la escala de estados de ánimo indicaron que la retroalimentación no contingente de fracaso generó una mayor depresión en los sujetos, mientras que la retroalimentación no contingente de éxito generó mayor ansiedad. Ambos grupos de sujetos exhibieron decrementos en la ejecución de una tarea resoluble de anagramas, después de haber sido instruidos en el desamparo.

Vistos en conjunto, los resultados de estudios que utilizaron análogos indican que los individuos deprimidos reaccionan de una manera similar a los sujetos que no pueden controlar los eventos aversivos y sus consecuencias. De modo inverso, los individuos que muestran poco o ningún control sobre eventos aversivos manifiestan niveles incrementados de la ansiedad y de la depresión. No obstante, estas conclusiones, algunos autores citan correlaciones de bajo orden aunque estadísticamente significativas entre la I-E y las medidas de autoreporte de depresión (Abramowitz, 1969; O'Leary, Donovan y Hague, 1974). Tal tipo de resultados provee un apoyo limitado para la relación predicha entre las expectativas generalizadas que tiene una persona para el control y la depresión.

O'Leary, Donovan, Cysewski y Chaney (1977) investigaron la relación entre el locus de control percibido, el control experiencial y la depresión. Asumían que el locus de control esperado y el control experiencial eran medidas de rasgo, análogos a la del desamparo aprendido. Seligman (1975) indicó que una historia acerca del control percibido es una condición necesaria para el desarrollo de

la percepción de control a futuro. O'Leary et al. (1977) emplearon 58 veteranos varones involucrados en un programa de alcoholismo, en su estudio. Se detectó el grado de control experimentado en ambientes sociales mediante el Experienced Control Scale (E-C) (Tiffany, 1967). Esta escala mide el grado relativo de control que un individuo experimenta en relación a las vivencias interpersonales e intrapersonales de estrés, a través de una variedad de situaciones sociales. La escala I-E fue empleada también como medida de las expectativas generalizadas de control. Aunque empíricamente las escalas miden componentes diferentes de la orientación de control, según algunos (Donovan y O'Leary, 1975; Donovan et al., 1975; O'Leary, Donovan Freeman y Chaney, citado en O'Leary, Donovan, Cysewski y Chaney, 1977; Tiffany, Salkin y Cowan, 1970), se ha reconocido la relación teórica entre el locus de control percibido (I-E) y la experiencial (E-C) (Donovan, O'Leary y Shau, 1975; Tiffany, Schoptz y Woll, 1969).

Ambas escalas detectan los conceptos relacionados con el grado de impotencia que un individuo experimenta. Los autores a consideración detectaron la depresión con el Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, 1967 citado en O'Leary et al., 1977) y con la escala de Depresión del MMPI. Los resultados indicaron que la cantidad de control que experimenta un individuo se relaciona con el nivel de depresión más que las expectativas que uno tiene de control. Los alcohólicos que habían reportado un alto nivel de control sobre las fuentes internos y externos de estrés demostraron niveles sig

nificativamente más bajos de depresión medida tanto por el Beck Depression Inventory como por la escala D del MMPI, que los que habían reportado menos control experiencial. Se comprobó una interacción significativa entre el locus de control y las medidas de depresión, que indicó que los sujetos que tenían un locus de control externo y que habían experimentado un control mínimo, sufrían una mayor depresión que los sujetos en otros grupos que no se diferenciaban entre sí. La relación diferencial entre las escalas I-E y E-C y las medidas de depresión apoyan la suposición que estas dos escalas detectan componentes diferentes de la orientación de control y del desamparo mencionado ya con anterioridad. Los hallazgos de O'Leary et al. (1977) no apoyan totalmente la hipótesis derivada del estudio de O'Leary, Donovan, Freeman y Chaney (citado en O'Leary, Donovan, Cysewski y Chaney, 1977). Estos últimos autores hallaron que los alcohólicos que experimentaron un mínimo de control y que tenían un locus de control externo, evidenciaron significativamente mayores grados de psicopatología que los alcohólicos que experimentaron un alto grado de control y que tenían un locus de control interno. Aquellos sujetos que tenían una expectativa del control no consistente con su experiencia (por ejemplo, expectativa con el control interno-experiencia con el control externo) tenían niveles intermedios de psicopatología que caían entre los de los grupos de sujetos con un locus de control interno y externo. En lo que respecta nuevamente a los hallazgos de O'Leary et al. (1977) el nivel significativamente más alto de depresión para los sujetos con un locus de control externo, quienes experimen-

taron un control mínimo sobre los eventos de la vida, es consistente con los resultados de O'Leary, Donovan, Freeman y Chaney (citado en O'Leary et al. 1977). Sin embargo, O'Leary et al. (1977) hallaron que cuando un individuo tiene un locus de control interno, pero experimenta niveles mínimos de control objetivo sobre situaciones estresantes, el grado de depresión no es diferente de aquel de los sujetos con niveles más altos de control objetivo. En general, los resultados de O'Leary et al. (1977) apoyan empírica y teóricamente el modelo de impotencia aprendida como factor causal de la depresión. Al menos en una población alcohólica, el menor grado de control experimentado sobre situaciones estresantes se asocia a una mayor depresión. Los datos sugieren que el desamparo aprendido es un rasgo adquirido en el desarrollo que tiene consecuencias a largo plazo sobre el funcionamiento afectivo del individuo (Seligman, 1975).

La desesperanza es asociada a ella. Beck et al. (1974) han adoptado la conceptualización de desesperanza de Stotland. Consiste en que la desesperanza es un sistema de expectativas negativas que el individuo tiene en relación a sí mismo y su futuro. En un intento de extender la red nomológica (Cronbach y Meehl, 1955) de la dimensión de desesperanza, Prociuk et al. (1976) examinaron la relación existente entre las expectativas negativas del futuro, las expectativas de reforzamiento y la depresión. Se predijo que el locus de control externo se relacionaría positivamente con expectativas negativas acerca del futuro. La concepción que Beck tiene de

la desesperanza es consistente con la falta de propósito y significancia que tipifica el comportamiento de personas deprimidas. Basándose en estos datos, Prociuk et al., predijeron que la depresión se relaciona positivamente con la desesperanza. Los sujetos que participaron en el experimento eran estudiantes de la Universidad de Manitoba, Canada. Se les administró la Hopelessness Scale (Beck et al. 1974), la escala I-E y la Beck Depression Inventory (Beck, 1967). La desesperanza se relacionó en forma significativa con el control externo percibido y con la depresión. Las personas que perciben que sus reforzamientos son una función de poderosos otros, la suerte, el azar o la fatalidad expresan un pesimismo acerca de su futuro. La relación afirmada entre la desesperanza y la depresión en el estudio de Prociuk es consistente con la observación de Beck (1975) de que las actitudes de pesimismo y de desesperanza son características de los individuos deprimidos. Los resultados también ofrecen apoyo para la relación entre el locus de control externo y la depresión, reportado en varias ocasiones y además por Calhoun, Ghenev y Dawes (1974) quienes emplearon medidas de la depresión que no incluían el Beck Depression Inventory.

Los individuos suicidas se caracterizan por sentimientos de desesperanza en relación a la mayoría de las circunstancias desfavorables de la vida (Melges y Bowlby, 1969). Boor (1976) pensó que el comportamiento suicida debe estar relacionado con la escala I-E, y que ésta detecta el grado en que uno percibe que los

eventos son controlados por los propios esfuerzos de un individuo o por los esfuerzos externos. Boor (citado en Boor, 1976) halló que las calificaciones I-E promedio que investigadores habían reportado para alumnos universitarios de diez países diferentes, estaban significativamente relacionadas con las frecuencias del suicidio para estos países. Esta relación sugiere que los factores culturales que generan una alta percepción de control externo, también generan altas frecuencias del suicidio, o que el control percibido interviene entre las características culturales y el comportamiento suicida. Boor (1976) investigó la relación entre las variaciones anuales en las frecuencias del suicidio y en las calificaciones I-E de estudiantes universitarios en los Estados Unidos durante los años 1966 a 1973. A razón de que las personas jóvenes pudieron ser más sensibles que las personas mayores a las influencias culturales actuales en las percepciones del control interno-externo dado que son más lábiles, menos integradas en la sociedad y más susceptibles a sus abyecciones actuales, Boors examinó la relación entre las calificaciones I-E y las frecuencias suicidas para sujetos agrupados por la edad. Schneider (1971) había reportado calificaciones I-E promedio para los estudiantes de la Universidad de Oklahoma durante los años 1966-1970 y Boors obtuvo calificaciones I-E para estudiantes de Fort Hays Kansas State College para los años 1972 y 1973. Se obtuvieron las frecuencias del suicidio para cada 100,000 personas de la población total estadounidense para cada uno de los seis años para ocho grupos distintos por edad (U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1969-

1975 en Boor, 1976). Los datos indicaron que las calificaciones I-E obtenidas y las frecuencias del suicidio reportadas para la población estadounidense incrementaron sistemáticamente entre 1966 y 1973. El incremento en las frecuencias del suicidio se debía a un incremento sustancial en las frecuencias del suicidio de los sujetos entre los 15 y los 24 años de edad y entre los 25 a los 34 años de edad y a incrementos más pequeños de los sujetos entre los 35 y los 44 años de edad. Las frecuencias del suicidio de las personas entre los 45 y los 54 años de edad no cambiaban y de las personas entre los 55 y los 64 años decrementaron durante el período de tiempo referido. El hecho de que las frecuencias del suicidio incrementaron entre las personas jóvenes durante el mismo período de tiempo que decrementaron entre personas mayores, sugiere que distintas variables culturales influyen en las frecuencias del suicidio a diferentes edades o que las influencias culturales tienen un efecto distinto a diferentes edades. Boor verificó una correlación positiva significativa entre las variaciones anuales en las calificaciones I-E promedio y las frecuencias del suicidio para sujetos entre los 15 y los 34 años de edad. Aunque la relación entre estas variables para los sujetos entre los 35 y los 44 años de edad no era significativa, se dió en la dirección predicha. Las correlaciones positivas sustanciales entre las variables en cuestion entre los individuos más jóvenes que los 44 años, sugieren que los factores culturales que afectan el locus de control percibido de las personas jóvenes, también afectan su comportamiento suicida. Boor sugirió que el incremento en las percepcio

nes de control externo y en la frecuencia del suicidio entre las personas jóvenes puede atribuirse en parte a experiencias como la guerra de Vietnam y el reclutamiento militar comunes durante la década de los sesentas, y al escándalo de Watergate y el alto desempleo, también comunes durante los setentas. Las correlaciones reportadas entre las calificaciones I-E y las frecuencias del suicidio entre las personas mayores (65 a 84 años), sugieren que las percepciones de control interno-externo no cambiaban en la misma dirección o al mismo grado entre personas mayores como entre personas más jóvenes. Probablemente, las personas mayores, cuyas características de la personalidad están más cristalizadas que las de las personas jóvenes y quienes están más integradas y establecidas en la sociedad, son menos sensibles a las influencias culturales que afectan el locus de control percibido de los individuos menores. Además, el contenido de la literatura extensiva ya citada que indica que las percepciones de control externo están relacionadas al mal ajuste (Joe, 1971) sugiere que no es probable que el decremento en las frecuencias del suicidio entre personas mayores se asocie con percepciones del control externo incrementadas.

Sin duda alguna, los resultados de los estudios de Prociuk et al. (1976) y de Boor (1976) tienen implicaciones para el estudio del desamparo aprendido en el hombre, ya referido (Hiroto y Seligman, 1975; Seligman, 1975). Quizá la desesperanza media la relación entre la impotencia aprendida y el locus de control. Así lo mostraron Minkoff, Berman, Beck y Beck (1973) en un estu-

dio acerca de la gravedad de la intención suicida y la depresión.

Sin embargo, Rosenbaum y Raz (1977) concluyeron que una baja frecuencia de reforzamiento positivo contingente en la respuesta, y contingencias sociales específicas que refuerzan los comportamientos depresivos, proveen una explicación más factible de la mayor depresión reportada por los sujetos israelitas con impedimentos físicos que por los sujetos israelitas sin impedimentos físicos que el modelo de desamparo aprendido. No obstante, Wilkins (1975) insiste que las interacciones sociales normales no alteran la percepción del control personal de un individuo. Michael (1970) notó que la nueva forma de vida que los sujetos con impedimentos físicos enfrentan, a veces involucran un empeoramiento en términos de la pérdida de reforzamientos y al comportamiento dependiente generado por el ambiente social. El análisis de Michael del ambiente social de los sujetos con impedimentos físicos, que se da en un hospital de rehabilitación es similar a la descripción de Ferster (1973) y Lewinsohn (1975) acerca de los antecedentes de los sentimientos depresivos. Rosenbaum y Raz acudieron a estos escritos y en base a ellos formularon su hipótesis. El hecho de que en el artículo de Rosenbaum y Raz no hubo evidencia de diferencias entre los sujetos con y sin impedimentos físicos en la creencia que los refortadores están bajo su control, mientras sí había diferencias significativas en la depresión reportada, es un argumento en contra del modelo del desamparo aprendido de la depresión. Además, estos autores comprobaron una correlación no

significativa entre las calificaciones de depresión medida por la escala D del MMPI y las calificaciones I-E. Sin duda, estos hallazgos concuerdan con los de estudios previos que confirman solamente una correlación positiva pequeña entre las medidas de depresión y de locus de control (Abramowitz, 1969; Goss y Morosko, 1970; Naditch et al. 1975; Wener y Rehm, 1975).

Otro aspecto de la externalidad digno de consideración es que las calificaciones I-E de los sesentas se movieron en una dirección más externa hasta que se estabilizaron a principio de los setentas. Abramowitz (1973) ha notado un incremento en la externalidad entre alumnos universitarios estadounidenses. Bergsma y Bergsma (1978) compararon las reacciones de los estudiantes ante el Warren Commission Report de 1977, con las de los sesentas, con el fin de estudiar las actitudes cambiantes entre los estudiantes universitarios. Hamsher et al. (1968) halló que los estudiantes de Lake Superior State College en Michigan y de New Mexico State University con una desconfianza consistente en el reporte, tenían un locus de control significativamente más externo. Bergsma y Bergsma notaron una orientación significativamente más externa que interna en los estudiantes en 1977 cuando se les comparó con la de los estudiantes detectada para los sesentas. Los sujetos con un locus de control externo además, mostraron actitudes de desconfianza, en incremento, lo cual concuerda con los hallazgos de Hamsher et al. También, apoya la contención de Wolfe (1964). Este autor afirmó un incremento en la enajenación y en la descon-

fianza en la población universitaria durante los diez años anteriores. Lefcourt (1974) ha hecho una observación similar para muestras de estudiantes universitarios canadienses. Muchas desviaciones en fenómenos políticos y reacciones ante éstas, explican lo anterior.

A continuación citaré algunos estudios que realizan el sentido del concepto de externalidad. Scheidt (1973), por ejemplo, ad ministró un cuestionario de actitudes para determinar las creencias acerca de fenómenos paranormales, ocultos y pseudocientíficos, de sujetos que ya habían calificado en la escala I-E. Halló que los sujetos con un locus de control externo exhibieron significativamente más actitudes hacia fenómenos paranormales que los suje tos con un locus de control interno. Jahoda (1970) reportó evidencia transcultural para la misma relación y Jones et al. (1977) hallaron también una correlación significativa entre las creencias paranormales y el locus de control externo. Por fenómeno oculto o paranormal, se entiende la sensibilidad a las fuerzas o influencias no físicas, acientíficas o supernaturales (McGarry y Newberry, 1981). Los primeros estudios en esta área han sugerido que los individuos que endorsan creencias paranormales, lo hacen debido a una comprensión inadecuada de las relaciones causales en su ambien te. El enfoque de los fenómenos paranormales era en aquel entonces en las supersticiones, rasgos negativos de la personalidad e indicadores demográficos. Por ejemplo, algunos de los estudios iniciales conceptualizaron las creencias en los fenómenos para-

normales como un problema educativo que requería un entrenamiento remedial en las matemáticas y en la ciencia (Emme, 1940). Por otro lado, se ha asociado un estatus socioeconómico bajo, una inteligencia baja, una percepción y memoria selectiva, la emocionalidad, la sugestionabilidad y el autoritarismo con creencias paranormales (Adorno, Frenkel-Brunswick, Levinson y Sanford, 1950; Lundeen y Caldwell, 1950; Ter Keurst, 1938; Valentine, 1936; Wagner, 1928). Jones, Russel y Nickel, 1977 enfatizaron que muchos de los estudios tempranos estaban enfocados en supersticiones sencillas, mientras que los datos recientes indican que tales creencias han sido reemplazadas por creencias más complejas y cognitivamente sofisticadas (fenómenos Psi, ESP, psicokinesis, clarividencia y astroproyección; Boshier, 1973; Jones et al. 1977; Tuch, 1968). Además, los datos recientes indican que las creencias paranormales pueden asociarse con variables previamente concebidas como incompatibles con su desarrollo como un estatus socioeconómico, educativo y de inteligencia alto (Boom Times on the Psychic Frontier, 1974; Jones et al. 1977; Martin, 1974). Análisis sociológicos del renacimiento del "oculto" han sugerido que los intereses paranormales y ocultos pueden servir funciones neosacrales o religiosas (Greeley, 1968; Marty, 1970; Shepard, 1972; Truzzi, 1972), reflejar un rechazo de los valores tradicionales y el modo racional de búsqueda científica (Fromm, 1973; Greeley, 1970; Rozak, 1969; Staude, 1970), o ser relacionados con las promesas del mundo oculto lleno de poderes mágicos, a superar o reducir los problemas personales (DeFrance, Fischler, Morin, Patrossian,

1971; Marty, 1970; Scheidt, 1974; Tiryakian, 1972). La emergencia de un factor de orientación científica en el estudio de McGarry y Newberry (1981) sugiere que los intereses paranormales no necesariamente reflejan un rechazo de la búsqueda racional y científica, como fue sugerido por Fromm (1973); Greeley, (1970); Roszak (1969) y Staude (1970) ya que muchos de los sujetos en este estudio favorecían un análisis científico de los fenómenos para normales.

La generalación de que aquellos que subscriben a creencias paranormales tienden a tener un locus de control externo, no necesariamente es aplicable cuando se trata de individuos conductualmente dedicados y altamente involucrados con su sistema paránormal de creencia. En un estudio de campo, se comparó sujetos que estaban activamente involucrados en sus creencias isotéricas. Scheidt (1974) estudió desviación y poder latente (una disposición, actitud conjunto o expectativa que tiene que ver con la generación de cambios en el ambiente), a través de cuatro clases de creencias distinguibles en un continuum tradicional-no tradicional (iglesia, secta, culto). Scheidt evidenció una tendencia para los grupos que desviaban más de la tradicionalidad a percibir el poder.

La discrepancia entre estos hallazgos y los de investigadores anteriores (Jahoda, 1970; Jones et al. 1977; Scheidt, 1973) puede ser en parte una función del mayor involucramiento del grupo oculto en su sistema de creencia, comparado con los alumnos emplea dos en los estudios previos. Los miembros del grupo oculto mante

nían sus creencias activamente frente a la posibilidad de ser eti quetados como desviados. Los alumnos, sin embargo, demostraron sus creencias respondiendo únicamente a un cuestionario. Es posi ble que los estudiantes con un locus de control externo que ha**bían** expresado creencias paranormales fuertes, adoptaron estas creencias para mitigar sus sentimientos de inadecuación, mientras que los miembros del grupo oculto adoptaron y mantenían en forma activa sus sistema paranormal de creencias como un vehículo ya es tructurado que les permitía enfrentar sus ambientes más eficazmente.

De acuerdo a los resultados de McGarry y Newberry, las creen cias paranormales incrementan significativamente conforme aumenta el involucramiento. La internalidad aumenta significativamente conforme incrementa el involucramiento, pues el involucramiento maximiza los sentimientos de poder y de efectividad. Baje las con diciones de un alto y de un moderado involucramiento, las creen cias parnormales estaban significativamente relacionadas con un lo cus de control interno, mientras que en condiciones de un involucramiento era bajo, había una ligera tendencia para las creencias paranormales a asociarse con un locus de control externo. Los au tores hallaron también, que los creyentes altamente involucrados percibían el mundo como difícil, pero controlable (predecible y políticamente respondiente), mientras que los creyentes con un ba jo involucramiento percibían el mundo como difícil pero controlable (impredecible e injusto). Estos datos comprueban que creen-

cias paranormales están asociadas con la internalidad bajo condiciones de involucramiento conductual, pero con la externalidad cuando falta este involucramiento.

Entonces, el apego a las creencias paranormales puede ser mediado por el locus de control, pero la dirección y la magnitud de la calificación I-E se relaciona de manera significativa, con el nivel de involucramiento conductual del individuo en prácticas isotéricas o psíquicas que son consistentes con estas creencias. Lo anterior es compatible con los resultados de Scheidt.

En lo que respecta a la causalidad y el apego a las creencias paranormales, la reemergencia de intereses en lo paranormal quizá refleja un intento de algunas personas modernas en el Occidente a desmistificar los elementos culturales, alguna vez productores de miedo y amenaza (Truzzi, 1972). Conforme los medios de comunicación hacen que los fenómenos paranormales sean relevantes, algunos individuos se involucran en ellos para desmistificar sus aspectos generadores de ansiedad. Poggie, Pollnac y Gersuny (1976) reportaron que las creencias supersticiosas y ritualísticas entre pescadores reducen la ansiedad relacionada al alto riesgo de su ocupación.

Las actitudes y las creencias son en parte, moldeados por los medios de comunicación (Gerbner, Gross, Jackson-Beeck, Jeffries-Fox y Signorielli, 1978; Schamm y Roberts, 1971; Weiss, 1969). Estos tienen la habilidad de concientizar a la gente de las possibili

dades existentes más allá de sus experiencias directas (Weiss, 1969) y a rendir las ocurrencias isotéricas personalmente relevantes (Schramm y Roberts, 1971). Estas cobran suma importancia si tomamos en cuenta que los individuos con un locus de control externo exhiben una discrepancia mayor entre el yo y el yo ideal (fomentado a veces por los medios de comunicación), que los sujetos con un locus de control interno, así como una autoaceptación y autoestima menor (Chandler, 1976).

Chandler examinó el hecho de que los sujetos con un locus de control externo exhiben una mayor discrepancia entre su yo y su yo ideal y una más baja autoaceptación y autoconcepto que los sujetos con un locus de control interno. Administró a 55 varones y mujeres universitarios, estudiantes de arte y de teatro, el Adult Nowicki-Strickland Internal-External Scale (Nowicki y Duke, 1972 citado en Chandler, 1976) y el Index of Adjustment and Value (Bills, Vance y McLean, 1951 citado en Chandler, 1976). Los resultados apoyaron todas las hipótesis que fueron además postuladas por Lombardo et al. (1975). Estos hallazgos sugieren que si la autorealización es una meta deseada, los individuos con locus de control externo no se acercarían a ella sin una fuerte demostración de poder.

Los hallazgos de Cunningham y Berberian son interesantes y deben de considerarse a la luz de los mencionados arriba. Ellos reportaron que varones con un alto autoconcepto calificaron en una dirección más interna que los varones con un autoconcepto bajo, mientras que las mujeres con un alto autoconcepto califica-

ron en una dirección menos interna que las mujeres con un autoconcepto bajo.

Siguiendo el tema de externalidad pasaré a considerar si el reforzamiento interno-externo de control es una variable de expectativa o motivacional. Se ha argumentado que es una variable de expectativa. Si por ejemplo, se considera el locus de control como una medida de la necesidad para controlar, motivo supuestamente característico de sujetos con un locus de control interno (Phares, 1986) entonces la frustración debe ser más aversiva y estimulante para los sujetos con un locus de control interno que para los sujetos con un locus de control externo (Bhatia et al. 1978). Los individuos con un locus de control interno serían más agresivos cuando se les enfrenta con la frustración. Sin embargo, Bhatia y Golin mostraron que una agresión reducida en respuesta a la frustración está asociada con la internalidad. Además, Butterfield (1964) halló que sujetos en un locus de control interno responden de modo más constructivo ante situaciones de frustración que los sujetos con un locus de control externo. Así mismo, Williams y Vantress, (1969) manifiestan que los sujetos con un locus de control interno son significativamente menos hostiles y agresivos que los sujetos con un locus de control externo. Pero, la manifestación de la agresión no necesariamente guarda una relación proporcional con la culpa por la agresión experimentada. Aunque los sujetos con un locus de control interno manifiestan menos hostilidad y agresión que los sujetos con un locus de control externo,

tienen un grado significativamente mayor de culpa por la hostilidad experimentada (Breen y Prociuk, 1976).

Ahora, tratando el tema de la agresión, la frustración resultó en una incrementada agresión para personas con un locus de control externo, pero no para personas con un locus de control interno. Esto se basa en la creencia generalizada de la no controlabilidad. Entre menor es la creencia en el control, mayor es la agresión (Bhatia y Golin, 1978).

Ha sido un tema controversial el hecho de que el locus de control sea un constructo motivacional, situacional o tiene que ver con la personalidad. Algunos postulan que las diferencias en el comportamiento tienen que ver con la controlabilidad de acuerdo a las características de la situación particular. Un ejemplo sería las circunstancias adversas frustrantes que aumentan la estimulación (Donnerstein y Wilson, 1976; Glass y Singer, 1979). Como variable situacional, el locus de control varía de acuerdo a las características situacionales que especifican el grado de destreza, el esfuerzo (control interno), la fatalidad, o el azar (control externo) involucrado en la determinación de los resultados contingentes en el comportamiento. En este sentido Rotter (1966) afirma que la creencia en el control interno o externo se mantiene en relación con el reforzamiento positivo y negativo. Otros implican que la controlabilidad se trata de determinantes de la personalidad (Bhatia y Golin, 1978). Como una variable de la personalidad, el locus de control tiene que ver con la creencia gene

realizada de un individuo que los resultados de eventos son contingentes en su habilidad o esfuerzo (control interno) versus los esfuerzos más allá de su control como la fatilidad o el azar (control externo) (Rotter, 1966).

Rotter y Mulry (1965) examinaron el efecto de la variación en el locus de control determinado por la personalidad o por la situación. Llevaron esto a cabo en base a la importancia dada al reforzamiento. Se operacionalizó el valor del reforzamiento o premio. Por ejemplo, ante una tarea en la cual se tenía que aparear ángulos, se le hizo parecer al sujeto que el ser correcto se debía a la destreza o al azar. La suposición era que el tiempo de decisión aumentaría en proporción a la importancia que el sujeto diera al estar correcto. Tal y como Rotter y Mulry lo habían predicho, las personas clasificadas en base a su locus de control interno tardaron más en tomar decisiones bajo instrucciones de destreza que bajo instrucciones de azar. Además, tenían tiempos de decisión más largos que los sujetos con un locus de control externo en la condición de destreza. Se interpretó estos resultados en función del valor más alto que los sujetos con un locus de control interno digieron a los resultados determinados por sus propias acciones que a los que se debían a los eventos más allá de su control. Los sujetos con un locus de control externo tardaron más en tomar una decisión que los sujetos con un locus de control interno en la condición de azar que en la condición de destreza. Se explicó este hallazgo en base al hecho de que los sujetos con un locus de control externo

valoraron los resultados que indican su estatus como una persona suertuda altamente. En otras palabras, Rotter y Mulry hallaron un valor más alta de premio cuando las características de la personalidad y de la situación en relación al locus de control, eran congruentes (ambas eran internas o externas), que cuando eran incongruentes (una interna y la otra externa).

Lefcourt, Lewis y Silverman (1968) también afirmaron los efectos de congruencia empleando el tiempo de decisión en un nivel de tarea, pero ésta ocurrió cuando corrigieron las propias percepciones del sujeto del grado de destreza versus el grado de azar requerido para lograr éxito con respecto a la tarea. Entonces, sí existe apoyo para la suposición de que la congruencia entre el locus de control determinado por la personalidad y por la situación realza el valor del premio.

Por otro lado, los efectos de la congruencia han sido negados por otros autores. Julian y Katz (1968) cuestionaron la suposición de Rotter y Mulry que el valor de premio se toma como índice del tiempo de decisión. Estos autores midieron la tendencia de personas de confiar en sus propios juicios en vez de los de una persona con más destreza en la selección adecuada en una tarea de aprendizaje verbal. Aún cuando los sujetos con un locus de control se podían beneficiar de otros, preferían confiar más en sus propios juicios, que personas con un locus de control externo. Esta relación era vigente tanto en una tarea de destreza como en una tarea de azar. Estos resultados se contraponen con

los de Rotter y Mulry. Julian y Katz sugirieron que sus resultados podrían ser explicados en base a las estrategias óptimas diferenciales empleadas para lograr éxito, por parte de los sujetos con un locus de control interno y externo. Dijeron que estas diferencias trascenderán la variación ocasionada por un locus de control situacional. Describen las personas con un locus de control interno como en necesidad de predecir sus resultados. Esta necesidad sobrepasa a la de las personas con un locus de control externo. Esta diferencia en orientación estaría presente tanto en las condiciones de destreza como en las condiciones de azar.

En un estudio diseñado para examinar las diferencias entre los sujetos con un locus de control interno y externo en la necesidad de controlar los resultados, Julian, Lictman y Ryckman (1968) ofrecieron a los sujetos que escogieron entre dos alternativas: el aventar menos dardos a una distancia menor o más dardos a una distancia mayor, de un blanco. Se igualaron las probabilidades de tener éxito a las dos distancias. Conforme se había predicho, los sujetos con un locus de control interno preferían distancias más cercanas cuando supuestamente podían ejercer un mayor control sobre el éxito. Un segundo estudio fue realizado para examinar la hipótesis de que puesto que los sujetos con un locus de control interno tenían una mayor necesidad para controlar, el eliminar esta posibilidad sería más aversivo para ellos que para los sujetos con un locus de control externo. Se eliminó la posibilidad de controlar al requerir que los sujetos aventaron los dardos a cie-

Es. Al contrario de lo esperado, los sujetos con un locus de control externo reaccionaron en una forma más negativa que los sujetos con un locus de control interno ante sus experiencias. Los autores sugirieron que el tener dardos a ciegas constituye una tarea de estar en la cual, de acuerdo al pensamiento de Rotter y Mulyr, la congruencia determina una importancia mayor de premio para los sujetos con un locus de control externo que para los sujetos con un locus de control interno. Los resultados del primer (tarea de destrucción) y segundo (tarea de estar) estudios son consistentes con el postulado de congruencia entre situación y locus de control, afirmado por Rotter y Mulyr.

Como se había atinado anteriormente, en su concepción original el locus de control fue entendido como un determinante de la expectativa para premio (Jones y Rotter, 1958; Phares, 1957), pero Feather (1967b) integró el locus de control en un marco de referencia motivacional considerando el valor de la expectativa de logro. Basándose en la relación entre el valor del premio y la responsabilidad para resultados, Feather propuso que la satisfacción con el éxito y la insatisfacción con el fracaso incrementa en proporción al control interno. Entonces el valor de premio sería más alto para sujetos con un locus de control interno que para sujetos con un locus de control externo, y más alto también en relación a los resultados determinados por la destreza que por el estar. Feather halló que el valor del premio era más alto en relación a las tareas determinadas por la destreza que en relación a

las tareas determinadas por el azar, pero no hubo una relación entre el valor del premio en ambas condiciones y el locus de control. Karabenick (1972) sí halló una relación entre el alto valor del premio y la internalidad, además de una interacción entre las diferencias individuales en el locus de control y las variables de la tarea. La internalidad estaba relacionada con una tarea que involucró la destreza. Estos últimos hallazgos apoyan el hecho de que la personalidad y el locus de control determinado por la situación interaccionan para realzar el valor del premio.

Hartsough (1977) llevó a cabo una investigación interesante que pudiera ser aplicada a esta discusión. Fue inspirada por una investigación de las variables relacionadas a la situación o a la personalidad que pudieran afectar los valores numéricos subjetivamente asignados a frases verbales. En los trabajos previos a 1977 que estaban relacionados con la probabilidad de frases verbales, el énfasis dado fue a las probabilidades numéricas asociadas con frases verbales y su confiabilidad con el tiempo (Cohen, Dearnley, Hansel, 1958; Lichtenstein y Newman, 1967; Simpson, 1963; Stone y Johnson, 1959) los términos como "siempre", "probable" y "altamente improbable", han sido empleados en estudios en que se les instruye a los sujetos que indicaran "¿Cuántas veces en cien piensa que la palabra o frase indica que un acto ha ocurrido o ocurrirá?". Visto de acuerdo a los planteamientos de la teoría del aprendizaje social (Rotter, 1954; Rotter, 1966) las respuestas ante tal tarea, mientras indican una comunalidad de probabilidades de valores de

palabras, para la población, pudieron también reflejar diferencias individuales en función de expectativas generalizadas para situaciones generalizadas. Los valores de las probabilidades se determinan en parte por la historia anterior del sujeto de reforzamientos en situaciones parecidas en las cuales percibió que operaba. En la asignación de un valor numérico a una palabra como "posible" sin tener un contexto específico, el sujeto proveerá su propio con texto o acudirá a un contexto más general, subjetivamente inculcado o solo de una retroalimentación histórica que recibió al comunicar públicamente la probabilidad, sino de entradas funcionalmente acumuladas y relativas a su propia historia de reforzamientos. "Posible" no significa lo mismo para un científico que para un jugador, por ejemplo.

Hartsough (1977) acudió a los estudios de Rotter, Liverant y Crowne (1961) para examinar los comportamientos relacionados a la probabilidad, evidentes en sujetos con un locus de control interno y externo expuestos a condiciones preestablecidas de destreza, azar y ambigüedad. Rotter, Liverant y Crowne establecieron conjuntos indicativos de los resultados de las tareas relacionadas a la destreza o al azar. Las contingencias de reforzamiento eran sometidas a un control estricto por el experimentador y las tareas involucradas eran culturalmente definibles. En el establecimiento del conjunto de destreza, el sujeto debe percibir que la ejecución de la tarea está estrictamente bajo su control. Rotter, Liverant y Crowne emplearon una tarea que requirió destreza y reforzaron al sujeto al 100 por ciento. Hallaron que el comportamiento del

sujeto era difícil de extinguir. Al emplear una tarea que requirió destreza y un reforzamiento parcial, hallaron que el comportamiento del sujeto era más fácil de extinguir. Los autores pensaron que el sujeto concibió su comportamiento como causal de sus reforzamientos bajo un programa del 100 por ciento de reforzamiento. En una situación en la cual los resultados de una tarea dependían del azar y con un 50 por ciento de reforzamiento, se obtuvo un gradiente de extinción casi idéntico con el de los sujetos bajo condiciones de tareas que requerían destreza y que generaron un 100 por ciento de reforzamiento.

Regreso ahora al estudio de Hartsough quien empleó en su estudio a estudiantes de una clase de la introducción a la psicología en base a sus calificaciones I-E ya conocidas. Se presentó a los sujetos una tarea que requirió el endorsamiento de probabilidades subjetivas y otra en la que existían palabras mutiladas. Bajo condiciones de destreza, se les dijo a los sujetos que sus resultados en varias tareas de palabras mutiladas se debían a su propia destreza personal. Además, hubo un reforzamiento del 100 por ciento. Bajo condiciones de azar se les dijo a los sujetos que sus resultados en las varias tareas se debían a la suerte o al azar, y se les administró un programa de reforzamiento del 50 por ciento en una tarea también de palabras mutiladas. Bajo condiciones de ambigüedad no se les administró a los sujetos la tarea de palabras mutiladas y tampoco se hizo referencia a la destreza o al azar en relación a la ejecución de la tarea empleada. Antes de estar ex-

puesto a cada bloque de cinco palabras, se le pidió al sujeto que valorara cuanta confianza sentía en que su ejecución fuera exitosa. Después, se le dió al sujeto una lista de palabras y frases probabilísticas, pidiéndole que indicara cuantas veces en cien pensaba que la palabra indicaba que el evento había pasado o que pasará.

De acuerdo a hallazgos previos relevantes a comportamientos probabilísticos de sujetos con un locus de control interno o externo (Phares y Davis, 1966; Rotter, 1966; Rotter y Mulry, 1965) los sujetos con un locus de control interno deben de obtener valores probabilísticos más altos bajo condiciones de destreza, así como también sería el caso para sujetos con un locus de control externo bajo condiciones de azar (congruencia). En el estudio de Hartough, las comparaciones de la ejecución de los sujetos con un locus de control interno revelan que bajo condiciones de destreza, alzaron sus expectativas e impartieron valores probabilísticos más altos a las palabras probabilísticas subjetivas. La introducción que consistía en advertir que la ejecución individual se debía a la destreza, al azar o a factores ambiguos, tuvo un efecto significativo en los valores probabilísticos subjetivos e interactuó con la internalidad o externalidad consideradas como variables de la personalidad. La diferencia principal entre sujetos con un locus de control interno y sujetos con un locus de control externo es que los primeros responden favorablemente a la retroalimentación valorativa en condiciones de destreza, y los segun-

dos responden mejor bajo condiciones de retroalimentación no evaluativa. Es decir, los sujetos con un locus de control externo no respondieron diferencialmente ante las condiciones de destreza o del azar (Hartsough 1977). Preferían la condición ambigua, no evaluativa. En lo que respecta a la condición del azar, los sujetos con un locus de control interno y los con un locus de control externo no respondían en forma diferencial. De allí que Hartsough afirmó que la diferencia principal entre sujetos con un locus de control interno y con un locus de control externo, no está en el responder a las contingencias relacionadas al azar. Hartsough (1971) halló que los sujetos con un locus de control externo no alzaron sus probabilidades para el éxito después de recibir reforzamiento asociado a condiciones de destreza).

Uno de los puntos que sobresalen de la teoría de I-E (Phares y Davies, 1966 y Rotter, 1966) es que los sujetos con un locus de control externo evitan el fracaso. Los resultados del estudio de Hartsough, apoyan esta hipótesis, pues bajaron sus valores probabilísticos subjetivos conforme los valores de la probabilidad incrementaron. En contraste, los sujetos con un locus de control interno incrementaron sus valores de probabilidad subjetivos.

Esta idea es de interés en la consideración de la conceptualización de Feather (1967b), la cual es contraria a aquella de Rotter y Mulry (1965). Estos últimos autores propusieron que las expectativas para el éxito incrementaban bajo condiciones de azar, en las cuales no son directamente responsables para sus resultados.

No se consideran responsables para una ejecución inadecuada debido a la naturaleza azarosa de la tarea. La principal diferencia entre los postulados de Rotter y Mulry y de Feather tiene que ver con las expectativas de los sujetos con un locus de control externo bajo condiciones de azar. Según Rotter y Mulry, la congruencia predice un alto valor de premio. De acuerdo a Feather, el valor de premio sería más alto cuando la personalidad y la situación son internas, intermedio cuando una es interna y la otra es externa y más bajo cuando ambas son externas.

Watson y Baumal (1967) presentaron aún otra alternativa: que la incongruencia en vez de la congruencia es el determinante crítico. Predecían que los sujetos con un locus de control interno, acostumbrados a controlar eventos, serían más ansiosos y más motivados cuando están en situaciones que no pueden controlar (azarosas), mientras que los sujetos con un locus de control externo serían más ansiosos en situaciones en que el control es posible (por la destreza requerida). Los sujetos con un locus de control externo cometieron más errores en una tarea de aprendizaje compleja. Es to indicaba que eran más ansiosos. Además pidieron más ensayos de práctica, lo cual indicaba que estaban más motivados para ejecutar bien cuando la personalidad era incongruente con la situación. Petzel y Gynther (1970) apoyaron también el aumento en la motivación debido a una combinación personalidad-situación de incongruencia. Ellos utilizaron una tarea de aprendizaje y se asumía que la ejecución variaba directamente con la motivación para

realizarla. Obtuvieron niveles más altos de ejecución en la condición de incongruencia.

Un estudio interesante de Srull y Karabenick (1975) concierne las propiedades motivacionales de locus de control y el modo en que las diferencias de la personalidad y de la situación relacionadas al constructo se combinan para afectar el comportamiento en un contexto de logro. Las personas que tenían un locus de control interno o un locus de control externo ejecutaron tareas en las cuales los resultados eran determinantes de la destreza o del azar. La medida específica de respuesta era la tendencia a violar las prohibiciones normativas contra el hábito de copiar con fracasos repetidos. Se escogió el comportamiento fraudulento de copiar, porque no es una respuesta trivial, sino requiere que el sujeto decide violar las normas y arriesgar ser detectado en el proceso. Además, existe evidencia que este comportamiento varía con la importancia que tiene el ejecutar bien (Johnson y Gormly, 1971; Mischel y Gilligan, 1964).

En vista de los datos de la literatura revisada arriba, las expectativas alternativas posibles son las siguientes: a) Rotter y Mulry (1965): Una interacción entre el locus de control determinada por la personalidad o por la situación, con un comportamiento fraudulento de copiar más marcado en combinaciones congruentes que en combinaciones incongruentes; b) Julian y Katz (1968): Un comportamiento más marcado de copiar para sujetos con un locus de control interno que para sujetos con un locus de control exteri

no, en condiciones de destreza y de azar; c) Feather (1967b): Un comportamiento más marcado de copiar para sujetos con un locus de control interno que para sujetos con un locus de control externo en condiciones de destreza y no en condiciones de azar y d) Watson y Baumal (1967): frecuencias más altas en el comportamiento de copiar cuando existen combinaciones personalidad-situación más incongruentes que congruentes.

Miller y Minton (1969) hallaron que los sujetos con un locus de control externo se involucraron más en un comportamiento fraudulento de copiar que los sujetos con un locus de control interno en una tarea de destreza. Johnson y Gorly (1972) afirmaron esta misma relación para los sujetos mujeres, pero no para los sujetos varones. Aunque no se empleó una condición de azar, parece ser que los resultados son más consistentes con una situación de incongruencia.

Veré más de cerca el estudio de Srull y Karabenick. Estos autores obtuvieron medidas de persistencia para la realización de la tarea y para el esfuerzo autoatribuible, además de observar el comportamiento de copiar. Estas medidas proveían una información adicional que pudiera ayudar a aclarar la relación existente entre el locus de control y el comportamiento de copiar. Los autores emplearon a 36 varones y 44 mujeres quienes estaban inscritos en un curso de la introducción a la psicología. Se les administró la escala I-E y se les asignó a las categorías de locus de control pertinentes. Se asignó a los sujetos a las condiciones

experimentales de destreza o azar en forma aleatoria. Se presentó a los sujetos tres tareas. No se analizaron las primeras dos, pues sirvieron únicamente para enmascarar los propósitos de la última tarea que fue utilizada como un índice del comportamiento de copiar. Se informó a los sujetos que el propósito del estudio era el investigar la relación entre los diversos índices de inteligencia. La tercera tarea empleada para medir el comportamiento de copiar consistió en una serie de rompecabezas (Feather, 1963). Se presentó a los sujetos 25 variaciones diferentes de rompecabezas. La tarea exigía que los sujetos trazaran sobre las líneas de tal manera que el lápiz no se levantaba del papel. No se podía retrazar una línea o segmento de línea. El sujeto debía de trazar el rompecabezas en un minuto en hojas blancas. Los sujetos en la condición de azar sabían previas indicaciones, que el grado de éxito en la tarea era determinado por el azar. Se les informaba también que no estaba relacionado con una habilidad singular. A aquellos sujetos en la condición de destreza, se les dijo que la tarea requería el empleo de habilidades abstractas y complejas de razonamiento y que su realización era un buen indicador del alto funcionamiento intelectual. Se inferían los casos de trampa cuando un sujeto indicaba una solución correcta ante un rompecabezas objetivamente insoluble. Se hizo la propensión al comportamiento de copiar o a reportar falsos positivos más fácil al tener el experimentador que ubicar el trazo perteneciente a cada rompecabezas después de cada sesión. Además, el experimentador dejó la sala mientras se resolvían los rompecabezas. En realidad, vien

tidos de los rompecabezas eran insolubles. Hubo una repetición de la tarea en la cual se les pidió a todos los sujetos que valoraran el grado en que creían que el éxito en cada una de las tareas estaba determinado por la destreza o por el azar, para determinar si los sujetos percibían las dos condiciones apropiadamente y si su percepción difirió en función de sus creencias de locus de control. Después, los sujetos valoraron la cantidad de esfuerzo que tenían que emplear para resolver los rompecabezas. Los resultados del estudio demuestran que la congruencia entre los determinantes de la personalidad y de la situación producen frecuencias más altas de trampas que la incongruencia. Esto es consistente con los resultados de estudios previos que avalan los efectos de la congruencia (Julian et al. 1968; Lefcourt et al. 1968; Rotter y Mulry, 1965). Además, extiende el rango de comportamiento que manifiesta tal efecto. Pero los resultados no son consistentes con los de estudios previos que tratan el tema de locus de control y el comportamiento de copiar (Miller y Minton, 1968; Johnsen y Gormly, 1972). Srull y Karabenick hallaron que los sujetos con un locus de control interno mostraron un comportamiento fraudulento de copiar más que los sujetos con un locus de control externo en la condición de destreza. Como se ha dicho, Rotter y Mulry (1965) postularon un alto valor de premio bajo condiciones congruentes. De acuerdo a este pensamiento, puesto que los sujetos con un locus de control interno valoran un premio más, bajo condiciones de destreza que bajo condiciones de azar, un fracaso repetido en una tarea de destreza les sería más inaceptable en comparación con los

sujetos con un locus de control externo, lo que incrementaría la posibilidad de que falsificaran los resultados en tal tarea. Los sujetos con un locus de control externo valoran el premio más bajo condiciones azarosas que bajo condiciones de destreza y los fracasos repetidos derán lugar a un comportamiento fraudulento de copiar más notable en una tarea de azar.

Es posible que se acepte la interpretación del hacer trampa como un reflejo del valor de premio, pero cuestionar las suposiciones de Rotter y Mulry respecto a las determinantes del valor de premio, en base al índice de las trampas empleado en el estudio de Srull y Karabenick. Cuando una persona copia esto es una indicación de que sus esfuerzos no han resultado en un nivel aceptable de éxito. Como se explicó anteriormente, la tendencia a violar las prohibiciones normativas contra el comportamiento de copiar de pende del grado de importancia que tiene para el individuo, el mantener un nivel dado de éxito. Pero, el comportamiento de copiar involucra también la importancia que tiene para un individuo, el aparecer como exitoso ante los ojos de otros. La persona que manifiesta un comportamiento de copiar ha aceptado el hecho de que ha fracasado en relación a algún estándar autoestablecido de excelencia. El individuo con un locus de control externo, por ejemplo, querrá aparecer como si hubiera ejecutado bien en una tarea que valora la habilidad o la destreza. Esto le importaría más que aparecer exitoso en la realización de una tarea determinada por el azar. No es probable que los sujetos con un locus de control externo

manifiesten un comportamiento fraudulento de copiar más notable cuando el éxito se debe al azar, con el fin de mostrarles a otros que tienen suerte. Es más factible asumir que como los individuos con un locus de control interno, los que tienen un locus de control externo muestran un comportamiento fraudulento de copiar más notable para aparecer como que ejecutan a un nivel alto. Visto así, sería necesario explicar porqué los sujetos con un locus de control externo manifiestan un comportamiento de copiar más notable, bajo condiciones de azar que bajo condiciones de destreza.

Strull y Karabenick consideran el comportamiento de copiar dentro de un marco de referencia más amplio de motivación hacia el logro, a la luz de las características relacionadas con las orientaciones internas y externas del locus de control como son las disposiciones relativas al éxito y al fracaso y la respuesta ante las experiencias repetidas de fracaso. Casi todos los sujetos con un locus de control interno perseveraron en la realización del máximo número de tareas posibles, mientras que pocos de los sujetos con un locus de control externo hicieron lo mismo. La teoría de la motivación hacia el logro (Atkinson y Feather, 1966; Atkinson y Raynor, 1974) afirma la existencia de dos tendencias opuestas de comportamiento en un contexto de logro: acercarse al éxito y evitar el fracaso. Weiner (1966) demostró que las experiencias de fracaso, tal y como se dió en el estudio de Strull y Karabenick, incrementan la motivación hacia el éxito en personas con una motivación alta en este sentido, pero tienen un efecto opuesto en personas al

tas en la motivación para evitar el fracaso. Tomando en cuenta los elementos cognoscitivos presentes en los contextos del logro, Weiner, Frieze, Kukla, Reed, Rest y Rosenbaum (1971) han mostrado que las personas altas en la motivación para el éxito y bajas en la motivación para evitar el fracaso, atribuyen sus fracasos a una falta de esfuerzo, mientras que las personas con una baja motivación hacia el éxito y una alta motivación para evitar los fracasos, atribuyen sus fracasos a una falta de habilidad, siendo in dependientes del esfuerzo, el éxito o el fracaso. Desde el punto de vista de estos últimos autores, se esperaría que las personas con un alto énfasis en el éxito persistirán más para realizar la tarea de resolver el mayor número de rompecabezas posibles por ejemplo, que se presenta en el estudio de Srull y Karabenick, con el fin de remediar una falta de éxito. Por otro lado, los individuos altos en la evitación de fracaso no esperarán que un mayor es fuerzo resultará en el éxito. Para ellos, las experiencias de fra caso son consistentes con su falta de habilidad.

Las valoraciones del esfuerzo post-ejecución del estudio de Srull y Karabenick, son consistentes con los hallazgos de atribución del esfuerzo de Weiner et al. Los sujetos con un locus de control interno se esforzaron más en una condición de destreza que en una condición de azar. Aparentemente, atribuyen su falta de éxito bajo las condiciones de destreza a una falta de esfuerzo suficiente. Esto no ocurrió bajo las condiciones de azar. La ausencia de relevancia entre la externalidad y el esfuerzo es evidente por las altas valoraciones de esfuerzo que endorsan los sujetos con

un locus de control externo, en las condiciones de destreza y de azar. Entonces, para los sujetos con un locus de control externo, el fracasar en una tarea bajo condiciones de destreza no se debía a una falta de implementar el esfuerzo.

Es relevante aquí mencionar otros datos que ligan el locus de control con la motivación hacia el logro, especialmente la motivación para con la evitación del fracaso. Por ejemplo, se ha relacionado el locus de control con las diferencias individuales en la ansiedad relacionada al logro (Butterfield, 1964; Feather, 1967a; Joe, 1971; Watson, 1967), concepto que ha sido usado tradicionalmente para operacionalizar la motivación hacia el logro (Atkinson y Feather, 1966). Los autores mencionados han relacionado la externalidad más alta con una ansiedad más elevada respecto al logro, (es decir, respecto a la evitación de fracaso). Aunque hay datos que relacionan una mayor necesidad de logro (una motivación alta para con el éxito), con la internalidad (Minton, 1967), la evidencia no es consistente con esta afirmación (Feather, 1967a; Wolf y DuCette, 1971). Sin embargo, puesto que el nivel motivacional con respecto al éxito es determinado combinando la necesidad para el logro con la ansiedad de logro, es posible considerar como relacionados el locus de control y el logro. Sujetos con un locus de control interno se acercan al éxito y los sujetos con un locus de control externo tratan de evitar el fracaso.

Esta diferencia disposicional explica el comportamiento del hacer trampa bajo condiciones de destreza y de azar. Se puede su-

poner que para los sujetos con un locus de control interno, la motivación hacia el éxito es más alta, bajo condiciones de destreza que bajo condiciones de azar (Feather, 1967b). Ante el fracaso repetido, la motivación hacia el éxito debería de incrementar (Weiner, 1966), especialmente en una tarea de destreza. El fracaso incrementaría la motivación para lograr éxito, además de ser inconsistente con las autopercepciones de los individuos con un locus de control interno de poseer la habilidad para lograr éxito.

En lo que respecta al comportamiento de copiar en condiciones azarosas, de los sujetos con un locus de control externo en el estudio de Srull y Karabenick, quizá el hecho tiene que ver con la posibilidad de ser detectado más bajo condiciones de destreza que bajo condiciones de azar. Se le había descrito la tarea a los sujetos como difícil. De allí que era fácil que los sujetos con un locus de control externo supusieran que era posible obtener un gran número de éxitos bajo las condiciones de azar. El pensamiento sería que cualquiera pudiera llegar al éxito. Lo anterior permitiría las trampas sin generar suspicacias. Sin embargo, la probabilidad de ser detectado bajo condiciones de destreza sería alta, especialmente si los sujetos con un locus de control externo percibieron que su ejecución en la última tarea (el que se usó para medir las trampas), fuera a ser comparada por el experimentador con su ejecución en las primeras dos tareas. Si los sujetos con un locus de control externo pensaron que no ejecutaron bien en las primeras dos tareas y se percibieron con una baja habilidad (Weiner et al. 1971), un éxito en una tercera tarea parecería sospechoso. Debido

a su marcado deseo para evitar el fracaso, los sujetos con un locus de control externo hubieron copiado tanto en las condiciones de destreza como en las de azar, si no fuera por la mayor posibilidad de detección en la condición de destreza. Si así fuera, los hechos serían consonantes con la literatura que trata la motivación hacia el logro. Sugiere que las tendencias de evitación de logro son, para los sujetos con un locus de control externo, más salientes en condiciones de destreza que en condiciones de azar (Feather, 1967b). Esto justificaría la expectativa de más trampas bajo condiciones de destreza.

La manera alternativa de explicar el efecto de congruencia es a través de la motivación para acercarse al éxito o evitar el fracaso. Además de amplificar el concepto de Srull y Karabenick de la motivación en relación al logro, trasciende la explicación de congruencia que repercute en el valor del premio, dada por Rotter y Mulry. Sugiere también que los aspectos motivacionales y cognoscitivos del locus de control determinados por el valor del premio, son requeridos para explicar un comportamiento de logro como el hacer trampas.

Finalmente, lo importante del estudio de Srull y Karabenick es que las diversas frecuencias de éxitos reportados, son una función de los determinantes de locus de control, estos son la personalidad y la situación. Estos resultados implican una interacción de los determinantes para predecir el comportamiento (Bowers, 1973; Ekehammar, 1974; Mischel, 1973). Se estime que aproximadamente un

35% de la varianza en los resultados se explica por la interacción entre el locus de control determinado por la personalidad y por la situación.

La personalidad y la situación interactúan claramente cuando uno carece de control sobre las contingencias ambientales. Esto podría resultar en una respuesta de agresión o en una sensación de desamparo, como se había mencionado anteriormente. Ante la sensación de desamparo en lo que respecta a la posibilidad para cambiar los eventos de la vida, uno podría volverse indiferente o tener un compromiso menor en relación al cambio (Seligman, 1975; Lefcourt, 1976). Glass y Singer (1972) obtuvieron autovaloraciones de los sujetos participantes en una investigación, que revelaron que cuando percibían que no tenían control sobre estímulos aversivos, se valoraron como más impotentes, incompetentes y débiles en comparación con los sujetos que sí percibieron que tenían control sobre los mismos estímulos. Por otro lado, los sentimientos de falta de poder y de dependencia asociados a una falta de control, dan lugar a la manipulación de otros (Solar y Bruehl, 1971 pág. 1080). En lo que respecta a los adultos, hay una relación entre el locus de control y el machiavelianismo (Deysach, 1975).

Está claro que lo anterior tiene implicaciones en la discusión acerca de locus de control como moderador del estrés de la vida. Los eventos aversivos que ocurren en las situaciones de laboratorio no tienen el mismo impacto en las personas que difieren en sus creencias acerca de la controlabilidad de los precedimientos (Lefcourt,

Miller, Ware y Sherk, 1981). Estímulos aversivos como son los chques eléctricos, no producen la misma debilitación que repercute en la ejecución, cuando los sujetos creen que pueden afectar su inicio o terminación, como cuando no tienen medios ostensibles para alterar su ocurrencia (Glass y Singer, 1972; Lefcourt, 1976a). Si uno cree que puede afectar los eventos, no continuarán indefinidamente. Un individuo puede tolerar el abuso y el sufrimiento si cree que el dolor no será infinito o que el displacer actual está al servicio de algún fin futuro de valor positivo. Por ejemplo, la autobiografía de Alexander Dolgun (1975) ilustró cómo un individuo puede sobrevivir en un ambiente que se caracteriza por la crueldad, como el gulag soviético. Dolgun se preocupaba principalmente por el mantenimiento de control. Mientras el creía que de alguna manera podía afectar las condiciones de su encarcelamiento, aún si únicamente era mediante el suicidio, sentía que podía aguantar el tormento cotidiano. De modo semejante, Lefcourt (1980) escribió un caso clínico acerca de cómo un individuo había sobrevivido un accidente aéreo casi fatal. Colaboró activamente para lograr su recuperación cuando se enfrentó a una serie de eventos amenazantes para su vida, como las cirugías. No cabe duda que dió una gran importancia al hecho de retener un control sobre los eventos traumáticos que se habían presentado.

Anteriormente, se habló del fenómeno del desamparo aprendido que describió Seligman (1975), en relación a la depresión. Los autores de numerosas investigaciones han demostrado este fenómeno en

organismos que experimentan una estimulación nociva inescapable. Su ejecución se ha visto impedida en tareas instrumentales subsecuentes. Aunque algunos investigadores han demostrado que los sujetos con un locus de control interno no difieren de los sujetos con un locus de control externo en sus ejecuciones en las tareas incontrolables (Houston, 1972; Rotter y Mulry, 1965), el fenómeno de desamparo aprendido ha sido observado en humanos (Hiroto, 1974; Krantz, Glass y Snyder, 1974) y en infrahumanos (Overmier y Seligman, 1967; Seligman y Maier, 1967). Seligman propuso que la sensación de desamparo que además es aprendida, ocurre porque el organismo aprende que sus refuerzos son independientes de sus respuestas, que carece de control sobre sus resultados. Este aprendizaje debilita la motivación para iniciar otras respuestas instrumentales. Este postulado concuerda con la teoría de Rotter (1966) que dicta que los sujetos con un locus de control externo son caracterizados por una percepción generalizada de su inhabilidad para controlar los eventos significativos de la vida y el reforzamiento contingente, y que los sujetos con un locus de control interno se perciben como capaces de ejercer el control sobre tales eventos.

Seligman ejemplifica el desamparo aprendido mediante la investigación de Glass y Singer (1972) acerca de los efectos del ruido en la ejecución post-estimulación. Estos autores reportaron que los sujetos expuestos a un ruido incontrolable no relacionado con la tarea que están realizando, ejecutan en forma más pobre en las tareas post-estimulación que los sujetos que perciben que pueden terminar el ruido voluntariamente y que los que carecen de control

sobre contingencias no nocivas (Seligman, 1975).

Hiroto y Seligman (1975) y Roth y Kubal (1975) reportaron que los sujetos que recibían un reforzamiento no contingente en un problema de formación de conceptos mostraron deficiencias en tareas de resolución de problemas subsecuentes. Seligman (1975) interpreta que los sujetos que no pueden controlar el ruido aprenden que sus refuerzos son independientes de sus respuestas y ésto resulta en decrementos motivacionales que se reflejan en una más pobre ejecución en tareas post-estimulación como la realización de una prueba que mide la tolerancia a la frustración y la tarea Stroop color word (Jensen y Rohwer, 1966). Benson y Kennely (1976) apoyan el hecho de que el éxito no contingente produce desamparo.

Geer, Davison y Gatchel (1970) hallaron que los sujetos a quienes se les había hecho creer que podrían acortar la duración de estímulos aversivos mostraron niveles más bajos de respuestas autónomas que los sujetos que creían que no tenían este control.

Hiroto (1974) reportó que los sujetos con un locus de control externo expuestos a una falta de control experimentalmente inducida ante un estímulo aversivo, mostraron mayores efectos de desamparo que los sujetos con un locus de control interno. Ejecutaron más pobremente en tareas de resolución de problemas que los sujetos con un locus de control interno, sin importar si sus pretratamientos consistían en reforzamiento contingente o no contingente.

Por otro lado, Hiroto (1974) Davison y Gatchel (1970) y O'Leary, Donovan, Cysewski y Chaney (1977) sugieren que un locus de control interno, o una expectativa positiva de control, aún en ausencia de un dominio sobre situaciones aversivas, puede representar una forma de estilo defensivo, empleado para minimizar el impacto afectivo de la carencia de tal dominio (O'Leary, Donovan y Hague, 1975).

Más aún, se ha pensado que si un individuo percibe el reforzamiento que recibe como contingente a su propio comportamiento, la ocurrencia de un reforzador positivo o negativo fortalecerá o debilitará el potencial para la reocurrencia de este comportamiento en situaciones similares (Rotter, 1966), pues las expectativas se generalizan de situaciones específicas a situaciones similares y operan para determinar los patrones de comportamiento (Heckel y Hiers, 1977). Cuando el individuo no percibe el reforzamiento como contingente en su comportamiento, la probabilidad de la reocurrencia de su respuesta no cambiaría tanto como cuando el reforzador es visto como contingente (Rotter, 1966). Como ya se ha mencionado, Hiroto no halló una interacción entre la contingencia pretratamiento y las calificaciones I-E. Esto sugiere que los sujetos que tienen un locus de control externo, desde el inicio del experimento realizado, padecían de desamparo (al menos relativo a los sujetos con un locus de control interno), y que el tratamiento de contingencia no afectó más este estado. Hiroto ofrece aún más apoyo para esta interpretación que fundamenta en algunos datos que

coleccionó durante las tareas de pretratamiento que demuestran que los sujetos con un locus de control externo se involucran en comportamientos de escape y de evitación con una mayor lentitud que su jetos con un locus de control interno. Los sujetos con un locus de control externo necesitaron más ensayos para poder alcanzar el criterio de evitación. Hubo menos respuestas de evitación por parte de los sujetos con un locus de control externo durante el período de pretratamiento.

Los resultados de Cohen, Rothbart y Phillips (1976) no apoyan la interpretación apenas expuesta. Los sujetos con un locus de control tanto interno como externo en su grupo de sujetos que recibían un reforzamiento contingente requerían el mismo número de ensayos para llegar al criterio estipulado en una tarea durante el período de pretratamiento. En este mismo estudio, los sujetos tanto inter nos como externos cuyos reforzamientos no fueron contingentes, ejecutaron más pobremente en las tareas subsecuentes que requerían una estrategia de resolución de problemas. Pero solamente los sujetos con un locus de control externo mostraron los efectos del desamparo en tareas que no se trataban de la resolución de problemas.

Quizá la discrepancia entre las interpretaciones de los estudios de Cohen et al. y de Hiroto pueda atribuirse a los modos distintos en que se asignó a los sujetos a las condiciones de interna lidad y externalidad en los dos estudios. Hiroto asignó a los sujetos en su estudio a una de las dos condiciones en base a calificaciones muy extremas de la internalidad o de la externalidad, en contraste con el método de asignación empleado por Cohen et al. Lo

anterior explica el efecto crónico de desamparo en los sujetos en el estudio de Hiroto. Además, la tarea pretratamiento en el estudio de Hiroto era una tarea aversiva que requería comportamientos de escape y de evitación para un exitoso desempeño. Cohen et al., en contraste, emplearon contingencias no aversivas en su estudio. Entonces, quizá los sujetos con un locus de control externo, enfrentados con estímulos aversivos, se rinden inmediatamente, aún cuando las contingencias aversivas sean controlables, pero no se rinden tan súbitamente cuando las contingencias no son aversivas.

Por otro lado, en el estudio de Cohen et al. (1976) las respuestas anotadas en el cuestionario post-experimental indicaron que la manipulación experimental influyó en los sentimientos de éxito percibidos. Los sujetos cuyos reforzadores no fueron contingentes, reportaron que experimentaron tanto éxito como los sujetos cuyos reforzadores eran contingentes. Estos resultados sugieren que el efecto de la impotencia es un resultado del hecho de que el sujeto aprende que no puede controlar sus refuerzos, y que no es una respuesta afectiva ante el fracaso.

Wortman y Brehm (1975) han propuesto una integración del modelo del desamparo aprendido con el de la reactividad. De acuerdo a la teoría de la reactividad, los individuos que esperan tener control (la libertad para obtener un resultado), están motivacionalmente excitados y procuran restaurar el control cuanto éste es amenazado o reducido. La excitación motivacional puede acompañarse por hostilidad y agresión. En la integración de las dos teorías, Wortman

y Brehm sugieren que experiencias ligeras con el desamparo resultan en la reactividad y en una ejecución mejorada en tareas subsecuentes. El individuo se esfuerza para retomar el control. Por otro lado, una experiencia más extensiva con la incontrolabilidad dará lugar a la pasividad y a una ejecución debilitada en nuevas tareas.

Pittman y Pittman (1979) se dirigen a la pregunta que trata si diferentes estados de ánimo son experimentados por sujetos en función de diferentes cantidades de entrenamiento en la impotencia. Roth y Bootzin (1974) y Roth y Kubal (1975) reportaron evidencia consistente con la relación entre la cantidad de entrenamiento en la impotencia y la ejecución subsecuente en una tarea. Roth y Kubal comprobaron incrementos generales en la depresión, ira y ansiedad conforme se incrementó la exposición de un individuo al entrenamiento en el desamparo. Uno de los propósitos principales del estudio de Pittman y Pittman era el detectar si, como Wortman y Brehm habían afirmado, sujetos responden inicialmente a una no controlabilidad con frustración y/o hostilidad, resignándose y deprimiéndose conforme continúa la incontrolabilidad. Un segundo propósito de este estudio referido era examinar las relaciones entre el locus de control, la cantidad de entrenamiento en desamparo y la ejecución en tareas y el estado de ánimo subsecuente. Dada la sugerencia de Wortman y Brehm de que las expectativas iniciales de control afectan las respuestas de incontrolabilidad, se pudiera esperar que los sujetos tanto con un locus de control interno como externo, reaccionan de modo diferente ante un entrenamiento de des

amparo. Pittman y Pittman pensaron que los individuos que esperan ejercer control son más propensos a experimentar la reactividad cuando se enfrentan con la incontrolabilidad que los individuos que no esperan ejercer un control. Si los sujetos con un locus de control interno tienen mayores expectativas de control que los sujetos con un locus de control externo, los primeros de estos sujetos deben de exhibir efectos más pronunciados de reactividad al experimentar la incontrolabilidad. Esto se base en la suposición de que los individuos que esperan ejercer control se afectan más severamente por el entrenamiento en el desamparo, una vez que se dan cuenta que no tienen control, en comparación con los sujetos que no esperan ejercer control alguno (Pittman et al. 1979). Pittman y Pittman examinaron esta hipótesis al exponer grupos de individuos con un locus de control interno o externo a uno de tres niveles de entrenamiento en el desamparo: 1. el experimentar mucho desamparo, 2. el experimentar poco desamparo y 3. el experimentar ningún desamparo. Se les asignó a 90 sujetos en base a sus calificaciones en la escala I-E, al azar a una de tres condiciones externas. Se les presentó con problemas de identificación de concepto a todos los sujetos y la retroalimentación a los tres niveles de entrenamiento fue manipulada. Después de estar expuestos a los tratamientos, se les administró a los sujetos The Multiple Affect Adjective Checklist (MAACL) Today Form (Zuckerman y Lubin, 1965 citado en Pittman y Pittman, 1979). El MAACL provee medidas de tres afectos negativos: la ansiedad, la depresión y la hostilidad. Una vez terminado el cuestionario, los sujetos ejecutaron una tarea de anagramas.

Los resultados del estudio de los autores Pittman y Pittman eran consistentes con la predicción de Wortman y Brehm, citados arriba acerca del hecho de que individuos responderán a la incontrolabilidad inicialmente con reactividad, pero eventualmente exhibirán desamparo después de estar expuestos a una experiencia continua de incontrolabilidad.

Los sujetos asignados a la condición de bajo desamparo eran más hostiles que los sujetos expuestos a una condición de alto desamparo o que los sujetos control. Los sujetos que estaban en la condición de alto desamparo estaban significativamente más deprimidos que los sujetos en la condición de bajo desamparo o que los sujetos control.

En cuanto al estado de ánimo, los resultados indicaron que los pretratamientos en la experimentación de alto y bajo desamparo producían ansiedad, lo cual es consistente con los hallazgos de Gatchel et al. (1975), Miller y Seligman (1975) y Roth y Kubal (1975). Sin embargo, los datos no proveen apoyo para la hipótesis de que la ejecución impedida evidente después del entrenamiento en desamparo se debe a la ansiedad (Hebb, 1966 citado en Wortman y Brehm, 1975). Los sujetos en el estudio de Pittman y Pittman, altos y bajos en desamparo no diferían en la cantidad de ansiedad que experimentaron, aunque sí exhibieron diferentes niveles de ejecución en una tarea de anagramas. La ansiedad y la ejecución no estaban significativamente correlacionadas.

Los sujetos con un locus de control interno expuestos a condi

ciones de bajo desamparo demostraron una mejoría en su ejecución de la tarea de anagramas cuando se les comparó con sujetos control, mientras que los sujetos con un locus de control interno expuestos a una condición de alto desamparo exhibían los mayores decrementos en su ejecución experimental.

Bajo condiciones de bajo desamparo, la hostilidad experimentada por sujetos con un locus de control interno estaba negativamente correlacionado con el fracaso. Entre más hostilidad experimentaban, más anagramas resolvían. Bajo condiciones de alto desamparo, la depresión de los sujetos con un locus de control interno, y no la hostilidad, correlacionó con el número de fracasos cometidos. Conforme la depresión aumentaba, el número de anagramas que resolvían se reducía. El hecho de que la hostilidad estaba relacionada con una ejecución realizada en condiciones de bajo desamparo y en relación con los sujetos con un locus de control interno, era un hallazgo que apoya en forma particular al modelo de Wortman y Brehm en relación a la reactividad.

Los sujetos con un locus de control externo mostraron otro patrón en su ejecución de la tarea. Conforme se aumentaba la incontrolabilidad experimentada, su ejecución empeoró. Tal hallazgo es consistente con la noción de Wortman y Brehm acerca del hecho de que los individuos que no esperan controlar lo que les pasa, inicialmente, no experimentarían reactividad. Como estipularon estos autores, estos sujetos mostrarían los efectos de desamparo después de una experiencia ligera con la incontrolabilidad.

Por otro lado, los sujetos con un locus de control externo fueron inesperadamente semejantes a los sujetos con un locus de control interno en lo que se refiere a los estados de ánimo. Como era de esperarse, bajo las condiciones de alto desamparo, los sujetos con un locus de control externo mostraron una depresión marcada, aunque ésta era menor que la experimentada por los sujetos con un locus de control interno. Las correlaciones entre la depresión experimentada por los sujetos con un locus de control externo y el número de fracasos cometidos eran semejantes a aquellas que se establecieron para sujetos con un locus de control interno. En lo que se refiere a las condiciones de bajo desamparo, los sujetos con un locus de control externo se asemejaban a los sujetos con un locus de control interno en cuanto a que eran más hostiles que los sujetos control, pero en contraste con los sujetos con un locus de control interno, los sujetos con un locus de control externo ejecutaron peor en la tarea de anagramas que los sujetos control. También, en contraste con lo que era la relación entre la hostilidad y el número de fracasos cometidos en las tareas de anagramas para los sujetos con un locus de control interno, la correlación entre la hostilidad y el número de fracasos cometidos para los sujetos con un locus de control externo, no cambió a través de las tres condiciones de desamparo. Mientras que una experiencia ligera con la incontrolabilidad dió lugar a mayor hostilidad en los sujetos con un locus de control externo, no alteró la relación entre la hostilidad y la ejecución.

El hecho de que los sujetos con un locus de control tanto in

terno como externo eran hostiles después de haber sido expuestos a una experiencia ligera con la incontrolabilidad, pudiera significar que ambos grupos experimentaron reactividad, pero que los sujetos integrantes de cada grupo se comportaron diferentes ante esta reactividad. Tal interpretación implica que algún aspecto de la variable I-E que no fuera la expectativa inicial de control, pudo haber engendrado los patrones diferentes del comportamiento. Sujetos con un locus de control interno y con un locus de control externo pueden, por ejemplo, diferir en su respuesta característica ante el ejercicio de un control efectivo, de modo que los sujetos con un locus de control interno ejercen inicialmente más esfuerzo y los sujetos con un locus de control externo se rinden rápidamente. El hallazgo de Cohen, Rothbart y Phillip (1976) que estipula que los efectos del desamparo aprendido se generalizan más fácilmente para los sujetos con un locus de control externo, es consistente con esta interpretación.

En general, los hallazgos de la investigación arriba referida en relación a los sujetos con un locus de control interno con consistentes con la secuencia predicha por Wortman y Brehm que toma en cuenta los estados de ánimo vigentes y la ejecución posterior en una tarea, todo ello después de haber sido expuesto a una experiencia de incontrolabilidad. La ejecución de las tareas de los sujetos con un locus de control externo fue también compatible con el modelo de Wortman y Brehm. Sin embargo, la hostilidad incrementada de los sujetos con un locus de control externo en una condi-

ción de bajo desamparo, no es consistente con la interpretación postulada en relación a la expectativa, e indica que sería útil determinar la diferencia crítica actual entre los sujetos con un locus de control interno y externo que explica sus diferentes respuestas ante la incontrolabilidad.

El papel que juega la personalidad en el concepto de locus de control ha sido investigado en gran medida, en relación a la ejecución de sujetos en varias tareas. Para poder apreciar las diferencias que resaltan en la personalidad de sujetos con un locus de control interno o externo que se reflejan en la ejecución de tareas, vale la pena discutir un poco el significado de un comportamiento dirigido hacia una meta. El comportamiento dirigido hacia una meta es una función multiplicativa del valor de la meta y de la expectativa de que un comportamiento particular sería instrumental en el logro de la meta. Atkinson (1964) ha utilizado este modelo para explicar el comportamiento de logro. La motivación para tener éxito es central en la relación locus de control-logro. Kukla (1972) afirma que personas altas en la necesidad de logro creen que los esfuerzos y los resultados covarían. Así mismo, Vroom (1964) y Lawler y Porter (1967) han aplicado el modelo a la motivación industrial.

Vroom elabora sobre la relación "expectativa - valor" y delinea dos resultados potenciales. El resultado uno se trata de la potencialidad de la meta que deriva su valencia de su instrumentalidad para alcanzar el resultado dos. El resultado dos satisface una necesidad. La fuerza del comportamiento es una función multi-

plicativa de la valencia del resultado uno y la expectativa o probabilidad de que un comportamiento específico resultará en el resultado dos. Dada la necesidad para el éxito, la ejecución de cualquier tarea particular (resultado uno) tendrá una valencia positiva si es vista como un modo de satisfacer una necesidad. Siguiendo el modelo, un individuo trabajará intensamente en la ejecución de una tarea según el grado en que tiene la expectativa que el trabajo intenso resultaría en la terminación de la tarea. Dos trabajadores, por ejemplo, difieren en el esfuerzo que emplean para realizar la tarea estipulada en función de su expectativa personal de que su esfuerzo terminará la tarea. Se halla evidencia para este concepto en ambientes industriales (Galbraith y Cummings, 1966; Hackman y Porter, 1968; Hill, Bass y Rosen, 1970) y no industriales (Arvey y Dunnette, 1970).

Un factor que modera la expectativa de un individuo es lo negativo a lo positivo de la situación. El trabajo de Crandall, Karkovsky y Crandall, 1965; Mischel, Zeiss y Zeiss, 1974 y Ducette, Wolk y Soucar, 1972, indica que el locus de control para los eventos negativos y positivos, puede considerarse en forma independiente. El control sobre resultados positivos implica la obtención de un reforzador positivo o un estado de alcance de meta. El control sobre resultados negativos implica escape de o la evitación de un evento aversivo. Una inspección de la escala Rotter contiene ítems que aparentemente detectan las expectativas respecto a la creencia en el control interno o externo que uno experimenta sobre eventos

positivos como premios y sobre situaciones con resultados negativos como castigos. Varias revisiones (Lefcourt, 1966, 1972; Rotter, 1966) han indicado que el locus de control de un individuo es diagnóstico del modo en que responde a la retroalimentación valorativa. Se ha asumido de modo general que los sujetos con un locus de control interno experimentan sus éxitos y fracasos como eventos más significativos que los sujetos con un locus de control externo, quienes conciben muchas de estas experiencias como menos relevantes a su persona (Lefcourt, Hogg, Struthers y Holmes, 1975). Consecuentemente, los sujetos con un locus de control externo son menos defensivos con respecto a la retroalimentación negativa, que los sujetos con un locus de control interno (ibid). La posición de Lefcourt et al. 1975 recibió su primer apoyo empírico en una disertación de Efran, 1965. Estudiantes de preparatoria con un locus de control interno olvidaron sus calificaciones en "pruebas de aptitud" cuando éstas eran negativas o reprobatorias, más que sujetos con un locus de control externo.

Se ha pensado que el locus de control es una de las variables de la personalidad que es moderadora de los eventos negativos de la vida (Lefcourt et al. 1981). Aglunos estudios citan diferencias entre los sujetos con un locus de control interno y externo que resaltan en situaciones que implican un control sobre los resultados negativos (Gore y Rotter, 1963; Houston, 1972; James, Woodruff y Werner, 1965; Lefcourt, Antrobus y Hogg, 1974; Lefcourt, Gronnerud y McDonald, 1973; Lefcourt, Sordini y Sordini, 1974; Seeman, 1963;

Seeman y Evans, 1962). Estos estudios afirman que en contraste con los sujetos con un locus de control externo, los pacientes con un locus de control interno que padecen de tuberculosis saben más acerca de su condición física. Prisioneros con un locus de control interno recuerdan más detalles relacionados con la obtención de su libertad condicionada. Estudiantes negros con un locus de control interno no participan más en una marcha de derechos civiles para dar fin a la discriminación. Así mismo, los sujetos con un locus de control interno eran más propensos a dejar de fumar en forma permanente, ejecutaron mejor en una tarea destinada a evitar el choque, y aguantaron la vergüenza en forma más efectiva así como eventos estresantes como son las experiencias de fracaso. Concuerdan con lo anterior los resultados de estudios llevados a cabo para predecir el comportamiento subsecuente al fracaso. Feather (1966a) por ejemplo, ha mostrado que el fracaso afecta el esfuerzo subsecuente, bajando la expectativa que tiene un individuo de que el esfuerzo dará lugar al éxito. En otro estudio, Weiss y Sherman (1973) hipotetizaron, de acuerdo a lo que dijo Rotter en 1962 con respecto a que la creencia en el control interno o externo se da en función de un reforzamiento positivo y negativo. Rotter elaboró que después de una experiencia de fracaso (reforzamiento negativo), sujetos con un locus de control interno atribuyen la causalidad a su propio comportamiento, mientras que los sujetos con un locus de control externo atribuyen la causalidad a factores que no se definen en su propio comportamiento. El fracaso debería de ocasionar en los sujetos con un locus de control interno, una reinterpretación de la suficiencia

de su comportamiento original, mientras que en sujetos con un locus de control externo, ocasionaría una baja en su expectativa original. Weiss y Sherman emplearon a 41 estudiantes varones inscritos en cursos de introducción a la psicología. Los autores procuraron que la necesidad para el éxito fuera saliente, diciéndoles a los sujetos que participaban en un estudio de inteligencia y variables relacionadas y que fue diseñado para la población general. También, se les aseguró a los sujetos que su ejecución dependería de su esfuerzo. Se les administró una prueba preliminar de 24 laberintos, que fueron calificados de acuerdo al número de laberintos terminados en un período de cuatro minutos. Se le hizo creer al sujeto que había ejecutado arriba del promedio. Supuestamente, este procedimiento inspiró confianza en el sujeto en relación a los materiales de prueba y reforzó una expectativa que dado un trabajo laborioso, tendría éxito en la prueba de inteligencia. Como indicador de la medida de cambio en la expectativa para el éxito, se le preguntó al sujeto, "Si tratas de ejecutar lo mejor que puedas, ¿qué tan bien piensas que realizarías el próximo laberinto?". En seguida se le administró al sujeto en cuestión una prueba de inteligencia - un laberinto irresoluble - con el propósito de darle a cada sujeto la experiencia de fracaso en la tarea experimental. Se administró una forma modificada de la sección "Work" del Cornell Job Description Index (JDI) (Smith et al. 1969) y con los resultados se pudo medir la satisfacción del sujeto con la tarea. Se les informó a los sujetos que al contrario de los resultados de la prueba, no habían ejecutado bien en la prueba de inteligencia. Sin

embargo, se les enfatizó que la prueba estaba en la etapa experimental y que tendrían otra oportunidad para trabajar durante una cantidad ilimitada de tiempo en una forma alternativa de la prueba en que acababan de fracasar. Con el fin de determinar si sus expectativas para el éxito habían cambiado o si se habían mantenido, los sujetos respondían a la misma pregunta de expectativa mencionada arriba. Se le administró al sujeto, sin imponerle un límite de tiempo, un segundo laberinto que tampoco tenía resolución. La duración de tiempo que perduró el sujeto en la ejecución de la tarea era un índice de su esfuerzo. Finalmente se les administró a los sujetos la escala I-E.

En este experimento, se mostró que el concepto de control de reforzamiento interno-externo se relaciona con el comportamiento que sigue una experiencia de fracaso. La hipótesis de que los sujetos con un locus de control interno verán el fracaso como causado por su propio comportamiento y que mantienen una expectativa original que el esfuerzo da lugar al éxito, y que los sujetos con un locus de control externo percibirán su fracaso como causado por factores no partes de su propio comportamiento, cambiando así su expectativa original, fue apoyado por el criterio comportamental empleado en el estudio. Después de la experiencia de fracaso, los sujetos con un locus de control interno trabajaron más duro que los sujetos con un locus de control externo.

La hipótesis en cuestión no fue apoyada por los autoreportes de expectativa antes y después de la experiencia de fracaso. Los

autores creen que el criterio comportamental y no el de autoreporte debe ser siempre empleado en este tipo de experimentos.

Los autores también comprobaron que la relación entre el locus de control interno y externo y el esfuerzo empleado para llevar a cabo una tarea después de haber fracasado se atribuye al efecto de la experiencia de fracaso. Esta contención fue apoyada por la falta de relación entre la escala I-E y la pre prueba. No hay razón para creer que la externalidad o la internalidad se relacionan con la expectativa original para lograr el éxito en la tarea y entonces, no se esperaría una diferencia en el esfuerzo original entre sujetos con un locus de control interno y externo.

Rotter (1960) y Ewen (1971) además, indican que no hay una relación entre los componentes de la escala I-E y la habilidad. Esto concuerda con lo que dijeron Rotter (1962) y Hersch y Scheibe (1967) con respecto al hecho de que una persona que cree en el control externo espera éxito, fracaso o ninguna consistencia en el reforzamiento. De modo semejante, los sujetos con un locus de control interno pueden tener expectativas o de éxito o de fracaso en función de una alta o baja autoestima.

Weiss y Sherman (1973) pensaron que las diferencias en el locus de control interno - externo de reforzamiento se relacionan con la insatisfacción con la tarea después de una experiencia de fracaso. Lo anterior tiene mucho que ver con el hecho de que la satisfacción con una tarea se relaciona más con el grado de satisfac-

ción de una necesidad que con una realización de la tarea (Herzberg, Mausner y Snyderman, 1959; Kuhlen, 1963; Vroom 1964). Weiss y Sherman pensaron que los sujetos con un locus de control externo son más propensos a atribuir la causalidad para el fracaso a una tarea. Entonces estarían más insatisfechos con la tarea que los sujetos con un locus de control interno quienes atribuyen la causalidad a sus propios esfuerzos. Sin embargo la insatisfacción con la tarea no estaba relacionada con la escala I-E o con el esfuerzo. Los resultados mostraron que la mayoría de los sujetos se sentían satisfechos con las tareas aún después del fracaso. Generalmente, los estudiantes hallan que la tarea de resolver un laberinto es interesante y placentera.

Katzell, Barrett y Parke (1961) postulan que factores situacionales pueden influir en la presencia o ausencia de una relación entre el esfuerzo y la satisfacción con una tarea. De acuerdo a este pensamiento, quizá el fracaso concebido por Weiss y Sherman que debe explicar la relación entre el esfuerzo y la satisfacción con una tarea puede conceptualizarse en función de las características de demanda del experimentador. Este factor externo pudiera explicar el fracaso. Pudiera ser que los sujetos se sentían obligados a valorar la tarea como interesante. Finalmente, factores independientes de la tarea pudieron haber sido vistos por sujetos con un locus de control externo como responsables para su fracaso.

Todos los estudios arriba mencionados tratan de la evitación de un resultado negativo o con intentos de controlar o terminar ex

periencias aversivas, sin hacer mención de una discriminabilidad entre los sujetos con un locus de control interno y externo para resultados positivos.

Algunos estudios proveen una evidencia indirecta que estipula que la escala Rotter puede discriminar entre sujetos con un locus de control interno y externo en situaciones que comprenden resultados positivos y negativos (Davis y Davis, 1972; Efran, 1963). Efran (1963) halló diferencias entre sujetos con un locus de control interno o externo para la frecuencia del recuerdo de experiencias de fracaso y Davis y Davis (1972) hallaron diferencias en la atribución de la responsabilidad después de experiencias de fracaso. Ambos estudios incluyeron condiciones de éxito, aunque ninguno reportó una diferencia significativa entre sujetos con un locus de control interno o externo para esta condición.

El estudio de Gregory (1978) comprueba la hipótesis de que sujetos con un locus de control interno tardan más tiempo que los sujetos con un locus de control externo en tomar decisiones cuando la situación involucra la evitación de un resultado negativo que cuando se trata de la evitación de un resultado positivo.

Gregory empleó sujetos estudiantes inscritos en un curso de introducción a la psicología. Se les informó a los sujetos que serían premiados para una buena ejecución en una tarea de aparear ángulos y que serían castigados por una ejecución pobre. Después de la realización de la tarea, se les dió retroalimentación a los su-

jetos. Se les dijo si habían ejecutado muy por encima o muy por debajo del promedio. Se les administró un cuestionario que informa acerca de los sentimientos generados en función de su ejecución y la escala I-E. Al principio del semestre habían ya completado el cuestionario Steiner Malevolent-Benevolent (MBQ) (Gregory et al. 1978) cuya explicación es elaborada más adelante. Coloca a los adultos en una de cuatro categorías según su locus de control. Se obtuvieron datos de autoreportes para examinar la hipótesis de que sujetos con un locus de control interno y externo no diferían en la atribución de la responsabilidad a sí mismos para un resultado positivo, pero sí diferían en este aspecto cuando se trata de un resultado negativo.

Gregory pensó que si la escala Rotter detecta el tipo de control sobre resultados negativos, los individuos con un locus de control interno sentirían que experimentan más control en ejecutar la tarea experimental si tienen éxito en la evitación de un castigo que si fracasan, mientras que los sujetos con un locus de control externo no deberían de diferir en la cantidad de control que experimentan mientras ejecutan la tarea después de un éxito o fracaso en la evitación de un castigo. Cuando un individuo con un locus de control interno no evita un resultado negativo, reporta sentir menos control que un individuo con un locus de control externo. Cuando la situación involucra éxito o fracaso en la obtención de un premio, sujetos con un locus de control interno o externo no difieren en la cantidad de control que ejercen. Esto

fue comprobado. Fundamentándose en este hecho y en el hecho de que, como ya se ha dicho, los sujetos con un locus de control interno to maron más tiempo para tomar decisiones cuando se trataba de evitar un resultado negativo que cuando trataban de obtener un resultado positivo, Gregory concluyó que la escala Rotter es más predictiva de las respuestas hechas para evitar eventos aversivos que para obtener metas positivas. Los sentimientos de control que expresaron los sujetos fueron consistentes con los datos.

Por ser posible que las personas que son internas con respecto a la evitación de resultados negativos pueden ser externas con respecto a la obtención de resultados positivos (y viceversa) (Du-Cette et al. 1972), Gregory utilizó un instrumento que da cuatro com binaciones de la orientación interno y externo (Gregory, Steiner, Brener y Detrick, 1978). Se predijo que los individuos con un locus de control interno para los resultados positivos y negativos (I+I-) no diferirían en la cantidad de tiempo que pasan en la toma de decisiones bajo condiciones de premio o castigo. Individuos con un locus de control interno para resultados positivos, pero ex terno para resultados negativos (I+E-) pasan más tiempo trabajando en la condición de premio. De modo inverso, personas con un lo cus de control externo para resultados positivos, pero in terno pa ra resultados negativos (E+I-) pasarán más tiempo trabajando bajo instrucciones de castigo. Individuos con un locus de control externo para ambas condiciones (E+E-) no difieren en la cantidad de tiempo que pasan tomando decisiones bajo cualquiera de los dos con

juntos de instrucciones.

Se substancieron las predicciones hechas acerca del Steiner MBQ en el estudio de Gregory. Puesto que los tiempos de decisión bajo instrucciones de premio y de castigo para los cuatro tipos de sujetos descritos concuerdan con la predicción, la propensión de un sujeto de tener un locus de control interno o externo afecta el comportamiento no sólo cuando la meta es de evitar resultados negativos, sino también cuando concierne resultados positivos. Este argumento se extiende para explicar los resultados divergentes de dos estudios acerca del desamparo aprendido. Estos son el de Hiroto (1974) y el de Cohen, Rothbart y Phillips (1976). Los datos de Gregory concuerdan con las sugerencias de Cohen et al. y clarifican que los individuos con un locus de control externo, son externos solamente para resultados negativos (que son altamente salientes en condiciones aversivas), pero no se rinden al ser enfrentados con contingencias no aversivas, porque no son externos para estas contingentes.

Estos hallazgos son importantes a la luz de que los paradigmas utilizados para temas como la defensividad del ego, la búsqueda de información, la resistencia a la sugerencia, el ajuste y la psicopatología no son fácilmente interpretables en función de un control sobre resultados positivos o negativos (Gregory, 1978).

Hallazgos previos tratan el tema de que algunos individuos con un locus de control externo son competitivos y dieron lugar a teorías acerca de la externalidad defensiva. Estas teorías pue-

den potencialmente basarse en estudios que emplean muestras de individuos con un locus de control interno para resultados positivos, pero externo para resultados negativos. Es decir, compiten para premios y niegan la responsabilidad para el fracaso.

En lo que respecta a los hechos de la vida y sus efectos a la luz del locus de control, se puede aplicar la respuesta de sujetos con determinado locus de control a los eventos negativos específicos de la vida (Lefcourt, 1976a). Ha habido mucho interés en examinar las diferencias individuales existentes que explican las variaciones en el modo en que individuos enfrentan estresores (Coehlo, Hamburg y Adams, 1974; Lazarus, 1966; Murphy y Moriarty, 1976).

Los siguientes datos concuerdan con la postura de que sujetos con un locus de control externo se preocupan pocos por evitar los efectos de un reforzamiento negativo. Kobasa (1979) halló que sujetos ejecutivos que exhibían una asociación significativa entre alto estrés y alta enfermedad eran más externos que aquellos en un grupo de alto estrés y baja enfermedad.

En años recientes Lefcourt, Miller, Ware y Sherk (1981) han llevado a cabo varios estudios en los que el constructo de locus de control ha sido utilizado como indicador de la vulnerabilidad ante estresores particulares. En el estudio referido de Lefcourt et al. el constructo de locus de control produjo interacciones significativas con eventos negativos de la vida en la predicción de estados de ánimo perdurables. Los sujetos con un locus de control externo alteraron más sus estados de ánimo que sujetos con un lo-

cus de control interno ante los eventos negativos de la vida que habían reocurrido en el pasado reciente, independientemente del tipo de experiencias de vida que habían experimentado. Los eventos formativos para los sujetos con un locus de control externo que ocurrieron durante un período más temprano siguen estando relacionados a estados actuales de ánimo. En contraste, sujetos con un locus de control interno registran una alteración emocional primordialmente cuando se enfrentaron con una alta frecuencia de experiencias negativas de la vida. Cuando ésto era el caso, éstos igualaron o excedieron los reportes de perturbación de estado de ánimo de sujetos con un locus de control externo. Se ha dicho que el locus de control puede actuar como moderador del impacto de los eventos negativos de la vida cuando estos eventos preceden el período de detección del estado de ánimo por 3-7 años. Los eventos negativos de la vida que habían ocurrido en el pasado reciente resultaron en perturbaciones de ánimo para todos los sujetos a despecho de sus calificaciones de locus de control. Pero, para sujetos con un locus de control interno los eventos ocurridos durante un período más temprano no se relacionan en los tiempos actuales con los estados de ánimo vigentes, en contraste de lo ocurrido para sujetos con un locus de control externo. Una interpretación viable pudiera ser que existe una mayor actividad dirigida hacia metas por parte de los sujetos internos. Si los sujetos con un locus de control interno son más propensos a involucrarse en una lucha activa para llegar a un estado de satisfacción, el efecto de los logros y de las derrotas pasadas puede ser debilitado. Sujetos con un lo

cus de control externo son más propensos a retraerse de los retos que amenazan el reforzamiento de su sentido previo de impotencia.

Estos hallazgos contrastan con los de Cohen et al. (1976) ya mencionados. El concluyó que los eventos positivos de la vida tenían efectos relativamente ligeros en el estado de ánimo. Como tal, el locus de control sería menos un amortiguador contra el estrés y más un predictor de estados de ánimo en ausencia de estresores.

Algunos hallazgos que elaboraré a continuación son consonantes con la literatura acerca del desamparo y discrepan con los resultados de aquellos autores como Lefcourt quienes, como se ha mencionado, argumentan que un locus de control externo genera menos necesidad para defensas con respecto a los fracasos.

Lefcourt (1975) avaló que los fracasos tienen un mayor impacto afectivo en personas con un locus de control externo que en sujetos con un locus de control interno, lo cual no concuerda con los resultados del estudio de Phares (1976). Revisaré a continuación un poco del pensamiento de este último autor. Phares pensó que un sistema de creencia interna debería de dar lugar a reacciones de orgullo después de experiencias de éxito o a una variedad de emociones negativas después del fracaso. En cualquier caso, afirma, los efectos en el comportamiento subsecuente de logro podrían ser positivos. Dice que el sistema de creencias de sujetos con un locus de control externo los niega a cualquiera de las dos

experiencias emocionales y existe en ellos poca base para luchar por la excelencia. Razonó que si uno adscribe el éxito a fuerzas externas, no tiene porque sentir placer en la obtención del éxito o hacer mayores esfuerzos para lograrlo (pág. 114). Weiner, Russell y Terman (1978) hallaron que la liga atribución-afecto hipotetizado por Phares (1976) era esencialmente correcta.

Phares, Ritchie y Davis (1968) dieron a sus sujetos interpretaciones derivadas de una prueba de personalidad. Habían predicho que sujetos con un locus de control externo llegarían a ser menos ansiosos que sujetos con un locus de control interno en respuesta a la información adversa y recordarían lo negativo mejor que sujetos con un locus de control interno. Sin embargo, los resultados indicaron que sujetos con un locus de control externo recordaron lo que era más interpretativo, fuera éste negativo o positivo, más que los sujetos con un locus de control interno. Este hecho hizo que la sensibilidad diferencial postulada ante el fracaso fuera cuestionable.

A despecho de la falta de apoyo para la sensibilidad producida para sujetos con un locus de control interno ante información adversa, Davis y Davis (1979); Phares (1971) y Phares, Wilson y Klyver (1971) en estudios subsecuentes renovaron la afirmación acerca de las diferencias en el recuerdo de fracaso entre sujetos con un locus de control interno o externo. Pero, en estos estudios más tardíos, los sujetos con un locus de control externo eran más defensivos ante fracasos. Los racionalizaron más que sujetos con un locus de

control interno.

Además, Snyder y Larson (1972) hallaron que sujetos con un locus de control interno no aceptaron la veracidad de descripciones extensivas de la personalidad derivadas de datos mínimos de pruebas, tanto como sujetos con un locus de control externo. Efran, (1963) y Phares, Ritchie y Davis (1968) utilizaron procedimientos de valoración para la determinación de los efectos de retroalimentación. Las débiles tendencias por parte de los sujetos con un locus de control externo, a recordar información negativa mejor, pudo haber resultado de la incredulidad de y la menor atención a los detalles de retroalimentación.

Phares et al. (1971) y Davis y Davis (1972) hallaron que los sujetos con un locus de control externo atribuían fracasos a fuentes externas y sujetos con un locus de control interno se responsabilizaron más por sus resultados. Gilmore y Minton (1974) reportaron que sujetos con un locus de control interno hacen atribuciones más internas para el éxito y más externas para el fracaso y que sujetos con un locus de control externo externalizaron la causa para el éxito y aceptaban la culpa para el fracaso.

Lefcourt et al. (1975) quiso probar el efecto entre el locus de control y el tipo de resultado reportado por Gilmore y Minton. Querían explorar los comportamientos que no fueran respuestas verbales, involucradas las atribuciones hechas que reflejaron tensión y discomfort, generados por experiencias valorativas. Con estos propósi-

tos en mente. Lefcorut et al. observaron movimientos corporales indicativos de tensión. Además, exploran nuevamente la interacción entre locus de control y la confianza específica que se demuestra inicialmente ante la tarea, que Gilmor y Minton mencionaron. Esta tiene que ver con la familiaridad que tiene un individuo con la tarea de acuerdo a los roles sexuales asociados a ella que fueron mencionados además en el estudio de Schneider (1972). Gilmor y Minton hallaron las mayores diferencias entre sujetos con un locus de control interno, altamente confiados y sujetos con un locus de control externo quienes expresaron poca confianza en su habilidad para tener éxito. Lefcourt empleó a cuatro grupos derivados de la combinación de estas dos variables para predecir atribuciones causales y tensión durante la ejecución de la tarea.

Empleó alumnos universitarios. Estos terminaron la escala Rotter de Locus de Control. Variables predictivas fueron administradas. Se les administró también un conjunto de anagramas, derivado de aquellos utilizados por Feather (1969), Feather y Saville (1967) y Gilmor y Minton (1974) que a su vez fueron derivados de pruebas de anagramas construidas por Brown (1963). Los primeros tres de nueve conjuntos de diez anagramas eran lo suficientemente sencillos que la mayoría de los sujetos pudieron resolver por lo menos cinco anagramas por conjunto. Se definió este criterio como "éxito" en los instructivos. Los segundos tres conjuntos eran de dificultad intermedia. Resultados exitosos eran menos probables, aunque el éxito era más probable que el fracaso. Los últimos tres con

juntos contenían algunos anagramas muy difíciles e insolubles y fracasos eran las experiencias probables. Antes de que los sujetos trataran de resolver los anagramas, se les preguntó que tanta confianza tenían en que podrían pasar la prueba. Se les calificó de acuerdo a su confianza inicial o a su falta de confianza. Al terminar los anagramas, los sujetos hacían atribuciones causales para sus resultados, equivalentes a un locus de control interno o externo. Se ha comprobado que calificaciones de confianza iniciales son predictores efectivos de las calificaciones de atribución. Además, se observaron los movimientos corporales "adaptadores" (Ekman y Friesen, 1972) mediante cámaras escondidas durante la ejecución de los sujetos en la tarea de anagramas. En contraste a los movimientos corporales más conscientes y relevantes a la comunicación, los adaptadores son segmentos incipientes de actos de reducción de tensión como acicalar, acariarse, chupar, etc. Son movimientos mano a cuerpo que ocurren con más frecuencia cuando las personas experimentan afectos negativos como la ansiedad o la depresión (Ekman y Friesen, 1972; Freedman y Hoffman, 1967; Mehrabian y Williams, 1969; Rosenfeld, 1966a, 1966b, 1967). Otros movimientos que se consideran adaptadores son aquellos que causan sensaciones en las superficies corporales sensitivas mediante mediadores menos sensitivos: los dientes oprimidos en los labios, por ejemplo.

Los sujetos con un locus de control interno con alta confianza atribuyen la responsabilidad de sus resultados a sí mismos más que los sujetos con un locus de control externo bajos en autocon-

fianza. Esta diferencia era más prominente cuando los sujetos fracasaron. Lefcourt postula que las diferencias entre los resultados de su estudio y los del estudio de Gilmer y Minton se deben al grado de la experiencia permitido con la tarea en cuestión. En el estudio de Lefcourt, los sujetos tenían una experiencia amplia con la tarea y pudieron llegar a conclusiones relacionadas a ella y a su habilidad para ejecutarla. Si fuera posible detectar el grado de acierto de los sujetos respecto a sus habilidades de ejecución, los sujetos con un locus de control interno requerirían un mayor número de fracasos, y los sujetos con un locus de control externo, un mayor número de éxitos para llegar a tener confianza en sus interpretaciones acerca de la tarea. Los movimientos que indican tensión eran menos comunes entre sujetos con un locus de control interno que entre sujetos con un locus de control externo y fueron más aparentes en condiciones de fracaso. De allí, el comportamiento no verbal en respuesta a varios resultados ofrece una confirmación para la hipótesis de que los fracasos tienen un mayor impacto afectivo en sujetos con un locus de control externo que en los sujetos con un locus de control interno. Como se indicó en una revisión de la literatura referente al desamparo (Lefcourt, 1973), eventos adversos tienen efectos más deletorios cuando son sufridos en un estado de impotencia. Sujetos con un locus de control externo, entonces, exhiben un mayor discomfort ante el fracaso, manifiesto en la excitación negativa del afecto y en adaptadores.

Lefcourt comprobó que de la confianza inicial reportada, se puede predecir atribuciones causales y movimientos adaptadores. Los

sujetos con un locus de control externo, más bajos en autoconfianza que los sujetos con un locus de control interno, ante condiciones de fracaso hacen atribuciones más externas que en condiciones de éxito y manifiestan más movimientos adaptadores que sujetos con un locus de control interno altos en la autoconfianza de que van a lograr el éxito. Los hallazgos de Lefcourt acerca de los movimientos adaptadores replican los hallazgos de Gilnor y Minton quienes hallaron las mayores diferencias entre los sujetos con un locus de control interno, altamente confiados y sujetos con un locus de control externo quienes expresaron poca confianza en su habilidad para tener éxito. Las respuestas verbales y los indicadores corporales de tensión podían ser predichos de las calificaciones iniciales de locus de control - confianza inicial. La medida de confianza inicial brindó predicciones de alta magnitud respecto a la medida de locus de control. Por ejemplo, sujetos con un locus de control externo, especialmente aquellos bajos en confianza eran más incómodos que los sujetos con un locus de control interno, altos en confianza, al enfrentarse con adversidad, no obstante que tan ligeros sus fracasos pudieran haber sido. Este hallazgo se asocia con el desamparo discutido en relación al hecho de que los eventos adversos tienen peores efectos cuando son sufridos en un estado de desamparo pasivo (baja confianza).

Podría hipotetizarse que la alta confianza está asociada a los resultados positivos. Los resultados del estudio de Harvey y Harris (1975) afirman que "selección percibida", definida en tér-

minos de la percepción de control que uno tiene sobre su comportamiento (Kelley, 1967), o como la potencialidad para tal control (Ruch y Zimbardo, 1971) y las expectativas acerca del control interno, son mayores cuando una decisión involucra opciones positivas que cuando se trata de opciones negativas. Bramel (1969) hipotetizó que una sensación de libertad subjetiva se atribuye más a personas en búsqueda de incentivos positivos que a aquellas que pretenden evitar un castigo. Así mismo, en su libro *Beyond Freedom and Dignity* (1971), Skinner sugiere que las personas a veces no reconocen la existencia de controles ambientales sobre su comportamiento cuando no están bajo contingencias de reforzamiento negativo y que esta falta de reconocimiento se asocia con un sentimiento de libertad.

En el trabajo previo (Harvey y Johnston, 1973; Jellison y Harvey, 1973) había sido hipotetizado que la selección percibida fuera a ser mayor cuando hubiese una pequeña diferencia en la atractividad de los resultados de acciones que cuando hubiese una gran diferencia en su atractividad. Esto se basa en la suposición que una pequeña diferencia en atractividad acrecienta la incertidumbre respecto a cual resultado es mejor. Hallaron que el efecto predicho de la diferencia en atractividad de resultados ocurrió en condiciones de resultado positivo, pero no en condiciones de resultado negativo. Bajo condiciones de resultado positivo, la selección percibida era significativamente mayor en la condición de pequeña diferencia que en la condición de gran diferencia, mientras

que bajo las condiciones de resultado negativo, había poca diferencia en la selección percibida en función de la diferencia en atractividad. El hallazgo que trata las condiciones de resultado positivo es consistente con los resultados de los estudios de Harvey y Johnston (1973) y de Jellison y Harvey (1973). Aunque la valencia de resultados en estos estudios previos no fue manipulada, las opciones de selección eran relativamente positivas en valencia.

La imposibilidad de hallar una diferencia en selección percibida para la variable diferencia en atractividad, en las condiciones de resultado negativo, sugiere que esta variable tiene poco efecto en la selección percibida cuando una decisión involucra opciones negativas.

Harvey y Harris (1975) comprobaron la relación entre selección percibida y expectativa acerca de sentimientos de control interno en una situación futura. Cuando un individuo está tomando una decisión acerca de cual de un conjunto de acciones tomará, el grado en que siente control sobre su comportamiento en una situación futura (situación resultante de su decisión), estará directamente relacionado con su percepción de selección en la toma de la decisión. Se comprobó que la expectativa acerca de los sentimientos de control interno en el propio comportamiento en una situación futura será mayor cuando se hace la selección de acciones con una valencia positiva que cuando se hace esta selección de acciones con una valencia negativa.

Harvey y Harris escogieron a 80 estudiantes varones y mujeres

de la universidad y se les pidió que seleccionaran un tipo de estimulación visual a la cual estarían expuestos más adelante en el experimento. Se varió la información acerca de los tipos de estimulación de los cuales los sujetos harían su selección con el fin de manipular la valencia positiva o negativa de los resultados de las opciones posibles y la diferencia en la atractividad de los resultados dependientes de las opciones que consistían en diferencias pequeñas o grandes en la atractividad. Después de leer las descripciones de los tipos de estimulación y antes de hacer una selección, cada sujeto llenó una forma que detecta sus sentimientos acerca de selección asociados a la contemplación de la decisión de ser tomado y su expectativa en relación a los sentimientos de control interno sobre su propio comportamiento. El manejo experimental fue introducido vía información normativa - información supuestamente resumida que fue derivada de un estudio piloto que había sido conducido en la misma universidad. Esta información indicó que tan placentero era cada tipo de estimulación para un gran número de estudiantes. Se les explicó a los sujetos que podían referirse a una escala para tener una idea de que tan placentero otros alumnos hallaron la estimulación. Se esperaba que los sujetos iban a depender casi completamente de esta información normativa para valorar los dos tipos de estimulación. Se les otorgaban valoraciones altas a las condiciones de resultado positivo y valoraciones bajas a las condiciones de resultado negativo. Bajo condiciones en las cuales había una diferencia pequeña en la atractividad de las opciones, la valoración promedio de un tipo de estimulación era .03 más alta que la valoración

ción de otro tipo de estimulación. En las condiciones en que existían grandes diferencias en la atractividad de las opciones, la valoración promedio de un tipo de estimulación era 2.51 más alta que aquella del otro tipo.

La investigación de Harvey y Harris tiene alguna relación con las distinciones de Lewin (1935) en relación a los conflictos existentes en la toma de decisión, caracterizados por aproximación-aproximación o por evitación-evitación. En el estudio de Harvey y Harris, la situación que involucra opciones positivas corresponde al tipo de conflicto aproximación-aproximación, y la situación que trata las opciones negativas corresponde al tipo de conflicto evitación-evitación. Lewin sugirió que el primer tipo de conflicto mencionado es más fácilmente resuelto en asuntos de la vida real que el segundo tipo de conflicto. Postuló que el tipo de conflicto evitación-evitación frecuentemente engendra un retraimiento de la situación conflictiva. Los resultados del estudio de Harvey y Harris sugieren que el mayor sentimiento de selección del individuo en la toma de decisión y su mayor expectativa respecto a sentimientos de control interno sobre su comportamiento en una situación futura, contribuyen a una resolución más fácil en situaciones que involucran opciones positivas, como se ha dicho.

Finalmente, siendo que sea deseable para personas aproximarse a tareas con una orientación interna, como se evidencia por ejemplo en el estudio de Schneider (1968) en vez de impotencia, se espera una alta selección que concordaría con sus decisiones rele-

vantes al involucramiento en las tareas.

El estudio de Strickland (1977), es congruente con el estudio anterior en cuanto a la atracción hacia opciones positivas. El en-contró que los sujetos con un locus de control interno exhiben un cambio más típico en lo que respecta a su expectativa para el control interno, esto es, un incremento en su expectativa después del éxito, que consiste por ejemplo, en una predicción correcta del logro académico, y un decremento en su expectativa después del fracaso. Sujetos con un locus de control externo exhiben cambios más atípicos en su expectativa como un incremento en su expectativa después del fracaso y un decremento en su expectativa después del éxito. Se puede concluir que los sujetos con un locus de control interno son más responsivos a la retroalimentación que reciben, que en el caso del estudio de Gilmore y Reid (1978) por ejemplo, consistía en resultados más positivos en relación a la ejecución académica, que sujetos con un locus de control externo, y pueden en base a ella hacer predicciones para la ejecución futura. En este estudio de Gilmore y Reid, estudiantes que tenían un locus de control interno alzaron sus valoraciones de la calificación que pensaban obtener en un segundo examen si sobrepasaron sus expectativas relacionadas a un primer examen. Bajaron sus expectativas en relación a un segundo examen si las relacionadas a un primer examen no se había cumplido. Sucedió lo contrario para sujetos con un locus de control externo. Alcanzaron sus expectativas para un segundo examen con más frecuencia a despecho de una ejecución más pobre que lo espera-

do en un primer examen. Bajaron sus expectativas para un segundo examen a despecho de una ejecución mejor que lo esperado en un primer examen. Sujetos con un locus de control externo no son tan responsivos como sujetos con un locus de control interno ante una re-
trealimentación inicial en función de una valoración de ejecución futura.

Ya se ha mencionado anteriormente en esta misma sección que trata de revisión de la literatura, que el locus de control interno era el más deseable y se elaboraron los resultados de algunos estudios diseñados para lograr tal orientación. En relación a lo anterior, varios autores procuraron moldear el locus de control interno en el vivir cotidiano de las personas debido a sus repercusiones positivas, a través de estímulos positivos. Eitzen (1974) utilizó un sistema de economía de fichas con niños delincuentes. Lesyk (1969) empleó una economía de fichas con esquizofrénicos crónicos hospitalizados y Nowicki y Barnes (1973) utilizaron técnicas de re-
forzamiento social con niños en el campo de verano, para obtener un cambio hacia la internalidad, suponiendo que los sujetos con un locus de control interno responden más favorablemente a estímulos positivos, que a estímulos negativos. De igual manera, Reimanis (1974) y Gutkin (1978) apoyaron el uso de técnicas de reforzamiento como método para incrementar la internalidad de los sujetos. Ni-
ños en el estudio de Gutkin en el grupo experimental recibieron un reforzamiento positivo contingente en su comportamiento durante la realización de una tarea. Esto implicó para los estudiantes, la

la naturaleza contingente de la relación entre su propio comportamiento personal y la manera en que el ambiente les responde. Esto dió lugar a un locus de control más interno. Los análisis de los datos de locus de control indican que a despecho de una equivalencia pretratamiento en el locus de control, entre sujetos experimentales y sujetos control o bajo condiciones de placebo, los sujetos experimentales mostraban un locus de control significativamente más interno que otros sujetos participantes en los grupos placebo o control, a la conclusión del período de tratamiento.

Aparte de su influencia en la ejecución de tareas, el factor locus de control de la personalidad influye en el patrón de atracción interpersonal en relación a un reforzamiento positivo o negativo y luego positivo. Con respecto a la influencia de las diferencias individuales en la atracción interpersonal en un paradigma ganancia-pérdida (una persona B castiga y luego premia a una persona A), se ha sugerido que si una persona enfoca su atención más en premios que en castigos, se atraería más a una persona que da premios y castigos independientemente de su secuencia, que una persona que recibe la misma retroalimentación, pero que enfoca su atención más en el aspecto castigo que en el aspecto premio. Esto, en parte, se basa en el hecho de que el premio que sigue un castigo puede ser más poderoso que el premio consistente por: a) el efecto de contraste, b) porque el premio reduce el estado de pulsión negativo inducido por el castigo que precede y c) el cambio en las respuestas del que evalúa sugiere que su premiación no es un estilo de respuesta sin significado. Las personas que atienden a

los castigos más que a los premios, se atraen más a una persona que no da premios o castigos, que a una persona que los da, independientemente de su secuencia. En otras palabras, las diferencias individuales en la atención a premios y castigos, juega un rol muy importante en la determinación del patrón de atracción hallado en ganancia-pérdida.

La investigación de Holmes y Jackson (1975) se basa en el hecho de que los sujetos con un locus de control interno atienden más a los éxitos, mientras que los sujetos con un locus de control externo atienden más a los fracasos que conciben como amenazas (Efran, 1963; Lefcourt, 1967; Phares, Ritchie y Davis, 1968). También, se basa en lo que dijo Lefcourt (1972). Este último postuló algo que ya sabemos de la lectura anterior, que el individuo con un locus de control interno reflexiona menos acerca de sus déficits; olvida y llega a ser inatento a apuntes relacionados a ellos conforme asume una postura activa ante sus problemas. En cambio, el individuo con un locus de control externo quien ha sido descrito anteriormente como más ansioso, más bajo en autoestima, en neuroticismo y en ajuste que el individuo con un locus de control interno, y quien endorsa items indicativos de desviación o de patología en una variedad de medidas de autoreporte de personalidad con mayor frecuencia que el sujeto con un locus de control interno (Feather, 1967; Goss y Morosko, 1970; Ray y Katahn, 1968), rumina más acerca de sus fracasos que le ayudan a mantener su percepción de sí mismo como objeto del destino.

En vista de los modos distintos en que los sujetos con un locus de control interno o externo perciben sus éxitos (asociados a situaciones apremiantes) y sus fracasos (asociados a situaciones castigantes) , Holmes y Jackson predicían que en condiciones que involucran premios y reforzamientos, los sujetos con un control interno se atraerían más a otra persona que actúa como un juez premiante y castigante, que los sujetos con un locus de control externo. Este efecto sería evidenciado independientemente de la secuencia de los premios y castigos. Se basó esta predicción en el hecho de que los sujetos con un locus de control interno responderían positivamente a los premios e ignorarían los castigos, mientras que los sujetos con un locus de control externo responderían negativamente a los castigos e ignorarían los premios. Se predijo también que en una condición en la que no se dan premios o castigos, los sujetos con un locus de control externo se atraerían más a un individuo que no evalúa, en comparación con los sujetos con un locus de control interno. Se esperó que los sujetos con un locus de control externo se sentirían más seguros con un individuo que no evaluaba que permaneciera neutral, mientras que los sujetos con un locus de control interno se sentirían desilusionados al no recibir premios. Para ellos esta experiencia equivaldría a la de castigo. Además Holmes afirma que los individuos con un locus de control externo son más sensibles ante el castigo que los sujetos con un locus de control interno.

Los sujetos que integraban el estudio de Holmes y Jackson participaban en discusiones individuales con un experimentador que si-

guió un esquema de tres tipos de retroalimentación: a) premió y luego castigó al sujeto, b) castigó y luego premió al sujeto o c) no ofreció premios o castigos. Después, el sujeto llenó un cuestionario que valoraba los experimentos. Se utilizaron las respuestas de este cuestionario para medir la atracción interpersonal hacia el experimentador y los sentimientos de ira o de ansiedad experimentados por parte del sujeto durante el experimento. Se predijo que las orientaciones del sujeto en relación al locus de control iban a interactuar con la naturaleza de la retroalimentación que éste recibía, para determinar la atracción que sentía hacia el experimentador. También se esperaba que el locus de control iba a interactuar con la naturaleza de la retroalimentación para determinar los sentimientos de ira y ansiedad generados en el sujeto durante el período experimental.

El estudio incluyó a 48 sujetos varones y mujeres inscritos en cursos de la introducción a la psicología.

Los sujetos con un locus de control interno, al interactuar con una persona que les diera retroalimentación premiante y castigante, sentía menos ira, vieron a la otra persona como más amistosa y se atraían más a la otra persona que los sujetos con un locus de control externo. Cuando estos sujetos interactuaban con un individuo que no ofreció retroalimentación alguna, experimentaron más ira, veían a la otra persona como menos amistosa y se atraían menos hacia ella que las personas con un locus de control externo. Este patrón de sentimientos, percepciones y atracciones es consis-

tente con las suposiciones expuestas acerca de los modos diferentes en que sujetos con un locus de control interno o externo responden a las valoraciones.

Al contrario de los hallazgos de Byrne y Griffitt (1973), los de Holmes y Jackson confirman que las diferencias en la personalidad sí juegan un rol en el paradigma de atracción.

La personalidad de un individuo se refleja no solo en su comportamiento social y cognoscitivo, sino en su fisiología también. La consideración de la asociación entre lo orgánico y lo funcional con énfasis en la personalidad es fundamental al presente trabajo. Como se ha aludido al hecho en la introducción a este trabajo, las diferencias en condicionabilidad autónoma entre sujetos con un locus de control interno y externo influyen en la tendencia de ambos tipos de sujetos a desarrollar desórdenes psicofisiológicos. Existe una relación entre la internalidad y los desórdenes psicósomáticos (Wennerholm y Earle, 1976). Los individuos que desarrollan desórdenes psicofisiológicos han sido descritos en función de su apariencia sobrecompensatoria de autosuficiencia, independencia y autocontrol. Estos individuos dependen de las defensas de la negación y de la represión y aparentan ser emocionalmente estables, luchadores y competitivos (Cameron, 1963; Burnes, Brown y Keating, 1971; Goss y Moroko, 1970). Concuerdia con lo anterior el hecho de que los sujetos con un locus de control interno tienden a dar respuestas socialmente más desahbles que sujetos con un locus de control externo (Feather, 1967; Hjelle, 1971).

El estudio de Breen y Prociuk (1976) es más informativo de estos aspectos del individuo propenso a los desórdenes psicofisiológicos. Estos autores hablan de la internalidad en relación a la culpa y su discusión puede llevarnos a concluir algunos datos acerca del comportamiento de los sujetos internos y las enfermedades que éstos engendran. Uno, para sentirse culpable, primero debe sentir alguna responsabilidad por sus acciones (Rotter, 1975 pag. 61). Con el fin de averiguar la certeza de esta afirmación además de saber si los sujetos con un locus de control interno sienten más culpa debido a la hostilidad que experimentan, o en relación a la conciencia moral, en relación a los sujetos con un locus de control externo, Breen y Prociuk emplearon 65 varones y 137 mujeres universitarios en un estudio. Estos sujetos completaron la escala I-E además de las escalas del instrumento Moshier Hostility and Morality Conscience (Moshier, 1968 citado en Breen y Prociuk, 1976).

Los autores citados comprobaron que los sujetos con un locus de control interno reportaron un grado estadísticamente significativo de culpa por la hostilidad que los sujetos con un locus de control externo, aunque no hubo una diferencia significativa entre los sujetos con un locus de control interno y externo en términos de la culpa relacionada a la conciencia moral. Los autores sugirieron que la falta de obtención de esta diferencias al emplear el Morality-Conscience Guilt Scale pudo haber sido una función del hecho de que muchos de los items en esta medida sugieren situaciones externas que implican un grado considerable de responsabilidad

compartida (Sosis, 1974 citado en Breen y Prociuk, 1976). También es posible que las actividades representadas en algunos de los ítems de esta escala implican un grado considerable de voluntad y de control personal. En contraste, los ítems que ocasionan altas calificaciones en la escala de Hostility Guilt sugieren una falta de control y responsabilidad compartida, lo que claramente no es la orientación preferida por sujetos con un locus de control interno (Hiroto, 1974).

Entonces, los individuos con un locus de control interno, propensos a desórdenes psicofisiológicos muestran preocupación acerca de poder controlar sus impulsos hostiles y agresivos y de la descabilidad social de su comportamiento. Tal perfil es típico del paciente con hipertensión esencial (Alexander, 1959). Aunque es excitado no demuestra sus reacciones en su comportamiento funcional. Los hallazgos de Brady (1958) mencionados en la introducción de este trabajo, confirman lo anterior. Wennerholm y Earle (1976) exploran las expectativas para el locus de control de pacientes con hipertensión esencial. Con el fin de controlar los efectos de enfermedad, se compararon pacientes con padecimientos psicósomáticos como la hipertensión arterial con un grupo control médico compuesto por pacientes sin padecimientos psicósomáticos con hipertensión secundaria a una causa física conocida, así como con un grupo control sano compuesto por pacientes normotensos. Había 57 sujetos y se les administró la escala I-E, la escala de Discapacidad Social Crowne y Marlowe, 1960 citado en Wennerholm y Earle, 1976) y el MMPI. Las escalas K, Welsh R. Welsh, 1952, citado en Wennerholm y Earle, 1976) y Represión Sensibilidad (Byrne, Barry y Nelson, 1963 citado en Wennerholm y Ear-

le, 1976) de este último instrumento, detectaron la defensividad. La ansiedad fue medida mediante las escalas de Psicastenia y Welsh A (Welsh, 1952 citado en Wennerholm y Zarle, 1976) del MMPI.

Al contrario de lo esperado, el grupo de pacientes con padecimientos psicósomáticos como la hipertensión no tenía un locus de control más interno que los sujetos en los otros dos grupos control en la escala I-E de Rotter. Los sujetos en los tres grupos no se distinguían en locus de control. De modo semejante, Davies (1971) y Lachman (1972) no demostraron rasgos de personalidad perdurables que caracterizan la hipertensión esencial. Es importante tomar en cuenta que la investigación de Wennerholm y Zarle (1976) involucró a pacientes que padecían de la hipertensión durante un período extendido de tiempo. Es posible que las experiencias de enfermedad crónica y su tratamiento pudieran haber afectado las expectativas de locus de control de algunos de estos pacientes. Goldstein y Reznikoff (1971) han sugerido que algunas enfermedades serias y crónicas causan los pacientes a adoptar orientaciones más externas, quizá como reflejo de una pasividad y dependencia incrementada.

Los sujetos en los grupos psicósomático y médico control calificaron más alto que los sujetos en el grupo control de sujetos sanos, en defensividad, pero no se diferenciaban de éste en desceabilidad social. Sí eran más propensos que los sujetos sanos a usar las defensas de negación y de represión.

Dahlstrom y Welsh (1960) reportaron que los hombres que ha-

bían calificado alto en la escala R eran sumisos, no excitables, fácilmente hacían concesiones en vez de enfrentar situaciones no placenteras, tendían a evitar situaciones desagradables y aparecieron como altamente civilizados, formales y convencionales. Esta descripción es consistente con los reportes clínicos del comportamiento inhibido y restringido a veces observado entre pacientes hipertensos (Alexander, 1939; Davies, 1971). Sin embargo, los hallazgos de Wennerholm y Earle (1976) no establecen que estas defensas sean un factor causal en la etiología de la hipertensión esencial. El hecho de que los sujetos médicos control tenían también calificaciones relativamente altas en la escala Welsh R presenta una duda respecto a si el patrón de comportamiento defensivo existía antes del inicio de la enfermedad primaria a la cual la hipertensión era secundaria, o como modo defensivo en respuesta a la enfermedad y su tratamiento subsecuente.

Los grupos en el estudio de Wennerholm y Earle se diferencian significativamente en la escala de Represión-Sensibilidad. Los sujetos en el grupo médico control eran significativamente más sensibles, obsesivos y ansiosos que los sujetos en cualquiera de los otros dos grupos. La diferencia en ansiedad entre los sujetos en el grupo médico control y los sujetos en los otros dos grupos fue significativa solo en la escala de psicastenia. Los sujetos en el grupo médico control calificaron, a su vez, más alto que los sujetos en el grupo sano en la escala de psicastenia. Estos resultados quizá reflejan la conciencia que tienen los sujetos médicos de la

severidad de su enfermedad. El hecho de que los sujetos médicos control tenían calificaciones más altas en sensibilización y en ansiedad que los sujetos en los otros dos grupos, apoya el hallazgo de Byrne, Barry y Nelson que sensibilizados reportan una mayor frecuencia y severidad de enfermedad y buscan ayuda médica con más frecuencia que los represores. Al contrario de lo esperado, los sujetos en el grupo psicossomático no reportaron menos ansiedad que los sujetos en los grupos control.

Un análisis de los resultados del Welsh R sugieren que los pacientes hipertensos y severamente enfermos negaron problemas de salud física, como también las emociones fuertes. Eran más extrovertidos y negaron haber sido estimulados por otros. Expresaron una falta de interés en su apariencia personal y negaron los impulsos básicos del ello relacionados a la hostilidad y a la sexualidad. Las calificaciones altas obtenidas por los sujetos en el grupo médico control en la escala Represión-Sensibilización apoyaron los hallazgos relacionados a los que conciernen el Welsh R y que estipulan que pacientes severamente enfermos tienen una tendencia a ser hipersensitivos a las implicaciones de amenaza, tomando medidas de precaución, preocupándose y obsesionándose con respecto a amenazas futuras y estando bajo un alto grado de estrés por tratar de aislarse de sus propios sentimientos.

En algunos estudios se ha comparado a personas con impedimentos físicos con personas sin éstos en su uso de la negación. Lipp, Kolstoe, James y Randall (1968) concluyeron que

los sujetos con impedimentos físicos tardaron más en reconocer fotos presentadas taquistoscópicamente de otras personas con impedimentos físicos, que los sujetos sin impedimentos físicos. Lipp et al. interpretaron que sus resultados significan que el impedimento es visto como doloroso o amenazante al individuo. El individuo reacciona ante ello negando su existencia. Levine y Zigler (1975) pidieron a pacientes con embolia, con cáncer pulmonar y con cardiopatía que detectaran su yo real y su yo ideal. Asumieron que si un paciente enfermo es exitoso en el empleo de los mecanismos de negación, la diferencia entre su autoimagen real e ideal no debe ser mayor que aquella que es manifestada entre individuos que no sufren de una enfermedad grave. Puesto que no había diferencias en la disparidad de las medidas de la autoimagen real-ideal entre los sujetos con y sin impedimentos físicos, Lipp et al. concluyeron que los sujetos con impedimentos físicos emplearon la negación.

Entre los sujetos que no tienen impedimentos físicos, existe una evidencia considerable que los sujetos con un locus de control interno hacen más uso de la negación como mecanismo de defensa que los sujetos con un locus de control externo (Naditch, Gargan y Michael, 1975; Phares, Ritchie y Davis, 1968). Lipp et al. hallaron que los sujetos con impedimentos físicos con un locus de control externo los negaron mucho menos (es decir, tenían un umbral más bajo para estímulos amenazantes) que los individuos con un locus de control interno.

Rosenbaum y Raz (1977) llevaron a cabo un estudio para detectar si los sujetos con impedimentos físicos negaban más que los sujetos sin impedimentos físicos y si ambos podían diferenciarse en términos de locus de control. Emplearon en su estudio a 26 varones con impedimentos locomotores y a 44 sujetos sin impedimentos físicos, todos de Israel. Se midió la negación y la depresión mediante la subescala de Negación tomada de una adaptación hebrea del MMPI (Butcher y Gur, 1974 citado en Rosenbaum y Raz, 1977). Se desarrolló la subescala de negación (Little y Fisher, 1958 citado en Rosenbaum y Raz, 1977) basándola en 26 ítems tomados de la escala Hy. Se determinó el locus de control mediante la escala I-E de Rotter.

Los autores hallaron que entre los pacientes con impedimentos físicos, los sujetos con daño cerebral, incluyendo aquel causado por embolia, emplearon mayor negación que los sujetos sin daño cerebral. Este hallazgo es congruente con los que sobresalen de los resultados de estudios previos (Levine y Zigler, 1973). Sin embargo, en el estudio de Rosenbaum et al., el grupo control sano no se diferenciaba del grupo con daño cerebral en el uso de la negación. Puesto que la escala de negación consiste principalmente en ítems que conciernen pobres relaciones interpersonales y es improbable que los sujetos con daño cerebral tengan relaciones interpersonales semejantes a aquellas de los sujetos control sanos, el hecho que endorsaron muy pocos ítems que revelan relaciones interpersonales pobres, indica que emplean más negación que los sujetos en el grupo control, a pesar de que en las calificaciones

absolutas no se diferenciaban de los sujetos en el grupo control.

Hubo una alta correlación entre las medidas de negación y el locus de control. Entre más cree el sujeto en un locus de control externo, menos emplea la negación. Este hallazgo es similar a hallazgos previos (Lipp et al. 1968; Naditch et al. 1975; Phares et al. 1968) que estipulan que entre más se muestra un sujeto un locus de control interno, más negación emplea.

Diferencias Sexuales en el Locus de Control

Algunas investigaciones sugieren que el perjuicio del rol sexual puede estar operando cuando los sujetos responden a la escala Rotter (Bercins y Ross, 1975; McGinnies, Nordholm, Ward y Duangduen, 1974; Parsons y Schneider, 1974; Schneider, 1972). En general, los resultados de estos estudios argumentan en favor de la internalidad en asociación con la masculinidad (Nowicki, 1973; Kendall, Finch, Little, Chinico y Ollendicki, 1978; Hochreich, 1975).

Otros investigadores han notado que aún cuando los sujetos contestan a la escala Rotter bajo las instrucciones usuales, las calificaciones predicen diferencialmente para hombres y mujeres. Por ejemplo, se ha relacionado la internalidad con calificaciones escolares y con el logro académico para hombres, pero no para mujeres. Rotter (1966) comentó acerca de este fenómeno en su monografía inicial en la que describió la escala I-E, y Nowicki (1973) ha descrito estos hallazgos en detalle. Crandall, Katkovsky y Preston (1962)

hallaron también una relación entre el locus de control interno y el logro académico, particularmente en varones jóvenes. Los resultados de Brown y Strickland (1972) apuntan en la misma dirección. Los hombres con un locus de control interno mostraron calificaciones más altas que los hombres con un locus de control externo, y participaron más en las actividades académicas. Sin embargo, los autores aclaran que este hecho no significa que los hombres con un locus de control interno sean más inteligentes que los hombres con un locus de control externo. Estos últimos autores habían administrado la escala I-E a estudiantes universitarios hombres y mujeres de Emory University y registraron su promedio acumulativo así como las calificaciones obtenidas en exámenes para entrar a la universidad. Los resultados de otros estudios también han mostrado que una orientación de locus de control interno en niños está relacionada a un mayor logro y que estos hechos son más consistentes para niños que para niñas (Crandall, Katkovsky y Crandall, 1965; McGhee y Crandall, 1968; Nowicki y Strickland, 1973).

Se han ofrecido varias explicaciones para la predicción diferencial de locus de control para hombres y mujeres en la escala Rotter. Estas comprenden desde el perjuicio de respuesta como una función defensiva, hasta las diferentes expectativas del rol sexual. Por ejemplo, puede darse el caso como sugieren Stipek y Hoffman (1980) que las mujeres altas en logro disminuyen la apariencia de su logro académico futuro debido a una más alta ansiedad y una necesidad de aprobación de los adultos. Así, en vista de los postu-

lados de algunos investigadores, las mujeres hallan el reforzamiento en el éxito interpersonal y social y en la estima que manifiestan los demás. De acuerdo a lo anterior, deberían de ser más externas en su orientación de locus de control. Es decir, deben de subscribir al punto de vista de que sus acciones son típicamente determinadas por la influencia poderosa de otros.

Los estándares de rol sexual son establecidos por la sociedad y llegan a ser tan rígidos que se consolidan en estereotipos. Tales estándares sirven como fuente principal de la identidad y estima de los individuos (Chavetz, 1974).

Puede ser que el grado en que un individuo subscribe a los estándares de rol sexual o a los estereotipos de su sociedad, y no su sexo biológico, determina el locus de control. En este sentido, los estereotipos de la sociedad actúan como variables mediadores de la relación entre las diferencias sexuales y el locus de control.

El estudio de Johnson y Kilmann (sin fecha) sirve como otro ejemplo del rol de las variables mediadoras en la relación entre las diferencias sexuales y el locus de control. En base a los hallazgos de Butterfield (1964) quien halló que los sujetos con un locus de control interno hacen respuestas más constructivas ante las situaciones frustrantes que los sujetos con un locus de control externo, Johnson y Kilmann predecían que sujetos con un locus de control interno se valorarían como más confiados con respecto a sus habilidades de resolución de problemas, que sujetos con un lo-

cus de control externo.

Estos autores seleccionaron 40 varones y 40 mujeres y les administraron la escala I-E y una escala de habilidades para resolver problemas. Un experimentador desarrolló una escala de valoración para medir la confianza que un individuo tenía en relación a sus habilidades para resolver problemas. Los resultados de un estudio piloto confirmaron que sujetos con un locus de control interno se valoraron como significativamente más confiados que sujetos con un locus de control externo. Los resultados del estudio fueron que hay una interacción significativa para varones en cuanto al locus de control. Los sujetos varones con un locus de control interno se valoraron como más confiados en sus habilidades de resolución de problemas que los sujetos varones con un locus de control externo. No hubo una diferencia a este respecto, entre las mujeres con un locus de control interno y externo. Los autores sugerían que esta falta de diferencias registrada entre mujeres con un locus de control interno y externo, refleja un perjuicio cultural. Esto es, tradicionalmente, no se espera que las mujeres demuestran tanta eficiencia o competencia en la resolución de problemas como los varones.

Se ven las repercusiones del hecho que los estereotipos de la sociedad actúan como mediadores de la relación que hay entre las diferencias sexuales y el locus de control, también en otras esferas sociales como el matrimonio. Dentro de los matrimonios inestables en South Carolina, las esposas alcanzaron una calificación I-E

significativamente más externa que sus esposos. Como ven los eventos como determinados por la fatalidad, por el azar o por po derosos otros, los factores que afectan los matrimonios inestables son percibidos como más allá de su control (Mlott y Lira, 1977). La implicación de este hallazgo es que la esposa con un locus de control externo es menos propensa a hacer una inversión significativa en salvar su matrimonio, porque deja la disposición del matri monio que fracasa a su esposo, quien se supone asume un rol más ac tivo en el trato de las dificultades maritales. También la mujer con un locus de control externo culpa más a su esposo o a otros fac tores en vez de asumir parte de la responsabilidad para el matri monio problemático. Percibe que sus dificultades maritales son resultados de factores que no tienen nada que ver con ella.

El concepto de la descentralización social es pertinente a esta valoración. La descentralización, de acuerdo a Piaget e Inhelder (1956) es el proceso mediante el cual un individuo desvía su atención para incluir otros aspectos perceptuales de un objeto o situación, que no son los dominantes. El constructo incluye un ran go amplio de actividades perceptuales, cognoscitivas y sociales (Loof, 1972) que delinearán aún más la definición expuesta por Piaget (1962). En un contexto social, la descentralización ha sido definida como la habilidad de un individuo para acomodar el punto de vista de otros además del suyo. El concepto de descentralización en relación a la interacción social ha sido objeto de estudio empírico de Feffer y sus asociados. Operando dentro de un marco de referencia de desarrollo, Feffer (1960) ha estudiado los roles asu

midos por niños según su habilidad para narrar cuentos individuales desde la perspectiva de otros caracteres. La ejecución en una tarea de toma de rol ha sido relacionada con calificaciones en otras tareas, por ejemplo en el Vocabulario del WISC (Feffer y Gourevitch, 1960), en los problemas de la comunicación (Feffer y Suchotliff, 1966), en valoraciones sociométricas (Chaplin y Keller, 1974) y en efectividad social (Keller, Deysach, Hiers, Rossy Moore, 1976), de un amplio rango de poblaciones de diferentes edades: niños de la escuela primaria (Chaplin y Keller, 1974; Feffer y Gourevitch, 1960), estudiantes universitarios (Feffer y Suchotliff, 1966), adultos normales (Feffer y Jahelka, 1968), personas con retardo mental (Feffer, 1969) y niños con perturbaciones emocionales (Chandler, Greenspan y Barenboim, 1974; Keller, Deysach, Hiers, Rossy Moore, 1976). Además, la ejecución en una tarea de toma de rol se ha asemejado a la ejecución en tareas perceptuales y cognitivas de Piaget (Feffer y Gourevitch, 1960). Fuera de la literatura que trata el desarrollo, Martin y Toomey (1973) ofrecen mayor apoyo en términos de validez para la relación entre las respuestas perceptuales y sociales similares.

Se ha hallado que la escala I-E de Rotter se relaciona significativamente con la descentralización perceptual. Los varones adolescentes que podían adoptar la perspectiva de otro, reportaron una creencia en su habilidad para controlar sus circunstancias (Cohen y Farley, 1973). Los sujetos cuyos campos perceptuales se limitaron a su propio marco de referencia adoptaron una orientación

pasiva ante los eventos de su ambiente (ibid).

Deysach, Keller, Ross y Hiers (1975) exploraron las relaciones entre la tarea de toma de rol y ejecución en la escala I-E. Emplearon 23 niños, 15 varones y 8 muchachas entre los 10 y los 13 años de edad, quienes asistieron a un campo terapéutico de verano debido al hecho de que carecían de alguna destreza social apropiada para su edad. Algunas de las quejas presentadas en relación a estos niños eran: agresividad, retraimiento, inmadurez y síntomas adicionales. Recibieron un entrenamiento en socialización en el campo y se monitoreó su progreso. Además, sus maestros dieron juicios acerca de su competencia social al final del programa.

Los sujetos presentaron una tarea de toma de rol (Feffer, 1959) que se usó para medir la descentralización social. Se obtuvo una calificación para cada sujeto según el grado en que cambió su caracterización de cada actor en función de las características del actor que representaba. Los sujetos también presentaron el Nowicki-Strickland Locus of Control Scale (Nowicki y Strickland, 1973).

En un esfuerzo para extender los resultados del estudio acerca de la relación entre la descentralización y los correlatos de la personalidad, Deysach et al. incluyeron una escala que midió "machavelismo" en niños. El Kiddie Mach (Nachamie, 1969 citado en Deysach et al., 1975) mide el comportamiento manipulativo en las relaciones interpersonales.

La habilidad de descentralización conforme la midió la tarea de toma de rol, correlaciona positivamente con la competencia social especialmente para varones.

Para los varones, las relaciones entre las calificaciones I-E y las del Kiddie Mach y entre las calificaciones en el Kiddie Mach y la descentralización social eran bajas y estadísticamente no significativas. Además, ni las calificaciones obtenidas en el Kiddie Mach, ni las obtenidas en la escala I-E correlacionaron significativamente con la competencia social.

En cambio, para sujetos femeninos, las calificaciones I-E y las obtenidas en el Kiddie Mach se relacionaron entre sí de tal modo que los sujetos femeninos que calificaron alto en el locus de control externo, calificaron alto en el Kiddie Mach. A su vez, las calificaciones en la tarea de toma de rol se correlacionaron negativamente con la externalidad y con el machiavelismo. Se confirmaron relaciones similares entre la competencia social y el locus de control externo y las calificaciones Kiddie Mach.

Los autores sugieren que como con los adultos, la relación positiva entre un locus de control externo y el machiavelismo (la manipulación de otros), puede resultar no sólo de un sentimiento de poder, sino de un sentimiento de impotencia y de dependencia (Sollar y Bruehl, 1971 pag. 1030).

Deysach et al., basándose en los resultados, sugiere que para sujetos femeninos, la diferencias individuales en los reportes de

impotencia y manipulación de otros, pueden ocurrir por el egocentrismo o por una inhabilidad para desviar sus perspectivas y acomodar el punto de vista de otros. Además estas orientaciones pueden ser traducidas conductualmente por los adultos como una falta de competencia social. Entonces, para los sujetos femeninos el éxito social percibido puede estar más íntimamente relacionado con el desarrollo de la destreza interpersonal de lo que es el caso para sujetos varones. Pudiera existir una tolerancia incrementada en función de su rol sexual en lo que se refiere a sujetos varones.

Midgley y Abrams (1974) reportaron una relación significativa entre la escala I-E y un instrumento que valora el motivo para evitar el éxito (M-S) (Horner, 1969). Las mujeres con un locus de control externo mostraron una mayor ansiedad relacionada al logro. Los resultados del estudio de Thurber y Friedli (1976) corroboran con los de Midgley y Abrams. Aunque del estudio de Midgley y Abrams es evidente que la orientación externa se combina con M-S para reducir o bloquear la motivación hacia el logro en mujeres universitarias norteamericanas, otros autores contradicen esta idea en base al hecho que las mujeres con un locus de control externo superan a sus contrapartidas con un locus de control interno, en el logro académico (Pappas y Nowicki, 1972).

Es consistente con la investigación previa acerca de las reacciones de los sujetos con un locus de control interno o externo ante estímulos amenazantes (Phares, Ritchie y Davis, 1968), el hecho de que las creencias en la orientación externa proveen una protec-

ción en contra del temor al éxito.

Rotter (1966) ofrece algunas razones por las que una relación entre el locus de control interno y el logro para sujetos adultos pudiera no ocurrir. Dice que entre los varones universitarios, pudiera haber sujetos con un locus de control externo, defensivos o estudiantes originalmente competitivos que utilizan la externalidad como una protección en contra del fracaso. Así mismo, las mujeres que mantienen un bajo sentido de confianza interpersonal pueden culpar a otros por sus éxitos (externalidad defensiva) (Thurber, 1976). Thurber y Friedli (1976) comprobaron una intensidad alta en el motivo para evitar el éxito en sujetos con un locus de control interno, con un baja confianza interpersonal. Se podría comparar con lo relevante a la función defensiva de las personas con un locus de control externo. Las mujeres con un locus de control externo, bajas en la confianza interpersonal, son libres de revelar sus ansiedades relacionadas al éxito y de participar en la lucha para alcanzar logros, sin un temor intenso de las consecuencias. Esto explicaría los hechos en los cuales las calificaciones externas y de baja confianza en sujetos mujeres se relacionan con un logro académico elevado (Massari y Kosenblum, 1972). En contraste a esta situación, las mujeres altas en confianza interpersonal, quienes carecen de un sistema defensivo de creencia inherente, se inclinan a la represión y a la negación en respuesta al estrés inducido. Revelan un débil motivo para evitar el éxito, aunque en algún momento dado este motivo pudiera asemejar a una barrera psicológica para la obtención óptima (Thurber, 1976).

Duke y Nowicki elaboraron acerca de las diferencias entre los loci de control y el no poder verificar una relación entre la internalidad y el logro (Nowicki y Strickland, 1973). Presentaron una nueva escala para adultos, el Nowicki-Strickland Locus of Control Scale (ANSIE) que es una forma paralela a la Nowicki - Strickland Scale para niños (CNSIE) (ibid).

Les parecía apropiado a estos autores que la cuestión de la relación positiva entre la internalidad y el logro, ameritaba nueva investigación en la que se debía de usar una medida de locus de control que superara las limitaciones de la escala Rotter. Emplearon a 22 varones y a 26 mujeres de Emory University, obtuvieron sus promedios acumulativos y sus calificaciones SAT de registros escolares y pidieron a los sujetos que completaran las escalas Rotter y ANSIE.

Hallaron que ninguna de las dos medidas se relacionaban con una medida más general de aptitud, es decir, con las calificaciones SAT. La relación esperada entre el locus de control interno y el logro fue apoyada para sujetos varones utilizando la ANSIE, pero no utilizando la escala Rotter. Al emplear esta última escala, tampoco se apoya esta relación en el caso de mujeres.

Duke y Nowicki (1974) hallaron que la externalidad en la ANSIE estaba significativamente relacionada con el logro para sujetos mujeres, lo cual es consistente con una interpretación de rol cultural. Lo anterior sugiere que mujeres universitarias son

más propensas que los sujetos varones a adoptar una orientación externa, congruente con el rol cultural femenino estipulado, esto es, la pasividad. El expresar una orientación de locus de control interno presenta un dilema en la relación social de mujeres en términos generales y de mujeres participantes en situaciones de competencia-logro que involucran a hombres, específicamente. Estas dificultades resultan eventualmente en un miedo hacia el éxito en mujeres como fue referido por Horner (1972). Las mujeres al lograr y aceptar la responsabilidad para su éxito representan una amenaza a los hombres. Las mujeres podrían percibir tal situación como una reducción de sus posibilidades de interacción social exitosa con estos mismos hombres.

Al notar estas contingencias, una mujer verdaderamente interna podría expresar una orientación externa, sintiendo que es más útil para sus propósitos al expresar conformidad al rol femenino exigido. A su vez, desconocerá cualquier responsabilidad para el comportamiento interno. Concuerda con lo anterior el hallazgo de Cunningham y Berberian (1976). Dado que un autoconcepto más positivo es asociado con la internalidad así como con el logro, (Heaton y Dwenfeldt, 1973; Joe, 1971), ellos reportaron que los varones con un alto autoconcepto calificaron en una dirección más interna que los sujetos varones con un bajo autoconcepto, mientras que las mujeres con un alto autoconcepto calificaron en una dirección menos interna en comparación con las mujeres con un bajo autoconcepto. Una mujer genuinamente interna puede usar la externalidad verbalmente expresada para obtener lo que quiere. Si es este el caso,

el locus de control podría ser diferencialmente predictivo para varones y para mujeres. El alto logro se relacionaría con la externalidad en mujeres y con la internalidad en hombres. Los hallazgos de los estudios de Pappas y Nowicki (1972) y de Duke y Nowicki (1974) afirman la contención anterior. Diferentes sujetos fueron empleados en ambos estudios. Las calificaciones de locus de control no estaban relacionadas con las calificaciones SAT, hecho al que ya se aludió apenas en referencia a los mismos autores.

Los hallazgos apenas citados son consistentes con la noción de que la externalidad es un rol más culturalmente aprobado para la mujer que para el hombre y con el hecho de que dentro de un grupo de mujeres que verbalmente expresan la externalidad (medida por las respuestas generadas ante la ANSIE), pudiera haber un gran número que se comportan de modo interno (reflejándose lo anterior en su comportamiento de logro académico). Al investigar el comportamiento de logro en mujeres, uno tendría que adoptar modelos más complejos involucrando variables mediadoras.

En los setentas creció la conciencia acerca de los mecanismos culturales que disuaden a las mujeres del logro y del empleo de su plena potencialidad (O'Leary, 1974). Desde entonces, ha habido un incremento en el número de estudios que tratan al cambio en los estándares del rol sexual (Rem, 1972; Heilbrun, 1968).

El grado de endorsamiento por parte de un individuo de estereotipos de rol sexual formulados por la sociedad puede revelarse

por el endorsamiento o rechazo de ítems que describen roles y conductas que hombres y mujeres son capaces de ser concedidos derechos iguales, pero las mujeres no han tenido derecho a ellos tradicionalmente. La Attitude Toward Women Scale (AWS), diseñado por Spence y Helmreich en 1978 (citado en Devine y Stillian, 1978) mide estas actitudes.

El propósito del estudio de Devine et al. (1978) era de examinar los efectos de locus de control en la orientación de rol sexual tradicional o liberal, medida por la AWS. Los autores pensaron que los individuos que reflejaron una creencia de locus de control aprobado por la sociedad, esto es la internalidad para varones y la externalidad para mujeres, serían más tradicionales en cuanto a su rol sexual.

Los autores emplearon las escalas I-E y AWS. En esta última se les da a los sujetos cuatro selecciones que caen en un rango según el acuerdo que uno manifiesta ante ellas. Hay 25 afirmaciones que tratan áreas en las que hombres y mujeres son igualmente capaces de ejecutar.

Devine et al. emplearon a 122 sujetos, 60 varones y 62 mujeres, todos estudiantes universitarios.

Los autores hallaron que los varones con un locus de control interno calificaron en una dirección más tradicional en la AWS que los varones con un locus de control externo o que mujeres con un locus de control externo o interno. Entonces, la hipótesis original sólo se apoyó parcialmente, puesto que no había diferencias

significativas en las contestaciones ante la AWS entre las mujeres con un locus de control interno o externo.

Pueden ser dos las razones por las que los varones con un locus de control interno eran diferentes de los sujetos en los otros grupos en cuanto a que endosaron el tradicionalismo. Primero, existe mucha presión para varones norteamericanos a conformar a las demandas sociales de la masculinidad más pronto en comparación con las mujeres que deben de conformar a las demandas sociales de femeneidad. Entonces, se empuja a los muchachos desde temprana edad a internalizar los estereotipos de roles sexuales, los cuales son estrechamente definidos. Debe comenzar a construir una imagen masculina aprobada por la sociedad. Concuerda con lo anterior la suposición de que hombres norteamericanos basan su autoestima en logros instrumentales (Bardwick, 1971; Broverman et al., 1970; Carlson, 1971) y el hecho de que tienen en su mayoría, un locus de control interno. Debido a una rígida y temprana formación en las actitudes, los hombres norteamericanos son menos abiertos a cambios en los estándares de los roles sexuales, que las mujeres. Los varones con un locus de control interno, específicamente, hallan el cambio más problemático. Segundo, cambios en el estatus de las mujeres pueden ser amenazantes para varones que han desarrollado una orientación internalizada fuerte de su rol sexual (Ellis y Bentler, 1973). Puesto que cualquier cambio en el estatus de las mujeres afectaría el estatus tradicional de los hombres, sigue que aquellos varones que han internalizado los estándares masculinos

tradicionales más efectivamente, rechazarían en forma más desafiadora los estándares más liberales para las mujeres.

Otro hallazgo pertinente a la presente discusión tiene que ver con un apoyo indirecto existente para la hipótesis que las actitudes hacia los roles sexuales pueden estar moviendo en una dirección más liberal como resultado del movimiento de las mujeres (Farrell, 1975). La presión ejercida sobre el estudiante universitario en la actualidad tiende hacia la libertad. Las personas con un locus de control externo, de cualquier sexo, más propensas a reflejar una presión ambiental, eran más propensas a endosar actitudes liberales en favor de una mayor libertad respecto al rol sexual de la mujer. El que la orientación de locus de control parece estar moviéndose en una dirección más externa (Abramowitz, 1973; Hamsher et al. 1968; Bergsma y Bergsma, 1978) como anteriormente fue anotado en este trabajo, apoya un estereotipo de liberalismo en la actualidad.

El estudio de Mlott, Bostick y Lira (1977) es digno de consideración, en tanto que sus resultados demuestran que existe una presión ambiental vigente sin haber un apoyo para la libertad femenina, necesariamente. En este caso, la presión ambiental se refiere al desarrollo del movimiento de liberación de la mujer que ha tocado las esferas sociales, económicas e intelectuales de la vida moderna. Ya no es la preocupación exclusiva de la revolucionaria intelectual feminista. Un mayor número de mujeres han participado en organizaciones feministas que han dado lugar a una mayor conciencia de la igualdad, de la libertad humana y de la autorealización

como ímpetu significativo para la exploración de la propia potencialidad, inteligencia, satisfacción personal y rol en la vida. Mlott et al. intentó clarificar dimensiones de la personalidad que apoyaron y que no apoyaron el movimiento de liberación femenina. Se estudió a 150 mujeres estudiantes universitarias para determinar la relación entre la defensa del movimiento de liberación femenina, dogmatismo y locus de control. Se separó a los sujetos en tres grupos. Uno consistía en los sujetos que apoyaron el movimiento. Otro se componía por sujetos que no lo apoyaron y un tercero incluía a sujetos que no tenían una opinión definida al respecto. Los autores emplearon el Rokeach Dogmatism Scale (Rokeach, 1956 citado en Mlott y Lira, 1977) que mide rasgos de autoridad o de dogmatismo. Incluye atributos de conservativismo, convencionalismo, superstición, intolerancia para la ambigüedad, sentimientos de amenaza e inseguridad. Se utilizó también la escala I-E de Rotter. Los tres grupos no se diferenciaban en cualquiera de las dos medidas. Los participantes en todos los grupos tenían un locus de control externo y demostraron rasgos de personalidad que no eran característicamente reconocidos como dogmáticos. Aquellos sujetos que apoyaban el movimiento eran muy similares a aquellos que lo oponían o que eran indiferentes ante ello.

Desde el trabajo de Crandall (1969) ha habido controversia respecto a si los sexos son socializados a creencias diferentes de locus de control.

Cooper et al. (1981) examinaron si las creencias en el locus

de control y su relación con los resultados académicos difieren para niños y niñas. Empleó sujetos de las escuelas primarias de Missouri. Estos terminaron la escala Intellectual Achievement Responsibility Scale (IAR) (Crandall, Katkovsky y Crandall, 1965) en mayo y en septiembre. Muchos otros estudios han medido el locus de control académico en muchachos y en muchachas de la escuela primaria usando la IAR. La IAR detecta las creencias en un locus de control interno vs. externo respecto a la ejecución académica y contiene subescalas separadas para resultados de éxito y fracaso.

Cooper et al. hallaron que las niñas de la escuela primaria toman más responsabilidad para sus resultados académicos que los niños. Sin embargo, el tamaño del efecto fue pequeño.

Los datos sugieren que para niños, las creencias en el locus de control pueden estar afectadas en algún grado por su ambiente inmediato. Se halló que las diferencias en el locus de control por el sexo, aunque pequeñas en un sentido absoluto, eran más subtanciales al final del año escolar. Pero, la interacción sexo-grado escolar no emergió y no se pudo indicar que la diferencia sexual incrementó con los años.

Cooper et al. sugirieron que tal vez los niños "olvidan" las diferencias sexuales durante los meses en que no asisten a la escuela. Pudiera ser que una participación sostenida en un ambiente académico es necesaria para mantener las diferencias sexuales.

En forma alternativa, las diferencias sexuales pueden estar muy ligadas al tratamiento que dan los maestros y entonces, emergerán solamente después de un largo período de socialización. Al principio del año escolar, los estudiantes pueden suspender sus creencias en el rol sexual hasta que los apuntes de apoyo ambiental sean aparentes.

En lo que respecta a la secuencia temporal, parece ser que la raíz del menor comportamiento de logro por parte de los sujetos femeninos en la escuela secundaria o en la universidad, no se halla en sus sistemas de creencia de control cuando están en la primaria. Si los cambios en el locus de control ocasionan cambios en el logro, el intervalo causal podría ser relativamente corto. Si las mujeres cambian hacia una menor internalidad, esto probablemente ocurre inicialmente después de los años de la escuela primaria y se acompaña por un logro escolar menor, correspondiente.

En lo que respecta a las atribuciones de esfuerzo, las mujeres en el estudio de Cooper et al. reportaron creencias más fuertes en el esfuerzo-resultado que los hombres, especialmente para los resultados de éxito. Entwistle y Hayduk (1978) hallaron, de la misma manera, que las expectativas de los sujetos femeninos para las calificaciones académicas y de conducta, probablemente basadas en su mayor esfuerzo, eran más altas que las de los muchachos. De allí, Brophy y Good (1974) y Feshbach (1969) concluyeron que el logro en la escuela primaria favorece rasgos asociados con el comportamiento

femenino que con el comportamiento masculino.

Los resultados de Cooper et al. contradicen los hallazgos de Dweck y Peppuci (1973), quienes hallaron que los hombres eran más propensos que las mujeres a atribuir el fracaso a una falta de es fuerzo. Los resultados del estudio de Deaux (1976), también contrastan con los de Cooper et al. En este último análisis se predijo que los hombres al hablar de la habilidad, darían razones más internas para el éxito que las mujeres que hablarían de la suerte, mientras que las mujeres que hablan de la falta de habilidad harían atribuciones más internas para el fracaso que los varones quienes citarían la dificultad de la tarea (Daux y Farris, 1977). En el estudio de Cooper et al., las mujeres citaban más la autocausación que los varones, para el éxito y el fracaso. La diferencia en el locus de control entre los hombres y las mujeres, en la condición de éxito se debía grandemente a que las mujeres mucho más que los varones, decían que el esfuerzo ocasionó el éxito.

Si se conceptualiza el esfuerzo como una característica inestable, los hallazgos son reconciliables. En el estudio de Deaux, la suerte y el esfuerzo temporal compartían un aspecto central en cuanto a la inestabilidad. Pero, la IAP probablemente toca una di mensión de esfuerzo más estable (Cooper y Burger, 1980): la propensión del alumno hacia la flojera o la productividad.

En concordancia con los hallazgos de Cooper et al., Dweck, Goetz y Strauss (1980) afirmaron que niñas más que niños culpan a

una falta de habilidad para sus fracasos, mientras que los niños con más propensos a culpar a factores motivacionales o externos, como la falta de esfuerzo o el agente de evaluación (pag. 441). Pero, en este estudio las mujeres no reportaron que un esfuerzo fuerte causó el éxito.

Algunos investigadores no han apoyado el hecho de que la falta de habilidad en niñas ocasiona la impotencia académica más que en niños. Swarthout (1979) halló un patrón de reforzamiento que estimula la impotencia en mujeres, similar al de Dweck et al. (1978) en sólo uno de tres salones de clase. En este caso, como en el estudio de Dweck et al., las niñas recibieron valoraciones negativas en situaciones de logro, mientras que los niños recibieron crítica por aspectos de procedimiento empleado en la realización de su trabajo.

Cooper (1979a) enfatizó que un entrenamiento en impotencia no ocasiona el esfuerzo atribuido a las niñas necesariamente, sino que la expectativa más alta que los maestros tienen acerca de la ejecución en sujetos niñas es el factor que puede crear un ambiente más contingente en el esfuerzo para estos sujetos en comparación con los sujetos varones.

Finalmente, algunos piensan que los estudiantes de ambos sexos generalmente no perciben las diferencias comportamentales de los maestros (Weinstein, Middlestadt, Brattesani y Marshall, 1980).

Habría que investigar aún más acerca de los elementos que re-

saltan en la discusión anterior. Pudiera ser que una falta de habilidad que ocasiona el fracaso académico, percibida por sujetos niñas está relacionado con los distintos efectos de socialización. Quizá también, los eventos estresantes reportados durante períodos de desarrollo específicos llegan a afectar la orientación de locus de control en los estudiantes universitarios.

La mayoría de los autores que estudian los antecedentes de locus de control asumen que los niños desarrollan una orientación de locus de control en reacción a estímulos parentales y ambientales continuos (MacDonald, 1971). Por ejemplo, Johnson y Kilman (sin fecha) han comprobado que los hombres con un locus de control externo en comparación con varones con un locus de control interno y con mujeres con un locus de control interno y externo, valoran a sus padres como figuras más rechazantes. Una posible explicación sería que los niños tienden a tener un mayor contacto con sus madres durante los años tempranos de desarrollo. Como los varones se identifican con sus padres, podrían experimentar sentimientos de impotencia e inseguridad ante un padre rechazante, lo cual engendraría una orientación externa. Puesto que las mujeres tienden a identificarse con sus madres, su percepción de rechazo paterno no tendría repercusiones tan negativas como en el caso de los varones.

Bryant y Trockel (1976) han enfatizado la posibilidad de que los eventos discontinuos pueden determinar si un niño llega a ser interno o externo en su orientación. Haciendo referencia a la su-

posición de Adler que "individuos tratan de hallar sentido en las experiencias de la vida que perciben como estresantes o inusuales" (citado en Bryant y Trockel, 1976 pág. 266). Bryant y Trockel hipotetizaron que ciertas experiencias estresantes discretas de la vida temprana pueden predisponer al individuo a una orientación externa. Para comprobar esta proposición, los autores administraron un cuestionario acerca de eventos de la vida (Goddington, 1972) a mujeres. Cubrió cuatro épocas: pre-escolar, primaria, secundaria y preparatoria. Conforme se había predicho, las mujeres que expresaron un locus de control externo en la Adult Nowicki-Strickland Locus of Control Scale, reportaron experiencias más estresantes durante los años pre-escolares que las mujeres con un locus de control interno. Pero los autores no replicaron sus resultados para mujeres, ni los generalizaron para varones. Si sus hallazgos se hubieron podido confirmar para mujeres y varones, esto sugeriría fuertemente que los antecedentes significativos de la orientación de locus de control, pueden ocurrir antes de que un niño inicia la escuela y como resultado de eventos específicos como interacciones continuas.

Nowicki (1978) llevó a cabo un estudio similar al de Bryant y Trockel para averiguar lo mismo. Empleó 15 mujeres y 15 varones con un locus de control interno y 15 varones y 15 mujeres con un locus de control externo. Se les pidió a los sujetos que completaran la Life Events Scale de Goddington (1972). Como se había predicho, mujeres con un locus de control externo reportaron más estrés durante sus años pre-escolares que las mujeres con un locus de control interno. Sin embargo, el análisis también reveló

que las mujeres con un locus de control externo reportaron más estrés durante sus años de secundaria que las mujeres con un locus de control interno y que los varones con un locus de control externo reportaron mayor estrés que los varones con un locus de control interno durante los años de primaria y secundaria.

Nowicki concluyó que las mujeres y los varones no comparten historias similares en cuanto a las experiencias estresantes. Para mujeres, parece ser que la etapa pre-escolar, y para varones, los años de primaria, pueden ser diferencialmente significativos para el desarrollo de una orientación externa.

Parece que los eventos que ocurren durante los años de pubescencia pueden ser importantes para el control percibido de varones y de mujeres sobre sus vidas. Sin embargo, estos hechos ameritan mayor investigación para poder afirmar si el estrés o la orientación locus de control viene primero. Hasta ahora, se ha sabido que los varones y las mujeres tienen vulnerabilidades diferentes ante el estrés que determinan la habilidad del estrés para afectar su orientación de locus de control.

Muy pocos investigadores han sugerido que una predicción limitada de la escala I-E pudiera ser el resultado de diferencias sexuales relacionadas a las respuestas que se hacen ante ella aunque los análisis factoriales rinden resultados similares para ambos sexos. Ciertos cambios en los patrones de respuesta ante la escala Rotter han ocurrido a través de los años. Desde los sesentas, las calificaciones ante la escala I-E se han movido en una dirección

externa hasta estabilizarse aparentemente en los setentas. Rotter (1975) comparó las calificaciones de grandes muestras de estudiantes universitarios en instituciones académicas similares. No se había asumido diferencias sexuales en la respuesta ante la escala I-E puesto que los patrones totales de medias y de desviaciones estándar eran los mismos para hombres que para mujeres. Además, los resultados de los estudios de análisis factorial de la escala Rotter, no comprendieron un análisis de los patrones de respuesta de acuerdo al sexo (Collins, 1974; Gurin et al., 1969; Reid y Ware, 1974) o negaron o dieron poca importancia a las diferencias no significativas entre las respuestas de hombres y mujeres (Abramson, Schuldernann y Schuldernann, 1973; Lee y Jahn, 1973; Mirrels, 1970; Viney, 1974; MacDonald y Tseng, 1971). Así mismo, los resultados de otros estudios que emplearon la escala I-E negaron la existencia de diferencias sexuales (Debolt, Liska, Love, Stahlman, 1973; Little, 1974; Phares, 1971). Estos datos son consistentes con el hecho de que Rotter (1966) asumió originalmente, que no debía de haber diferencias sexuales sistemáticas en su escala. Chandler y Dugovics (1977) exploraron las diferencias sexuales relacionadas a las respuestas de hombres y mujeres ante la Nowicki - Strickland Adult Locus of Control Scale, y reportaron estructuras de factores similares para varones y mujeres.

Strickland y Haley (1980) postulaban algunas hipótesis en vista de los hallazgos pasados. Si la contestación ante los ítems de la escala Rotter fuera influido por el perjuicio del rol sexual, uno esperaría que estas diferencias ocurran entre varones y mujeres que

responden ante ítems que reflejan un comportamiento masculino o femenino estereotipado. Por ejemplo, se esperaba que los varones constatarían a ítems que tienen que ver con la toma de responsabilidad, con influir los eventos y con el control sobre éstos en un modo más interno que las mujeres. En otras palabras, se esperaba que los hombres fueran a mostrar un locus de control más interno que las mujeres en los ítems que tratan el control personal. Además, en vista de los hallazgos acerca de las relaciones entre la internalidad y el logro académico en favor de varones en comparación con mujeres, se esperaba que los varones responderían a ítems que tienen que ver con el control sobre el comportamiento académico, de una manera más sistemática que las mujeres.

Los sujetos participantes en el estudio fueron estudiantes universitarios, 220 varones y 322 mujeres. Los sujetos terminaron la escala I-E antes de participar en los experimentos que involucraban algún tipo de manipuleo comportamental. Los sujetos mujeres tenían un locus de control más externo que los hombres. Posteriormente, los varones y las mujeres fueron apareados de acuerdo a sus calificaciones I-E total. La submuestra resultante consistió en 200 varones y 200 mujeres con calificaciones I-E idénticas. Se computó un análisis de ítems y se realizó también un análisis factorial de los ítems endorsados por estos 400 sujetos. Se analizaron las respuestas de los hombres y de las mujeres en forma separada. Se computaron las correlaciones existentes entre cada ítem y la calificación total (excluyendo este ítem), para varones y mujeres. Estas correlaciones mostraron un patrón similar a aquel reportado por Rotter

(1966) en su monografía: La mayoría de los ítems mostraron una correlación positiva modesta con la calificación total. Pero, al observar los resultados de Strickland y Haley (1980) las respuestas ante cuatro ítems (3,7,21 y 26) para varones y ante un ítem para mujeres, no correlacionaron significativamente con la calificación total de la escala. Dos de los ítems (7 y 26) tenían que ver con la responsabilidad personal percibida en la actividad de hacer amistades. El ítem 3 era político en contenido y el ítem 21 se trataba de la suerte y de la responsabilidad.

Aún cuando las calificaciones totales eran apareadas, así como los promedios y las desviaciones estandar para cada ítem, los varones y las mujeres respondieron en forma significativamente diferente ante 8 de los 23 ítems de la escala y ante dos ítems de relleno. De los ocho ítems endorsados diferencialmente, las mujeres eran más propensas a contestar en una dirección externa ante un ítem que trata el logro académico (10), la influencia personal (7) y la suerte azar (21). Los varones mostraron un locus de control externo ante dos ítems de contenido político (12 y 17), ante otros dos ítems que tratan la importancia de la suerte (15 y 16) y ante un ítem que tiene que ver con el respeto personal (4). Los resultados indican claramente que existen diferencias sexuales en las respuestas a la escala I-E. Las diferencias entre varones y mujeres en la frecuencia de endorsamiento de los ocho ítems referidos, eran dos veces mayores que la desviación estándar de la escala y explicó las respuestas ante más de un tercio de los ítems.

Los resultados de Strickland y Haley hicieron resaltar tres factores para varones y dos para mujeres. Estos eran similares a los dos factores reportados por Mirels, 1970, quien empleó un número más chico de calificaciones I-E, no apareadas (mujeres = 157, varones = 159). El factor 1 de Mirels se denomina "sentido de de minar el curso de la vida". Explicó un 11-12% de la varianza por varones y por mujeres. El factor 2 explicó 7-9% de la varianza pa ra ambos sexos y se denominó "el grado en que el ciudadano individual es capaz de ejercer un impacto en las instituciones políticas".

El primer factor de emerger en los resultados de Strickland y Haley era idéntico al factor 2 de Mirels (ítems 12, 17 y 22 y 29 a través de ambos sexos) y explicó la misma cantidad de varianza (va rones = 12%, mujeres = 12%). Sin embargo, de acuerdo a un análisis de los ítems, se halló que las mujeres tenían un locus de control significativamente más interno ante los ítems 12 y 17 que los sujetos varones. Estos ítems se trataban de creencias políticas.

El segundo factor, de acuerdo a los cálculos de Strickland y Haley explicó un 6% de la varianza para varones y un 5% para mujeres. Se trata del control personal al igual que el factor 1 de Mi rels. A despecho del contenido similar de los ítems, no hubo un traslape a través de sexo (varones - ítems 6, 18, 20, 26; mujeres- ítems 13, 15, 25 y 28).

Aunque los resultados de Strickland y Haley confirman diferen ci as sexuales, la hipótesis de que los varones mostrarían un locus de control más interno ante los ítems de control personal, no fue apo-

yada. Un resultado sorprendente fue que los varones y las mujeres expresaron expectativas de control personal ante items diferentes y en distintas maneras. Los varones relacionaban el liderazgo y la influencia personal en un modo más sistemático que las mujeres. Los items que mejor expresan este factor para mujeres tienen que ver con la planeación del futuro y con el destino personal. Parece ser que los aspectos del factor de control personal para varones están relacionados con la influencia que estos tienen en los demás, y para mujeres, con la autodirección y con la orientación futura.

Otras diferencias sexuales emergieron del análisis de items. Por ejemplo, los varones endosaron items externos más fuertemente que mujeres. Los items tenían que ver específicamente con la suerte. Las mujeres manifestaron un locus de control más externo en otros items que tenían que ver con la influencia personal. Estos hallazgos apoyan aquellos acerca del factor de control personal.

El tercer factor que emergió en los cálculos para varones explicó un 4% de la varianza. Se trataba de lo académico. Los items 5, 10 y 23 se relacionaban con el trabajo escolar, con el logro académico y con las calificaciones. Mirels no reportó este tercer factor. Sin embargo, las diferencias entre el análisis de Mirels y el de Strickland y Haley son ligeras y se explican por las diferencias en población y en tiempo de la administración de la escala I-E.

La hipótesis de que los sujetos varones iban a responder más sistemáticamente que mujeres a los ítems de contenido académico, era apoyada por este tercer factor. Los hallazgos pasados que estipularon que las expectativas internas son relacionadas con el logro académico para varones, pero no para mujeres, pudieron haber sido generados debido al hecho de que los ítems que tratan el logro académico en la escala Rotter, son más salientes para varones que para mujeres.

Strickland y Haley sospechan que el hallazgo que las diferencias sexuales en la escala Rotter no son exclusivas para este cuestionario, sino que son inherentes a un gran número de otros instrumentos de asesoría. El hallazgo que una semejanza de promedios, desviaciones estándar y factores, no necesariamente demuestra una falta de diferencias sexuales en la frecuencia del endorsamiento de ítems, tiene implicaciones importantes para la construcción y validación de inventarios de la personalidad. Los resultados sugieren además, que la práctica de emplear el análisis factorial para explorar diferencias grupales quizá sea inapropiada, pues las estructuras factoriales similares a través de grupos no necesariamente implican que los individuos en estos grupos están respondiendo a los ítems en la misma dirección. La comparación de los endoramientos de ítems individuales da lugar a un análisis más fino y apunta el hecho que ciertos grupos pueden lograr calificaciones similares por razones diferentes.

Los resultados del estudio de Schneider (1968) lo llevó a con

siderar también, que una predicción limitada puede ocurrir en función de las diferencias sexuales en las respuestas ante la escala I-E y analizar los ítems de la escala de una manera especial.

En esencia, Schneider, para examinar las diferencias entre los sujetos con un locus de control interno y externo, pidió a los estudiantes universitarios que indicaran sus preferencias para actividades que tenían que ver con la destreza (una oportunidad para expresar el control interno) y para actividades que se trataban de azar (una oportunidad para expresar control externo), en una prueba. Halló una relación significativa entre un control interno percibido y preferencias para actividades de destreza en varones. Entre mayor era el grado de internalidad, mayor era de preferencia expresada para las actividades de destreza. La relación no era significativa para mujeres. Se daba en una dirección negativa. Estos hallazgos generan duda acerca de la generalidad de las relaciones halladas entre las contestaciones ante la escala I-E y la preferencia de actividad para ambos sexos. Además, Bercins, Ross y Cohen (1970) no hallaron una relación significativa entre el locus de control y preferencias para actividad, utilizando una población de drogadictos varones, hospitalizados. Esto sugiere otra limitación para la generalización de los hallazgos originales que la persona con un locus de control interno preferirá situaciones que le permitan controlar los resultados de su comportamiento y que la persona con un locus de control externo preferirá situaciones que le permitan verificar la expectativa de que no es capaz de controlar lo que le pasa.

En base a sus anteriores hallazgos, Schneider (1972) reconsideró el contenido de los ítems acerca de las actividades de destreza y de azar, con el fin de averiguar la existencia de un prejuicio sexual inherentes en las actividades. Examinó la dimensión masculinidad-femenidad de las actividades.

Empleó a 267 alumnos universitarios inscritos en clases de introducción a la psicología. Estos llenaron una forma que especifica preferencias de actividad destreza-azar y la escala I-E. Se comprobó la hipótesis postulada de que las diferencias sexuales en la relación entre locus de control y preferencias para actividades de destreza o de azar, son una función de la masculinidad-femenidad de las actividades de destreza. Cuando hubo una congruencia entre el sexo del sujeto y la identidad sexual asociada con la actividad dada, los sujetos con un locus de control interno preferían las alternativas de destreza sobre las de azar, en un mayor grado que los sujetos con un locus de control externo. Si existía una incongruencia entre el sexo del sujeto y la identidad sexual de la actividad, no se evidenció tal relación. Además, la neutralización de la identidad en cuanto a sexo, de las alternativas de destreza generó nuevamente, una relación positiva con la dimensión de locus de control.

Habría que considerar que para algunos individuos, la selección de una actividad de destreza puede estar basada menos en las expectativas para el rol sexual de la actividad o en el locus de control, que en la familiaridad que el sujeto tiene con una activi

dad dada. ¿En qué grado es la familiaridad y la experiencia con actividades que ameriten destreza versus las que dependen del azar, una función de las expectativas del individuo para un locus de control interno y no externo? ¿Tienen más experiencia con las actividades de destreza, los sujetos con un locus de control interno que los sujetos con un locus de control externo?

Otra explicación de la relación entre la preferencia para actividades y el locus de control, es que las preferencias para una actividad dado no sólo se basan en una preferencia para la destreza versus el azar, sino en una preferencia para actividades activas versus pasivas. Las actividades de destreza involucran un más alto nivel de actividad que las que dependen del azar. Para mujeres, las preferencias en términos de activo-pasivo de la actividad, correlacionaron bien con el locus de control.

La examinación de lo anterior representa un intento por parte de Schneider (1972) de detectar subcategorías de factores en la escala de locus de control que podrían revelar una relación más sutil entre la preferencia por ciertas actividades y el locus de control.

Los hallazgos indicaron que al separar las tres dimensiones: destreza-azar, activo-pasivo y masculinidad-femenidad, las correlaciones entre el locus de control y preferencia por una determinada actividad son bajas. Las preferencias para las actividades que involucran destreza versus las que involucran el azar, muestran la más alta relación con el locus de control y las preferencias que son determinadas en función de su identidad masculina o femenina muestran la relación más baja con este constructo.

Surge la necesidad para medidas de dimensiones específicas para detectar las causas de las diferencias sexuales en relación al locus de control Rotter (1966, pag. 4) ofrece una segunda razón por la falta de relación locus de control-logro, para adultos. Esta consiste en que las actitudes de control interno-externo no son generalizadas y en una situación académica altamente estructurada, probablemente existe más especificidad que determina las respuestas que en otros tipos de situaciones. Los hallazgos de Maccoby (1966) y del National Assessment of Educational Progress (1972, 1976) son consonantes con lo anterior. Las creencias en el control en los años de la escuela primaria, al menos las medidas por la IAP, están relacionadas con varias diferencias en el logro. Por ejemplo, las niñas que asisten a la escuela primaria ejecutan mejor que los niños en las tareas de lectura y verbales.

Cooper et al. (1981) afirmaron que aunque en la escuela primaria existe una diferencia en el locus de control por el sexo, el sexo no es la variable explicatoria potente. De allí, estipulan que los ítems IAR potencialmente enmascaran los mayores efectos del sexo para áreas específicas. Esta conclusión es semejante a la que llegó Schneider (1968, 1972). Quizá los varones se responsabilizan más para la ejecución en matemáticas debido a su socialización, y las mujeres asumen más responsabilidad para tareas verbales.

La Implicación de Factores Étnicos en el Estudio de Locus de Control

Como se había mencionado en la introducción a este trabajo, Mag

Donald y Hall (1971) indicaron que la pertenencia a un grupo social en desventaja, o a un grupo minoritario, conduce al desarrollo de una orientación externa de locus de control. Los resultados de otras investigaciones han mostrado, de igual manera, que los miembros de la clase baja y de los grupos minoritarios, en general, se caracterizan por una orientación de locus de control menos interna que los miembros de la clase media (Bartel, 1971; Battle y Rotter, 1963; Gruen, Korte y Baum, 1974; Lefcourt y Ludwig, 1965; Lessing, 1969; Thurber, Heacock y Brown, 1973).

El Concepto de Locus de Control en los Estudios Transnacionales

Algunas comparaciones transnacionales de locus de control son referidas en la introducción de este trabajo. Entre éstas está el estudio de Cole, Rodríguez y Cole (1978). Tomaré esta oportunidad para elaborar sobre los datos de este estudio ya que como se tratan de sujetos mexicanos, son los más pertinentes a los objetivos de nuestro interés.

Cole, et al. afirmaron la existencia de un estereotipo del mexicano y del mexicano-americano como pasivo y fatalista por lo que esperaban que estos sujetos tendrían un locus de control más externo que sujetos de otras naciones. Este estereotipo había sido aparentemente asignado a los sujetos en cuestión por sujetos de la población norteamericana.

Con el fin de determinar si tal estereotipo de hecho existe entre los alumnos americanos, estudió una muestra de 53 estudian-

tes universitarios norteamericanos. Se les pidió que terminaron la escala Rotter conforme creían que lo harían si fueron alumnos mexicanos asistiendo a una universidad mexicana. Estos estudiantes pseudo-mexicanos produjeron una media significativamente más externa que aquella de los mexicanos y de los americanos.

Cole, et al. administraron la escala I-E de Rotter a varones católicos, estudiantes de la carrera de administración de empresas en los Estados Unidos, en Alemania Occidental, en Irlanda y en México. Para su uso en los distintos países, la escala fue traducida al idioma apropiado.

El hecho de seleccionar los estudiantes de la carrera de administración de empresas implicó que los estudiantes de las cuatro naciones se interesaron en las mismas cosas y tenían metas profesionales similares. Al limitar los sujetos a la religión católica se pudo potencialmente controlar por la variable del marco de referencia religioso como un factor que influye en el locus de control percibido. Cuando el análisis de datos comprobó que estas dos variables eran irrelevantes, los autores añadieron un segundo grupo de estudiantes universitarios de las carreras que conciernen las humanidades para expandir la base de la muestra americana. Sin embargo, mantuvieron a este segundo grupo separado de los alumnos americanos procedentes de la carrera de administración de empresas, a través del análisis de datos.

Se administró la escala Levenson en Los Angeles a los Chicanos y Anglos, estudiantes de la preparatoria que también participa

ron en el estudio.

Por lo que respecta a los resultados de la prueba para los alumnos universitarios de las cuatro naciones, la calificación me dia para los sujetos mexicanos fue significativamente más baja que cada una de las otras medidas. No hubo diferencias significativas entre las medidas de los otros grupos nacionales.

Los autores presentaron los datos en términos del porcentaje de respuestas externamente orientadas en cada una de cinco subesca las de la escala Rotter, desarrolladas por Schneider y Parsons (1970). Solo una comparación alcanzó significancia. Los estudiantes ameri canos, no de la carrera de administración de empresas, sino de la de humanidades, calificaron en una dirección más externa en la sub escala de respeto, en comparación con los sujetos de Alemania Occi dental. Con esta excepción todas la diferencias significativas comprueban la mayor internalidad de los sujetos mexicanos.

Está claro que los alumnos universitarios mexicanos no eran más externos, sino más internos en su locus de control, que los alumnos de las otras tres naciones. Este hallazgo no se limita a un período singular en el tiempo, pues se coleccionaron los datos a dos puntos en el tiempo, con siete meses de diferencia entre uno y otro. Tampoco se limitan los resultados a un instrumento parti cular, porque Cole y Cole (1977) han reportado un énfasis semejan temente fuerte en el locus de control interno para sujetos mexica nos, como fue el caso con la escala Rotter, usando la escala Leven

son. Garta y Ames, 1974 reportaron hallazgos semejantes. Los alumnos universitarios chicanos calificaron en una dirección significativamente más interna que los alumnos Anglo de la misma Universidad.

En relación a los trabajadores mexicanos incluidos en el estudio de Reitz y Groff (1974) y a los universitarios de los Estados Unidos y de México, incluidos en el estudio de Cole et al., los estudiantes mexicanos manifestaron un locus de control más interno que los trabajadores mexicanos en cada subescala. Ambos grupos de estudiantes americanos manifestaron un locus de control más interno que los trabajadores americanos en la subescala de política y más externo en la subescala de respeto. Se podría entender lo anterior más fácilmente al dirigir nuestra atención al contenido de los cuatro ítems que componen esta escala. Dos de los ítems tienen que ver con la cuestión de cuánto seguridad un individuo puede tener si es admirado y aceptado por sus compañeros. Es ante estos dos ítems que los estudiantes americanos manifestaron una orientación externa más fuertemente. Es probable que la orientación externa en respuesta a la subescala de respeto, observada en relación a los dos grupos americanos estudiantiles, refleja su estatus como jóvenes, aún inseguros de sí mismos en sus relaciones con sus compañeros. Esta inseguridad aparentemente, es menos evidente en estudiantes mexicanos.

Es de interés notar que los sujetos en los grupos estudiantiles mexicanos e irlandeses comparten la propiedad común de califi-

car en una dirección más externa en la subescala de política, algo que no fue afirmado con respecto a las muestras estadounidenses y de Alemania Occidental. Las situaciones políticas enfrentando a los estudiantes mexicanos e irlandeses a la hora del estudio puede ser relevante al hallazgo apenas citado. Los estudiantes en la universidad mexicana estuvieron expuestos a un alto grado de descontento político y experimentaron sentimientos de oposición ante su gobierno nacional. De hecho, la colección de datos se atrasó varias semanas porque el gobierno cerró la escuela por temor a una manifestación estudiantil. Los estudiantes irlandeses participaron en el estudio de Cole durante momentos de gran tensión entre las facciones políticas de Irlanda. Los actos de terrorismo eran parte de su experiencia cotidiana. A la luz de estas observaciones, no es sorprendente que los dos grupos mostraran una mayor externalidad en la subescala de política.

Los datos de Reitz y Groff (1974), Cole y Cole (1977) y de Cole, Rodriguez y Cole (1978) permiten confirmar que estos no son artefactos de examinar a alumnos. Los trabajadores, aunque no eran más internos en su expresión de locus de control que los trabajadores americanos, tampoco mostraron un locus de control más externo. En la subescala de suerte, el corazón psicológico del fatalismo, los estudiantes y trabajadores mexicanos obtuvieron calificaciones indicativas de menos externalidad, en comparación con las que obtuvieron en otras subescalas. Estos datos no apoyan, sino retan al estereotipo del mexicano como fatalista.

La escala Levenson ofrece tres calificaciones: locus de control interno, creencia en que poderosos otros ejercen el control sobre los reforzamientos y la creencia en que el control de reforzadores depende del azar. En relación a los resultados obtenidos para los alumnos de la preparatoria no hubo diferencias significativas entre los chicanos y los anglos en cualquiera de las escalas. En el caso de los varones chicanos sin planes para entrar a la Universidad, se podía pensar en un menor rechazo de la creencia en el control de reforzamientos como dependiente del azar. No endorsaron esta creencia, sino la rechazaron menos que los otros estudiantes.

No obstante, el varón chicano universitario rechazó la creencia en el control de reforzamientos en función del azar más que su contrapartido no universitario. No es sorprendente que los estudiantes universitario mexicanos calificaron en una dirección más interna que sus compatriotas, los trabajadores. Como estudiantes jóvenes con miras hacia metas específicas, están más convencidos de sus acciones que sus compatriotas menos ventajados. El que esta diferencia es marcada en México y no en los Estados Unidos puede explicarse por el hecho de que el ser un estudiante universitario en México es un logro considerablemente más grande que el mismo fenómeno en los Estados Unidos. Los datos de Cole y Cole (1977), especialmente, afirman que un locus de control interno sería marcado en un individuo que toma un paso contra-normativo hacia la automejoría. Un grado en administración de empresas es más raro en México que en los Estados Unidos.

Los datos de Cole, Rodríguez y Cole muestran un alto grado de semejanza entre las calificaciones de anglos y chicanos. Ante estos resultados llevaron a cabo un análisis más profundo basado en la distinción señalada por Gurin, Gurin, Lao y Beattie (1969) en la cual se hace notar la existencia de un locus de control percibido como se aplica al yo y como percepción de una condición general social, no necesariamente personal. Cole et al. analizaron respuestas ante ítems cuyas palabras eran personales y las que concernían los ítems descritas como condiciones sociales generales. Hallaron que la distinción no fue útil ya que las respuestas de los alumnos mexicanos eran las mismas ante ambos tipos de ítems.

Los autores del estudio en cuestión concluyeron que no hay evidencia que apoya un estereotipo del trabajador o universitario mexicano o del chicano de la preparatoria que se caracteriza por el fatalismo y por creencias en que las acciones propias son casi irrelevantes en lo que respecta a los resultados personales. En cambio, los sujetos de estos grupos parecen ser iguales o más internos en su locus de control percibido, que sus contrapartidos americanos o de los sujetos de otros grupos con los que fueron comparados.

Valoración de la Resonancia de la Independencia-Dependencia de Campo en la Personalidad Mediante la Prueba de Figuras Ocultas

En más de tres décadas de investigación publicada, el construc

to de independencia-dependencia de campo ha demostrado un potencial poderoso para predecir una amplia gama de fenómenos psicológicos.

El bien conocido investigador Herman A. Witkin inició su exploración de los estilos cognoscitivos como procesos integrativos en el desarrollo de la personalidad en los cuarentas con los estudios ahora clásicos de las diferencias individuales en la percepción de la proyección vertical en el espacio. En 1979, en la reunión anual de la American Psychological Association, se enfatizó el acto de percibir en una persona, en función de su estructura de personalidad, sus necesidades, sus intereses y sus valores. El acto de percibir juega un papel adaptativo en la economía psicológica del individuo.

Varios investigadores especificaron diferencias individuales como expresión de los modos de funcionamiento personal. Entre los estilos cognoscitivos identificados e investigados estaban: el control constructivo-flexible, "aplanamiento-afiliamiento", rango de equivalencia, tolerancia para experiencias no realistas, reflexión-impulsividad, conceptualización, automatización fuerte versus débil e independencia-dependencia de campo.

Klein y Schlesinger (1949) criticaron los movimientos en voga porque se limitaban a las relaciones entre partes. Insistieron en una conceptualización de las relaciones entre la percepción y la personalidad como una estructura de la personalidad central que adapta, regula y entra en todo el funcionamiento. Witkin y Goodenough

adoptaron este punto de vista en su conceptualización de la independencia-dependencia de campo como una expresión del grado de diferenciación de la estructura psicológica de un individuo. Crutchfield, Woodworth y Albrecht (1958 citado en Gough y Olton, 1972) reportaron evidencia acerca del hecho que la percepción correcta en tas reas complejas está relacionada con la efectividad personal conceptualizado más ampliamente.

De los estilos cognoscitivos antes mencionados, la independencia-dependencia de campo ha recibido la mayor atención debido a su amplitud, su representación en la vida cotidiana y la investigación extensiva hecha en laboratorio acerca de las funciones perceptuales mediante las cuales se expresan las diferencias individuales en independencia-dependencia de campo.

Se propuso la teoría de diferenciación a la que Witkin y Goodenough hicieron referencia hace más de dos décadas (Witkin, Dyk, Faterson, Goodenough y Karp, 1962) y otros continuaron su investigación (Cox y Witkin, 1978; Witkin, Cox y Friedman, 1976; Witkin, Cox, Friedman, Hrishikeshan y Siegal, 1974; Witkin, Oltman, Cox, Ehrlichman, Hamm y Ringler, 1973). Una gran mayoría de esta investigación está dedicada al componente de independencia-dependencia de campo.

Evolución Histórica

En lo que respecta a la evolución de los estilos independencia-dependencia de campo y a los conceptos de diferenciación, la

investigación de Witkin tiene sus orígenes en los estudios de laboratorio que tratan la percepción de la proyección vertical, llevados a cabo por Witkin y sus colaboradores (Asch y Witkin, 1948a, 1948b; Witkin, 1948, 1949, 1950, 1952; Witkin y Asch, 1948a, 1948b). En los estudios iniciales trataron de determinar cómo ubica la gente la proyección vertical tan rápida y correctamente. Además, los resultados de estos estudios revelaron que los sujetos diferían entre sí en su ejecución en las tareas de orientación y que eran consistentes en la manera de establecer la proyección vertical a través de las tareas. Esto sugirió que las personas tienen modos preferidos de integrar las fuentes diversas de información accesibles a ellos, para ubicar la proyección vertical. Se tenían que tomar en cuenta estos modos característicos del procesamiento de la información, así como factores de campo y sensoriales locales, para comprender la percepción de la proyección vertical. Witkin y Goodenough consideraron que para determinar qué es lo que realmente importa en el acto de percepción, habría que determinar la naturaleza y la base de la autoconsistencia en la ejecución, a través de las tareas de orientación y de otras tareas relacionadas. Sin duda alguna, se ha ampliado esta conceptualización para incluir la estructura de la personalidad y su desarrollo.

Independencia-Dependencia de Campo como las Tendencias para Usar el Cuerpo o el Campo como Referentes para la Percepción de la Proyección Vertical

La dirección de la proyección vertical se determina por dos

hechos: 1. El campo a nuestro alrededor que nos es obvio a través de la visión es un marco de referencia cuyos ejes principales corresponden a las direcciones verticales y horizontales verdaderas del espacio. 2. La dirección de la gravedad se detecta a través de los sentidos vestibulares, táctiles y kinestésicos.

En un intento para comprender la base de la percepción de la proyección vertical, Witkin separó estos dos estándares experimentalmente. En una situación usó la prueba de ajuste corporal (Body Adjustment Test) (BAT) y la prueba de varilla y marco (Rod and Frame Test) (RFT) e inclinó el marco de referencia visual dejando la fuerza gravitacional del cuerpo inalterada. En otra situación se logró la separación a través de la prueba de rotación de la estancia (Rotating Room Test) (RRT), mediante la cual se alteró la dirección de la fuerza actuando en el cuerpo, dejando el marco de referencia visual en su proyección vertical. En ambas situaciones, la dependencia en el marco de referencia visual externo resulta en una ubicación diferente de la proyección vertical, que la percepción de la proyección vertical gravitacional experimentaba a través de la postura. Este detalle de la tarea puso en evidencia las diferencias individuales en la percepción de la proyección vertical.

En la primera situación mencionada referente a la BAT, el sujeto se sentó en un cuarto chico inclinado que podría ser desplazado a la derecha o a la izquierda. De modo semejante, un experimentador podía desplazar su silla independientemente del cuarto. Ante la tarea de ajustar la silla (y su propio cuerpo) de una posi-

ción inicial inclinada a la proyección vertical, con el cuarto circulante en una posición inclinada, algunos sujetos alinean su cuerpo con el cuarto inclinado, y en esta posición reportan que estaban sentados perfectamente rectos. Estos sujetos estaban usando el campo visual como el referente primario para la percepción de la proyección vertical, a exclusión de las sensaciones corporales. Al extremo opuesto del rango en la ejecución, los sujetos ubicaron su cuerpo cercano a la proyección vertical verdadero (gravitacional). Aquí, el cuerpo sirvió como el referente primario para la percepción de la proyección vertical.

En la otra situación referida, la RFT, el sujeto se sentó en un cuarto oscuro y vio un marco de referencia cuadrado, luminoso e inclinado, dentro del cual había una varilla luminosa girada al mismo centro que el marco, pero que podía ser girada separadamente del marco (Witkin, Lewis, Hertzman, Machover, Meissner y Wapner, 1954 pág. 11). La tarea consistía en ajustar la varilla a la proyección vertical mientras que el marco permanecía en su posición original inclinado. Nuevamente, el sujeto utilizó el cuerpo o el campo como referentes y en ello consistieron las diferencias individuales.

En la situación de la RRT (ibid, pag. 12), el sujeto se sentó en una silla que podía ser inclinada a la derecha o a la izquierda en un cuarto en posición vertical que podía girar en forma circular. La dirección de la fuerza efectiva en el cuerpo era el resultado de la fuerza centrífuga, jalando hacia afuera y

del pujan de la gravedad hacia abajo. De acuerdo a la tarea, el sujeto tenia que poner su cuerpo en una posición tal que lo exprimientara como recto. Los sujetos diferian en el grado en que alinearon sus cuerpos con el cuarto en su percepción de la proyeccción vertical o de acuerdo con que la fuerza alterada actuaba en ellos.

Los sujetos eran autoconsistentes con respecto al grado en que dependían del campo externo o de su cuerpo, en las tres situaciones. El sujeto que inclinaba su cuerpo hacia el cuarto inclinado ante la BAT, inclinaba la varilla hacia el marco inclinado ante la RFT y alineaba su cuerpo con el cuarto en una proyeccción vertical ante la RRT. De modo inverso, el sujeto que ubicó su cuerpo en la proyeccción vertical ante la BAT, independientemente de la posición del cuarto, también separó la varilla del marco ante la RFT y ajustó la varilla cercana a la proyeccción vertical. También inclinó su cuerpo hacia la alineación con la fuerza desplazada actuando en éllo, ante la RRT.

Por lo tanto, las diferencias observadas representaron diferencias en la tendencia a usar el campo externo visual o el cuerpo como referentes primarios para la percepción de la proyeccción vertical. Se apoyó esta hipótesis en los resultados de varios estudios en los que la manipulación de la prominencia del campo visual o de los apuntes posturales influyó en el grado de dependencia en el campo o en el cuerpo como referentes para la percepción de la proyeccción vertical. En un estudio en el cual se empleó

la BAT, se fortalecieron los apuntes posturales quitando los cojines que cubrían el asiento del sujeto. Se debilitó la estructura del campo visual usando un cuarto cilíndrico en vez de un cuarto cuadrado normal y reduciendo el número de líneas verticales y horizontales que enfrentaban al sujeto por estar en la pared de enfrente. Witkin (1948) halló que bajo estas condiciones el cuerpo se ajustó a la proyección vertical verdadera aún más que bajo las condiciones estándares BAT. En otro conjunto de estudios, el desplazamiento de la varilla hacia los ejes de un campo inclinado, incrementó progresivamente con tres campos de articulación enfatizados: el marco luminoso de la RFT, un cuarto pequeño de madera y una escena de laboratorio reflejada en un espejo inclinado (Asch y Witkin, 1948a, 1948b; Witkin y Asch, 1948b). Juntas, todas las diferencias individuales en la ejecución de la RFT, BAT y RRT se debían a diferencias en el grado de dependencia en impresiones corporales o en los ejes del campo visual en la determinación de la proyección vertical.

El concepto de que modos contrastantes de establecer la proyección vertical reflejan una referencia primaria al campo externo o al cuerpo, hizo que las designaciones "independiente" y "dependiente" de campo, fueran las apropiadas.

Los resultados de las tres pruebas de orientación estipularon que la dependencia en el cuerpo dará lugar a una ejecución más correcta en algunas situaciones y que la dependencia en el campo visual dará lugar a una ejecución más correcta en otras situaciones.

Ante la BAT y la RFT, la dependencia en apuntes del cuerpo da lugar a ajustes más correctos del cuerpo o de varilla a la vertical gravitacional. Ante la RRT, en cambio, la dependencia en los apuntes corporales da lugar a apuntes que no son correctos.

La Independencia de Campo como Modo de Superar los Contextos de Encaje en la Percepción

Mientras que las tres tareas de orientación detectaron la dependencia en el campo o en el cuerpo, podían también ser concebidas en función de que involucran la separación de un ítem (cuerpo o varilla) de un campo organizado (cuarto o marco). Se estudió esta posibilidad en el contexto de tareas perceptuales que requerían que los sujetos desencajaran un ítem de un campo organizado del cual formaba parte. Estas tareas no involucraban la yuxtaposición cuerpo-campo o la percepción de la proyección vertical. Un ejemplo de tal tarea es la Embedded Figures Test (EFT) (Witkin, 1950a) (la prueba de Figuras Encajadas) en la que se le muestra a un sujeto una figura sencilla y luego se le pide que la localice en un diseño complejo que tiene tal patrón que cada componente de la figura sencilla llega a ser parte del diseño casi íntegro del patrón. La figura sencilla es efectivamente escondida. Para ubicar la figura sencilla, es necesario desbaratar el patrón organizado. Se halló que los sujetos que tenían dificultad en separar la figura sencilla del diseño complejo eran los que no podían mantener separados el cuerpo o la varilla fácilmente del cuarto o del marco en las pruebas de orientación. Eran dependientes del campo. En for-

ma inversa. personas independientes del campo en las pruebas de orientación, superaron la influencia del diseño complejo organizado en su intento de ubicar la figura sencilla dentro del diseño.

Estos hallazgos sugerían que la dimensión independencia-dependencia era más general de lo que aparecía cuando por primera vez se definió en base a las tareas de orientación. Sugerían que esta dimensión más general podía concebirse en función de las diferencias individuales en la facilidad o dificultad para separar un ítem de un campo organizado o para superar un contexto de encaje (Witkin et al. 1954). Entonces, la independencia-dependencia de campo se concibió específicamente como una habilidad perceptual analítica que se manifiesta a través del funcionamiento perceptual de un individuo.

Un artículo de Haslam que trata la dependencia de campo en relación al umbral de dolor apareció en 1972 y pudiera ser ahora pertinente para ejemplificar muy precisamente lo dicho arriba.

Haslam intentó determinar la relación entre la influencia del intervalo de una escala de estímulos y la dependencia de campo. En la detección del umbral de dolor, se requiere que los sujetos seleccionen de una serie de estímulos uno solo que da lugar a un dolor mínimo. Se pudiera pensar en esta secuencia de estímulos en un contexto en el que está encajado el estímulo doloroso. El intervalo de la escala de estímulos puede influir en el umbral de dolor, siendo que algunas personas son más influidas por el contexto que otras

(personas dependientes de campo) (Witkin et al., 1962). Haslam realizó un experimento en que los sujetos dependientes de campo serían más influidos que los sujetos independientes de campo por el intervalo en una escala de estímulos. Cuando se investiga el umbral de dolor para el calor, los valores del umbral son dependientes del tamaño de incremento en los valores sucesivos del estímulo variable (Haslam 1965, 1968 citado en Haslam, 1972; Haslam y Thomas, 1967 citado en Haslam, 1972). Por ejemplo, cuando el incremento es tan pequeño como 8mc/sec/cm^2 , el umbral de dolor está significativamente más bajo que cuando el estímulo se incrementa a dos o cuatro veces más que eso.

Haslam (1970) llevó a cabo un experimento en que se confirmó un efecto de ancla sugerido por primera vez en 1947 por él mismo (Haslam, 1972). Por ello, se decía que aplicaciones repetidas del estímulo tendrían el efecto de bajar el umbral del dolor.

Puesto que se ha visto que la escala que progresa por pasos de 8mc/sec/cm^2 tiene una mayor influencia en el umbral de dolor que la que progresa por pasos de 16mc/sec/cm^2 (Haslam, 1965 citado en Haslam, 1972; Haslam y Thomas, 1967 citado en Haslam, 1972), los sujetos dependientes de campo deberían de ser influidos en un mayor grado que los sujetos independientes de campo por esta primera escala.

Haslam (1972) empleó la EFT (Witkin et al. 1962), que refleja la facilidad con que una persona ve una figura dada independientemente del contexto en que es presentado, en un determinado tiempo. Ella pensó que la cantidad con que el umbral de dolor de un sujeto

se bajaba con un tamaño de paso pequeño estaría positivamente correlacionada con su calificación de tiempo de ejecución en la EFT. Empleó a 20 sujetos, estudiantes de psicología y les pidió que avisaran cuando sentían dolor después de una exposición de tres segundos al calor (Haslam, 1965). Confirmó la predicción de una correlación positiva y significativa entre la cantidad por la que el umbral de dolor de un sujeto bajaba por un tamaño de intervalo pequeño y el grado de su dependencia de campo, tomando en cuenta su calificación de tiempo de ejecución en la EFT.

Thornton, Barrett y Davis (1968) hallaron que los sujetos independientes de campo ejecutaron mejor en la identificación de blancos en fotografías aéreas. De modo semejante, Moses (1970) halló que los sujetos independientes de campo ejecutaron mejor en una tarea compleja de vigilancia y Ton (1972) halló que los sujetos independientes de campo respondían más rápidamente en la detección de la moción a profundidades. Estos resultados apuntan que los sujetos independientes de campo también ejecutan mejor en la identificación de estímulos pertinentes en una escena compleja en la calle. Michael (1968) propuso un programa de investigación para la aplicación de la dependencia de campo a la capacidad de manejar. Harano (1969) halló que los conductores dependientes de campo cometían más infracciones de tránsito que los conductores independientes de campo. Olson (1974) investigó la relación entre la dependencia de campo y el control sobre el patinaje y la capacidad para seguir carros. El control sobre un carro en una superficie resbalosa es una de las situaciones más desafiantes que el con-

ductor enfrenta. Requiere un control preciso y un sentido exacto del tiempo. De allí, Olson pensó que era factible determinar si las diferencias en la ejecución en una tarea de control sobre el patinaje se relaciona con la dependencia de campo. Por otro lado, puesto que muchos conductores acumulan kilometraje en el tráfico en que están los suficientemente cerca al carro de adelante para estar influenciados por lo que hace, tendrían que informarse acerca de lo que pasa en relación a este carro delante. Goodenough, May y Michael (1968) y Michael (1968) sugirieron que el conductor dependiente de campo podía tener su conciencia tan dominada por el carro inmediatamente frente a él que tendría reducida su capacidad para detectar maniobras significativas de los vehículos más adelante en la fila. En dos fases de este estudio, 93 empleados de la General Motors tomaron la prueba portátil del marco y va rilla descrito por Oltman (1968). Se aparearon los sujetos por edad, sexo y experiencia en manejo y éstos participaron en una tarea diseñada para medir el control sobre el patinaje. Olson no pu do establecer diferencias entre los sujetos dependientes e indepen tes de campo en la ejecución de la tarea. Sin embargo, es pertinente notar la habilidad superior de los sujetos independientes de campo para mejorar su ejecución después de una breve exposición a tal tarea. Este hallazgo es consistente con los resultados de numerosos estudios (Witkin et al. 1962) que indican una mayor capaci dad por parte de los individuos independientes de campo para alterar su comportamiento ante condiciones cambiantes. Olson diseñó otras dos tareas para medir el seguimiento de carros e incluía su-

jetos tomados de un grupo de 72 empleados del General Motors Research Laboratories. Se emplearon procedimientos de apareamiento semejantes a los descritos arriba. Los resultados indicaron que los sujetos dependientes de campo quizá no utilizaron la información de los vehículos adelante del vehículo líder tan bien como los sujetos independientes de campo. De allí, Olson apunta la suposición de que los conductores dependientes de campo estén sobreinvolucrados en colisiones traseras.

Enfoque Articulado Versus Global

Otros estudios que tratan las diferencias individuales en la habilidad para desencajar tienen que ver con la relación entre la habilidad para desencajar perceptualmente y la habilidad para desencajar intelectualmente y con la relación entre la habilidad para desencajar y la habilidad para estructurar. Con respecto al primer punto, se pensaba que el separar una parte del contexto en que está encajado era tanto una función de algunas tareas de resolución de problemas en las que la persona encuentra representaciones simbólicas, como de las tareas perceptuales en las que la persona enfrenta una configuración de estímulos inmediatamente presente. Los sujetos independientes de campo en la percepción de la proyección vertical tenían una mayor dificultad en resolver la clase de problemas cuyas soluciones dependen de la toma de un elemento crítico fuera de su contexto y reestructurar el material del problema para que ahora se utilice el elemento en un contexto diferente (Glucksberg, 1956; Harris, citado en Witkin et al. 1962).

Este tipo de evidencia muestra que una habilidad mayor o menor para desencajar o bien, de naturaleza analítica, se muestra a través de las actividades perceptuales e intelectuales de un individuo.

En relación al segundo punto referido arriba, la investigación acerca de la relación entre el desencaje y la estructuración fue estimulada al pensar que ambos conceptos tratan con una tendencia a ver el campo en una manera más correcta o pasivamente. La tendencia a dejar el material del estímulo tal como es o actuar sobre él (desbaratando el patrón organizado para exponer la figura encajada), como se observa en las respuestas ante la EFT, se manifiesta cuando las personas tienen que tratar con un campo que carece de una organización clara inherente. Se apoya la expectativa de que personas independientes de campo impondrán una estructura a tal campo y lo experimentarán como organizado, mientras que las personas dependientes de campo no lo harán (Witkin et al. 1962). Este surgió al emplear tareas perceptuales y de resolución de problemas.

La evidencia que ligaba la independencia-dependencia de campo a la habilidad para superar los contextos de encaje en las tareas de resolución de problemas y a la habilidad para estructurar en el funcionamiento perceptual e intelectual, amplió la extensión de las diferencias individuales.

De allí, se empezó a ver el análisis y la estructuración co-

mo aspectos complementarios de la articulación. La persona que experimenta en un modo articulado, puede detectar items como discretas de sus fondos cuando el campo es organizado, y le puede imponer estructura cuando tiene poca estructura inherente, comprendiendo así el campo como organizado. Esta dimensión engrandecida de las diferencias individuales ahora se concibió como "un enfoque articulado de campo" en un extremo, y como "un enfoque global de campo" en el otro.

Diferenciación Psicológica

Aún más investigación ligó las diferencias individuales descritas a las diferencias en la personalidad. Entre éstas están los controles y defensas, el concepto corporal y el yo, por ejemplo (Witkin et al., 1962; Witkin et al., 1954). Sin embargo, no se podía acomodar estas áreas en un constructo articulado global, sino en uno llamado diferenciación. También en este constructo, el sujeto se mostró autoconsistente. Cada una de las características asociadas entre sí mostraron un ordenamiento definitivo durante el desarrollo ontogenético. Además, éstas eran propiedades formales de un sistema psicológico. Tenían modos típicos de funcionamiento basados en arreglos estructurales dados. Estas características eran estables con el tiempo. Muchas de las características mostraron una especialización en su función y otras reflejaron un grado de separación entre el yo propio y ajeno. Todos los rasgos mencionados son propiedades distintivas de un sistema psicológico más o menos diferenciado. Esto sugiere que el concepto de

diferenciación es útil para caracterizar comunalidad entre las áreas ligados del funcionamiento psicológico y su destino durante el desarrollo. De allí, se puede ahora conceptualizar la independencia-dependencia de campo dentro de un marco de referencia más amplio de diferenciación (Witkin et al., 1962).

Por diferenciación, se puede entender una propiedad estructural de un sistema orgánico. Los arreglos formales son determinados por un grado dado de diferenciación y éstos influyen en el desarrollo de modos característicos de funcionamiento. Se puede juzgar el grado de diferenciación de un sistema a través de manifestaciones funcionales particulares.

Un sistema más diferenciado implica una segregación entre el yo y el no yo o la polaridad yo-no yo. Se han formado fronteras a un nivel interno, experimentadas como el yo y el no yo. Las fronteras no son tan definidas en un sistema menos diferenciado en el cual existe una mayor interconexión con otros sistemas. La diferenciación también implica la segregación de actividades psicológicas como el pensar del actuar y el sentir del percibir. Quiere decir especificidad de funcionamiento dentro de cada actividad. Las funciones especializadas y separadas que emergen conforme incrementa la diferenciación no operan en forma independiente. Están interrelacionadas en una estructura jerárquica. Son constituyentes integrales de un sistema articulado.

En referencia al carácter orgánico de la diferenciación, es pertinente a la discusión en curso señalar la especialización de

función tanto a nivel neurofisiológico como al nivel psicológico. Tal y como la especialización se toma como una indicación de la diferenciación psicológica, la especialización de las funciones en los dos hemisferios cerebrales es un índice de la diferenciación neurofisiológica.

La posición de la cual he hablado hasta ahora, entonces, es formulada en base a que los componentes de los diferentes patrones de funcionamiento individual son expresiones diversas de las diferencias en el grado de diferenciación. Una formulación central de la teoría de la diferenciación psicológica formulada en 1962 (Witkin et al., 1962) es el desarrollo de la diferenciación como un proceso que involucra el organismo en su totalidad. De acuerdo a ella, una mayor o menor diferenciación caracteriza el funcionamiento individual en diversos dominios. En términos operacionales, esto quiere decir que las manifestaciones o indicadores de mayor o menor diferenciación de cada uno de un número de dominios deberían de estar relacionadas en algún grado, lo cual dará lugar a un funcionamiento individual autoconsistente a través de dominios.

Entre los indicadores de una mayor diferenciación está el enfoque de campo como articulado en relación al funcionamiento cognoscitivo, como ya fue definido, y un sentido de identidad separada, concebida como la identificación por parte del individuo de los atributos, necesidades y valores que reconoce como los suyos y como distintos de aquellos de otros. Un sentido desarrollado de identidad permite que el individuo funcione con un grado de autono

mía de los demás. Otro indicador de una mayor diferenciación tiene que ver con un concepto del cuerpo como articulado. Se trata de una concepción del cuerpo con límites definidos y de sus partes como discretas aunque interrelacionadas y formadas en una estructura definida. Un cuarto indicador de una mayor diferenciación es la capacidad de los controles estructurados para canalizar los impulsos, y la tendencia a utilizar las defensas específicas como la intelectualización, el aislamiento y la proyección, en vez de las defensas menos específicas como la represión o la negación.

Desde 1962 ha habido una información adicional que ha sido revisada por Witkin, Goodenough y Oltman (1979) y que comprobó nuevamente una relación entre varios indicadores de la diferenciación.

Vale la pena mencionar ahora algo acerca de la relación entre la diferenciación y la otra dimensión principal del desarrollo: la integración. Sistemas más diferenciados están más complejamente organizados en el sentido de que las relaciones entre los componentes del sistema y entre el sistema y su ambiente son más elaboradas. Por otro lado, no se puede esperar que la diferenciación se relacione con la efectividad de la integración, en el sentido de relaciones armoniosas entre los componentes del sistema y entre el sistema y su ambiente. Los resultados de los estudios que han demostrado que las personas más y menos diferenciadas no difieren en la presencia o ausencia de patología en relación a un ajuste adecuado o inadecuado (Witkin, 1965), son consistentes con el con

cepto de que el grado de diferenciación no está relacionado con la efectividad de la integración. Adevai et al. (1968) reportó una semejanza entre los perfiles del MMPI de los sujetos dependientes e independientes de campo, lo que concuerda con lo anterior. Por otro lado, la forma que toma la psicopatología se relaciona con el nivel de diferenciación (ibid).

Parkes (1981) concibe el problema de la diferenciación de síntomas desde un punto de vista psicológico, como esencialmente relacionado a la habilidad de los individuos para percibir y categorizar los elementos de su ambiente, sin importar si éstos son internos o externos, como discretos y separados de su fondo conceptual. Se esperaría que el individuo independiente de campo quien es intelectualmente analítico, discriminante en lo referente a la esfera perceptual y hábil para mantener las cosas separadas en términos experienciales (Witkin et al. 1971), mostraría una discriminación más clara de los síntomas neuróticos que un individuo dependiente de campo cuyo modo global de percibir daría lugar a una experiencia más generalizada y holística del trastorno afectivo. Por otro lado, los sujetos dependientes de campo quienes tienden a confiar más en las fuentes externas para definir sus actitudes y juicios, siendo particularmente atentos a los apuntes de otros (Witkin, 1965), mostrarían los efectos de la dependencia de campo más fuertemente, mediante los materiales de autoreporte que no proveen apuntes externos o una estructuración potencial de las respuestas inducidas por el entrevistador.

Korchin (citado en Witkin et al., 1974) aseguró que los pacientes independientes de campo mostraron una imagen clínica más diferenciada que los pacientes dependientes de campo. La Torre (1978) confirmó una correlación positiva fuerte entre la dependencia de campo y el pensamiento sobre-inclusivo, característica asociada con la ausencia de fronteras conceptuales y con una difusión de los procesos cognoscitivos. En este sentido, Berogatis, et al. hallaron que el análisis factorial de las autovaloraciones de pacientes en una lista de síntomas estándar, mostró una dimensión de sentimientos neuróticos generalizados, en contraste con las valoraciones claramente diferenciadas de psiquiatras. De la misma manera, Downing y Rickels (1974), Mendels y Benstein (1972), Johnstone et al. (1980), Meites et al. (1980), Crisp et al. (1978), Prusoff y Klerman (1974), Snaith et al. (1976) y Leff (1978) hallaron que los pacientes y los sujetos normales en las varias categorías diagnósticas que cubren los trastornos de ansiedad y de depresión, muestran un traslape extensivo en su sintomatología en sus respuestas en listas de síntomas. No obstante, Roth y sus colegas proveen evidencia de que los estados de ansiedad y las enfermedades depresivas son entidades clínicas separadas. Hallaron que ambos desórdenes se diferenciaron entre sí no solamente por factores tales como la historia previa, la personalidad y la duración y respuesta al tratamiento, sino por patrones de síntomas (Gurry et al., 1970; Roth et al. 1972).

En relación a lo anterior, Parkes (1981) condujo un estudio que fue diseñado para mostrar que los grupos de sujetos dependien

tes e independientes de campo diferirán en el grado en que discriminan los síntomas neuróticos, pero no en los niveles de síntomas reportados. Empleó un método de autoreporte y empleó sujetos enfermeras normales. Utilizó el Hidden Figures Test (HFT), similar en contenido a la EFT (Witkin et al. 1971) y una versión modificada del cuestionario de emociones displacenteras, empleado por Leff (1978). Conforme era de esperarse en base a lo ya conocido, los resultados del estudio mostraron que la dependencia de campo no afecta los niveles de intensidad de síntomas, pero sí influye en el grado en que los individuos diferencian los síntomas neuróticos como asociados a emociones particulares. Los valores bajos e insignificantes de las correlaciones que se dieron para el grupo de sujetos independientes de campo, indicaron que hubo una discriminación clara, mientras que el grupo de sujetos dependientes de campo ocasionaron correlaciones altamente significativas, lo cual implica un grado menor de discriminación. Entonces, el grado en que un individuo puede percibir los elementos de su ambiente como entidades discretas, separadas y distintas de su fondo, se refleja en el grado en que sus síntomas son diferenciadas en términos de su asociación con emociones particulares.

Los resultados del estudio de Parkes y del estudio de Leff indican que para los sujetos independientes de campo, los niveles de discriminación eran comparables a aquellos de los psiquiatras, mientras que los sujetos dependientes de campo diferenciaron los síntomas ligeramente más claro que los pacientes. Es interesante anotar la semejanza entre los datos de los psiquiatras y de los

sujetos independientes de campo. Son consistentes con los resultados de los estudios que tratan la dependencia de campo en relación a la ocupación. Estos estudios han sido revisados por Witkin y Goodenough (1977) quienes afirman que los psiquiatras, además de otros grupos de profesionistas, son independientes de campo.

Enfocamos ahora un momento en el hecho de que los datos correlacionales para el grupo de sujetos dependientes de campo eran comparables a los datos correspondientes para el grupo de pacientes referido en el estudio de Leff (1978) aunque los pacientes mostraron un nivel ligeramente más bajo de diferenciación que los sujetos en el grupo de dependientes de campo. Es probable que el grupo de sujetos pacientes eran predominantemente mujeres, de una clase social baja, ya que el sexo femenino y la clase social baja son factores que pudieran explicar su semejanza al grupo de sujetos dependientes de campo (Maccoby y Jacklin, 1974; Derogatis et al. 1971). Sin embargo, es digno de consideración el hecho que los estados emocionales intensos pueden generalizarse (Mendels y Weingstein, 1972) y la mayor intensidad de sintomatología entre pacientes pudo también haber contribuido a la diferencia entre pacientes y sujetos normales en los niveles de diferenciación.

Tomando en cuenta el análisis separado que se llevó a cabo para síntomas somáticos y cognoscitivos, fue aparente que aunque el grupo de sujetos independientes de campo mostro un grado más alto de diferenciación de síntomas que el grupo de sujetos dependientes de campo para ambos tipos de síntomas, el efecto era mu-

cho más marcado para síntomas cognoscitivos. En el grupo de pacientes independientes de campo, las tres emociones investigadas: la ansiedad, la irritabilidad y la depresión, componen perfiles cognoscitivos de síntomas característicos. Casi todos los ítems se asociaban fuertemente con la irritabilidad o con la depresión. No hubo diferencias significativas en los niveles de intensidad de los síntomas. Entonces, los resultados del estudio de Parkes reflejan un modelo configuracional o tipológico de la diferenciación. En contraste, la ansiedad, la irritabilidad y la depresión son diferenciadas por la intensidad de los síntomas somáticos relacionados. La ansiedad está asociada con una respuesta somática más intensa que la irritabilidad o la depresión. Las configuraciones son de menor importancia en la diferenciación de síntomas somáticos.

La explicación probable del fracaso de los sujetos dependientes de campo en el estudio de Parkes, para reportar patrones particulares de síntomas como característica de estados afectivos específicos, es que estos sujetos no perciben patrones discretos de las experiencias cognoscitivas y somáticas como entidades distinguibles. Su experiencia de un trastorno afectivo tiende a ser global y difusa, mientras que los sujetos independientes de campo diferencian patrones de síntomas en una forma más aguda. En base a eso se puede comprender porqué los sujetos dependientes de campo responden a listas de síntomas en forma de autoreporte, en una manera generalizada. Esto refleja la intensidad de su perturbación, no obstante carecen de tendencias configuracionales claras

que permiten discriminar los diferentes estados afectivos. Está claro que las correlaciones entre las diferentes subescalas serían más altas entre sujetos dependientes de campo y la separación de grupos diagnósticos sería menos clara que entre sujetos independientes de campo.

Si la perturbación afectiva se experimenta en un modo global y generalizado, el modelo apropiado de sintomatología sería unitaria. La ansiedad y la depresión constituirían un trastorno neurótico singular y no habría distinción entre los patrones de síntomas. Tal modelo sería apropiado para los sujetos dependientes de campo. En forma inversa, el modelo síndrome-distinto reflejará la experiencia de los sujetos independientes de campo, quienes perciben las configuraciones de síntomas asociados a la ansiedad y a la depresión, como entidades distinguibles. En función de la posición de los sujetos en el continuum independencia-dependencia de campo, las técnicas utilizadas para detectar la sintomatología y las interacciones entre los factores componentes, revelarán el modelo representativo apropiado y explicarán los resultados obtenidos.

Estudios diferentes dan lugar a diferentes conclusiones aún cuando se emplean las mismas escalas de autoreporte. A este respecto, Mendels y Weinstein (1972) comparan sus resultados con aquellos de Costello y Comfrey (1967).

La discusión anterior acerca de la forma que toma la psicopa

tología en personas independientes y dependientes de campo, sugiere que el estilo perceptual puede ser una variable importante que influye en el grado en que los individuos perciben patrones de síntomas como entidades distinguibles dentro de un contexto general de perturbación afectiva.

En particular, la psicopatología evidente en pacientes más diferenciados representa manifestaciones bizarras o exageradas del funcionamiento de la personalidad que se halla en personas normales más diferenciadas. La psicopatología que se evidencia en pacientes menos diferenciados representa las manifestaciones exageradas o bizarras del funcionamiento de la personalidad aparente en personas normales menos diferenciadas. Entonces, desde una perspectiva de la diferenciación, existe una continuidad en las formas de funcionamiento entre personas relativamente normales y relativamente patológicas.

Witkin et al. (1954) consideraron esta posibilidad. Llevaron a cabo un estudio en el cual emplearon un grupo de pacientes psiquiátricos hospitalizados. Descubrieron que las técnicas de entrevista clínica intensiva, el Rorschach, el TAT y el dibujo de figuras estaban relacionadas con la posición que ocupaban las personas normales y los pacientes psiquiátricos más o menos diferenciados en una dimensión de diferenciación. Las características clínicas de los pacientes más diferenciados incluían características comunes de las personas normales más diferenciadas. Estas fueron definidas como el funcionamiento autónomo, controles

desarrollados y defensas especializadas. Las características clínicas de los pacientes menos diferenciados incluían características comunes a las personas normales menos diferenciadas. Estas fueron definidas como una mayor interrelación con otros, una autonomía limitada, un pobre control sobre la expresión de los impulsos y el uso de defensas no específicas. Podemos aquí considerar las caracterizaciones de la personalidad de pacientes varones, de una sola población de pacientes, independientemente de su categoría diagnóstica en el contexto de la independencia-dependencia de campo. Entre los varones independientes de campo, se evidenciaron delusiones eufóricas de grandetera indicativas de una aparente alta autoestima, un comportamiento arrogante y destructivo que señala una expresión de agresión hacia el exterior, intentos de mantener una identidad masculina, proyecciones de culpa sugiriendo la preservación de autoestima y en la mayoría de los casos, un yo débil e inadecuado. Lo que es común a la mayoría de estas constelaciones es una lucha para el mantenimiento de un yo entre personas que tienen un yo delineado. Entre los pacientes varones dependientes de campo, una actuación descontrolada de los impulsos era común, lo cual indicaba un control inadecuado de la expresión de los impulsos. También se verificaron incendios premeditados e impulsivos así como enuresis hasta la adolescencia. Estas tendencias indican nuevamente problemas de control de los impulsos. Se evidencian también agresión dirigida hacia dentro ocasionando una baja autoestima y un comportamiento narcisista, deseos abiertos de castración indicativos de un deseo de abandonar una identidad

masculina y varias formas de conducta pasiva incluyendo la impotencia, el llanto y la dependencia. Esta constelación de la personalidad da una menor evidencia de lucha para el mantenimiento del yo entre personas concebidas como más relacionadas con los demás y menos autónomas en su funcionamiento.

Finalmente, en la conceptualización de la teoría de diferenciación formulada en 1962, que es una imagen de la autoconciencia, se incluye un enfoque articulado o del campo como una manifestación de mayor o menor diferenciación y de la independencia o dependencia de campo que se evidencia en una mayor o menor capacidad para desencajar mediante la percepción.

LA DEPENDENCIA DE CAMPO

Después de 1962 dos líneas de investigación fueron influenciales en la evolución del concepto de la independencia-dependencia de campo. Una tiene que ver con el enfoque del campo articulado-global y la otra con la autonomía en el comportamiento social y con las competencias interpersonales.

Nuevos Hallazgos Relacionados con la Reestructuración Cognoscitiva

Desde 1962, se ha pensado que existe una dimensión general de diferencias individuales que involucra un funcionamiento cognoscitivo articulado-global en las actividades perceptuales e intelectuales. Los estudios pertinentes han ligado la independencia de

campo en la percepción de la proyección vertical a dimensiones de funcionamiento cognoscitivo que involucran la reestructuración. Aunque las personas independientes y dependientes de campo no difieren en cuanto al precepto inmediato inducido por la mayoría de los estímulos, las personas independientes de campo pueden lograr mejor un precepto diferente cuando las demandas situacionales o las necesidades interiores así lo exigen, a través de la reestructuración de su experiencia perceptual inicial, al menos con respecto al material espacial-configuracional. En contraste, las personas dependientes de campo, se adhieren a la organización prevaleciente del campo perceptual. Una diferencia en la habilidad para reestructurar entre personas independientes y dependientes de campo, parecida a aquella observada en sus actividades perceptuales es también evidente en su funcionamiento intelectual.

El concepto de la diferenciación que comprende una autoconsistencia en el funcionamiento a través de los dominios como reflejo del grado de diferenciación dicta que un individuo muestra el mismo nivel característico de la habilidad para reestructurar a través de tareas que involucran diferentes modalidades de los sentidos, así como a través de tareas que emplean un material espacial y simbólico. Ya me he referido a esta propiedad en la sección de este trabajo que trata la definición de términos. En la mayoría de los estudios hechos acerca de la habilidad para reestructurar se ha empleado material espacio-visual. Se ha exa-

minado la reestructuración en otro medio solamente en pocas ocasiones. Pero existe evidencia relacionada con la hipótesis que la habilidad de reestructuración cognoscitiva es una competencia muy general que está relacionada a la ejecución en las pruebas de la percepción de la proyección vertical.

La evidencia más actualizada sugiere que los procesos involucrados en la ejecución de las pruebas de la percepción de la proyección vertical, pueden ser distintos aunque relacionados con aquellos involucrados en las pruebas revisadas hasta ahora.

La Independencia de Campo Relacionado a Otras Medidas No Verbales de la Ejecución Perceptual y de la Habilidad Cognoscitiva

Gough y McGurk (1967) han reportado acerca de una serie de 30 items que tienen que ver con los problemas de la agudeza perceptual. Estos involucran formas geométricas e ilusiones ópticas. La ejecución en este Test de Agudeza Perceptual está relacionado con un criterio de efectividad personal y refleja disposiciones similares a aquellas tocadas por las pruebas Varilla y Marco y Figuras Ocultas.

Gough y Olton (1972) llevaron a cabo un estudio con fines de establecer una comparación directa entre las pruebas Rod and Frame, la prueba de habilidad general, D 48 (Black, 1961; Welsh, 1967), la adaptación del Gottschaldt Hidden Figures Test de Crutchfield et al. (1958), La Survey of Space Relations, Form A (Case y Ruch, 1949), la Street Gestalt Test, desarrollado por Crut-

chfield et al. (1958) en base al trabajo pionero de Street (1931), la Perceptual Acuity Test y todas las pruebas no verbales y su-puestamente relacionadas con la independencia de campo.

Se les aplicaron las pruebas arriba enumeradas además de la Varilla y Marco como el criterio verdadero de la independencia de campo, para asegurar que las pruebas eran independientes de la ha-bilidad verbal, y el College Vocabulary Test, Form B (Gough y Samp-son, 1954 citado en Gough y Olton, 1972).

Una batería de las cuatro últimas pruebas no verbales mencio-nadas arriba se alinean con la dimensión de independencia de cam-po, medida por la prueba Varilla y Marco. Un análisis de la mues-tra de los 309 estudiantes resultó en la existencia de dos facto-res: la habilidad perceptual-cognitiva y la percepción espacial. Ambos, además de las cuatro pruebas referidas (todas menos la D-48), correlacionaron significativamente con el Rod and Frame Test. Todas las variables no se correlacionaron con la habilidad verbal.

Estos métodos adicionales para calibrar el dominio de la in-dependencia-dependencia de campo son de valor, especialmente en vista de la discusión de Witkin (1967) acerca de la utilidad de las pruebas de figuras encajadas y de varilla y marco en las in-vestigaciones transculturales del estilo cognoscitivo. Aquí conclu-yó que la función de la articulación de campo es universal y que su desarrollo está relacionado a la socialización temprana y a las prácticas de crianza de los niños. Resalta el valor de los

métodos mencionados también, en función de las observaciones que delinean la relación entre la independencia de campo y la habilidad para resolver problemas. Los cuatro componentes tratan de diferentes tipos potenciales de respuesta perceptual-cognoscitiva. La serie Street Gestalt comprende exigencias anabólicas, mientras que el Gottschaldt Hidden Figures Test incluye requerimientos ca tabólicos. La Prueba de Space Relations elicit a una organización perceptual inductiva y la prueba de Perceptual Acuity requiere un comportamiento deductivo.

Un análisis de regresión reveló que una estimación confiable de la disposición del análisis de campo podía derivarse de una combinación de calificaciones en las pruebas Gottschaldt, Space Relations, Street Gestalt y Perceptual Acuity. Gough y Delcourt, (1969) y Gough y Hug (1968) han comprobado al emplear poblaciones europeas y americanas, que existe un gradiente de desarrollo con la edad que se manifiesta en la Perceptual Acuity Test, que es similar a aquel manifestado por las pruebas de Witkin. La relación significativa entre la Perceptual Acuity Test y la Rod and Frame Test sugiere que se puede añadir la Perceptual Acuity Test a una lista de medidas transculturales no verbales capaces de detectar diferencias individuales en la independencia de campo.

La Relación entre la Reestructuración Cognoscitiva y la Independencia de Campo en la Percepción de la Proyección Vertical

Como se ha mencionado, la independencia de campo, como se manifiesta por la manera de determinar la proyección vertical, en el

espacio, está significativamente relacionada con la ubicación de figuras sencillas en gestaltten encajado o complejo y organizado. La ejecución exitosa de una tarea de desencaje claramente requiere la reestructuración de un campo perceptual visual. Desde estos hallazgos iniciales, los resultados de muchos otros estudios han confirmado la relación entre la ejecución RFT y la habilidad de desencaje en las modalidades visuales y táctiles (Dasmha, Minard y McWilliams, 1973; Pizzamaglio, 1976; Witkin, Goodenough y Karp, 1967). Hasta ahora, ha sido claro que la independencia de campo en la percepción de la proyección vertical está muy relacionada a una dimensión cognoscitiva llamada la "flexibilidad de oclusión" por Thurstone (1944), o la "producción convergente de la transformación figural" por Guilford (1967) (Bergman y Engelbrektson, 1973; Goodenough y Karp, 1961; McWhinnie, 1970; Witkin et al. 1962). Una gran variedad de pruebas de figuras encajadas tienen altas cargas en este factor.

Desde 1962 ha surgido evidencia que relaciona la ejecución en el RFT con otras dimensiones cognoscitivas que requieren la reestructuración espacial. Esta evidencia es consistente con el hecho de que la independencia de campo en la percepción de la proyección vertical está relacionada con la habilidad de reestructuración espacial. Además de la dimensión cognoscitiva de desencaje, existen otras dimensiones cognoscitivas que requieren la reestructuración espacial y que se relacionan con la ejecución en el RFT.

En resumen, la independencia de campo en la percepción de la proyección vertical está relacionada a la competencia de reestructuración de un campo en una variedad de situaciones espacial-visuales presentadas al sujeto con una configuración de estímulos, cuyos componentes son simultáneamente presentes en loci diferentes del campo visual.

COMPORTAMIENTO SOCIAL - LA EVIDENCIA ACTUAL

Como reflejo de las tareas conceptuales accesibles anteriormente, el trabajo inicial referente a la independencia-dependencia de campo estaba enfocado en el funcionamiento perceptual e intelectual. Subsecuentemente, se extendió la investigación al dominio de la personalidad. Los patrones de las relaciones identificados en aquel entonces se explicaban óptimamente mediante el concepto de la diferenciación psicológica. Una de las proposiciones principales de la teoría de la diferenciación, formuladas en aquel entonces, era que las personas están propensas a funcionar más o menos al mismo nivel de diferenciación a través de los dominios psicológicos. Esta proposición estimuló la búsqueda de evidencia para la autoconsistencia en función del nivel de diferenciación, a otros dominios psicológicos. Más recientemente, el dominio del comportamiento interpersonal ha sido el centro de atención. En la revisión que a continuación se hace, se identificarán los modos específicos en que el funcionamiento más o menos diferenciado, se manifiesta en el comportamiento interpersonal. Al extender el panorama de la autoconsistencia a aún otro dominio psi

cológico, la información de los estudios acerca del comportamiento interpersonal ha mostrado un incremento en el alcance de las actividades psicológicas entendidas en la teoría de diferenciación.

Autonomía en las Relaciones Interpersonales

Witkin y Goodenough (1977) establecieron que las tendencias a depender primordialmente en los referentes interno o externos en la percepción de la proyección vertical tienen un contrapartido en el dominio interpersonal. Las personas que son independientes de campo en su percepción de la proyección vertical funcionan en forma más autónoma que las demás personas, dependientes de campo. De la misma manera, los autores citados afirmaron que las técnicas de influencia social tienen un efecto particularmente pronunciado en las personas dependientes de campo. Este hecho es especialmente relevante al tipo de comportamiento que manifiestan los individuos con cardiopatía isquémica. Se supone que los individuos con cardiopatía isquémica con características de la Personalidad Tipo A u otras parecidas a estas, diferencian entre sus propios propósitos y los del grupo, dada su hipotetizada independencia de campo, más que las personas con otros tipos de cardiopatías, dotadas con otras características de la personalidad. Los marcadores de las personas con cardiopatía isquémica han sido mencionados anteriormente. Su naturaleza dinámica y su orientación hacia la acción, así como su énfasis en la autonomía, autoconfianza

za y la tendencia a ser emprendedor habla a favor de la probabilidad de una asociación entre estos rasgos y la independencia de campo cuyas implicaciones se extienden a las relaciones sociales. Por otro lado, la parte de la definición de la Personalidad Tipo A que se refiere a cumplir metas pobremente definidas del ambiente, podría indicar que las personas afectadas por esta personalidad o por características semejantes, son totalmente dominadas por la situación circundante social o por otro aspecto de campo, de modo tal que no pueden definir sus metas y acciones necesarias para cumplirlas con suficiente claridad. Esta hipótesis daría mucho peso a la etiología socioambiental de la cardiopatía isquémica, frecuentemente postulada. Así mismo, explicaría un comportamiento dependiente de campo, del cardiópata isquémico en la esfera social y una preferencia para situaciones sociales que le ofrecen estructura, en las que no es capaz de imponer una estructura por sí mismo.

Linton (1952, 1955) fue el primero en dedicarse a la investigación que trata del uso de los referentes sociales por personas independientes y dependientes de campo. Halló que el grado de independencia de campo estaba significativamente involucrado con un efecto de confederado relacionado a los juicios de movimiento en una situación autokinética. Muchos autores han extendido el trabajo de Linton a una variedad de situaciones similares que involucran juicios anunciados por paniguados. Los resultados de la mayoría de sus estudios han confirmado la conclusión de Linton, esta es, que los sujetos dependientes de campo son particularmente

aptos a hacer uso de las opiniones de otras personas con quienes están involucrados en una interacción grupal (Antler, 1964; Balan ce, 1967; Birmingham, 1974; Boschi y Loprieno 1968a, 1968b; Busch y DeRidder, 1973; Paeth, 1973; Rosner, 1956, 1957; Wachman, 1964; Weinberg, 1970; Crutchfield, 1957; Shaffer, 1979).

El propósito de otros estudios acerca de la influencia social ha sido examinar el grado de aceptación de afirmaciones autorita-rias en función del estilo cognoscitivo. Nuevamente Linton (1952, 1955) halló que una comunicación escrita tenía un mayor efecto en los cambios de actitud entre las personas dependientes de campo que entre las personas independientes de campo. Los resultados de estudios subsiguientes acerca de los cambios de actitud, han confir-mado este hallazgo en ocasiones, pero en general no han estableci-do que las personas independientes de campo sean menos influidas por discusiones que tienen con una persona de autoridad (Brilhart, 1966; Colker, 1972; Doktor y Hamilton, 1973; Fleshler, Ilardo y De-moretcky, 1974; Gary, 1967; Glass, Lavin, Henchy, Gordon, May-hew y Donahoe, 1969; Goebel, 1966; Hundleby y Cattell, 1968; Kan-gas, 1970; Kumpf y Götz-Marchand, 1973; Laird y Buglas, 1975; McCarrey, 1969; McCarrey, Dayhaw y Chagnon, 1971; Messick y Frit-ky, 1963; Simon y Wilde, 1971; Soat, 1974; Williams, 1969). En forma semejante, el anunciar promedios grupales falsos, no afecta en forma consistente, más a sujetos dependientes de campo que a sujetos independientes de campo (Berry, 1967; Dawson, Young y Choi, 1974; Deever, 1967; Jackson, 1955; Rubin, 1969; Berry, 1972; Berry

1973). Las calificaciones en las escalas de conformidad y sumisión, tampoco muestran una relación clara con la dependencia de campo (Balance, 1967; Biere, 1960; Cowan, 1964; Goldstein, Neuringer, Reiff y Shelly, 1968; Lewis, 1968; Messick y Fritsky, 1963). Parece ser que solamente bajo condiciones en que los sujetos interaccionan con un miembro real o falso de un grupo, existe una relación consistente entre la dependencia de campo y el uso de referencias externas.

Haciendo énfasis en otro enfoque del estudio de la influencia social en relación al estilo cognoscitivo, se detectaron los cambios de opinión entre los miembros de un grupo a quienes se les pidió que llegaron a un consenso acerca de asuntos en que inicialmente habían estado en desacuerdo. En uno de estos estudios, se examinaron las decisiones grupales acerca del empleo de solicitantes para locutores del radio (Shulman, 1975). Comités simulados de selección tenían que lograr una decisión unánime para aceptar o rechazar cada uno de los solicitantes en base a una audición grabada y una descripción breve del solicitante. Los grupos se componían por uno o dos solicitantes y un conjunto de un mayor número de paniaguados que sujetos. Uno de los solicitantes estaba bien calificado para el trabajo y en la audición, obtuvo una respuesta favorable de casi todos los sujetos. Sin embargo, tenía una deformidad facial y los paniaguados dieron unos argumentos prearreglados para rechazar al solicitante en base a eso. Entonces, ahora los sujetos estaban en una posición de minoría y tenían

que resolver su conflicto con una mayoría vocal. Los sujetos en los grupos que no podían llegar a una opinión de consenso acerca de esta solicitante, tendían a la independencia de campo. No querían ser parte de la mayoría.

No hubo una relación significativa entre la inconformidad y la independencia de campo que sobresalía en los resultados de otro estudio subsidiario. Este incluía pocos grupos compuestos por un mayor número de sujetos. Sin embargo, la falta de relación podría deberse a la presencia de sujetos independientes de campo en el grupo que pudieron haber previsto a los paniaguados de unos puntos para la oposición, diluyendo así, el efecto de los paniaguados en los sujetos dependientes de campo.

En otro estudio del mismo tipo, se les pidieron a sujetos agrupados en dos, uno independiente y otro dependiente de campo, que cooperaran en la toma de la prueba de varilla y marco (Solar, Davenport y Bruehl, 1969). En cada grupo examinado, el consenso era más cercano al juicio inicial del miembro independiente que del miembro dependiente de campo, lo que sugiere que los sujetos dependientes de campo son más influenciables por las opiniones de sus compañeros que los sujetos independientes de campo.

Como se podrá concluir, los resultados de varios estudios acerca de grupos sociales interactuando han mostrado que bajo condiciones en que la información accesible no está clara o es inadecuada, las personas que dependen de un campo visual externo en la percepción de la proyección vertical, hacen un mayor uso de la in

formación de otros para llegar a sus propios puntos de vista o para estructurar una situación ambigua, que las personas que dependen de su cuerpo (Antler, 1964; Balance, 1967; Birmingham, 1974; Busch y DeRidder, 1973; Linton, 1955; Nordquist, 1958; Shaffer, 1970; Shulman, 1975; Solar, Davenport y Bruehl, 1969; Wachman, 1964; Weinberg, 1970).

Por otro lado, la menor respuesta de las personas independientes de campo a referentes sociales externos bajo condiciones de ambigüedad, refleja una mayor tendencia a dar su propia estructura a situaciones que carecen de ella.

Sin embargo, los resultados de estudios en que se han utilizado tareas no ambiguas han estipulado que existe poca relación entre las calificaciones RFT y la respuesta a referentes sociales externos (Krippner y Brown, 1973; Morgan, 1972; Roberts, 1964). Es decir, cuando la situación está bien estructurada o cuando hay una razón para creer que el otro no es una fuente útil de información para resolver la ambigüedad, las personas independientes y dependientes de campo no son diferentes en su respuesta a los referentes externos (Witkin y Goodenough, 1977).

Una fuente de evidencia para esta conclusión viene de la investigación acerca de los efectos de los diferentes tipos de reforzamiento, en las personas independientes y dependientes de campo. Goodenough, 1976 sugiere que las personas dependientes de campo ejecutan al mismo nivel que las personas independientes de campo para lograr premios extrínsecos, independientemente de si

los premios tienen la forma de bienes materiales o de aprobación social.

Debe tomarse en cuenta que las personas independientes de campo ejecutan mejor que las personas dependientes de campo bajo condiciones de motivación intrínseca, como debe de esperarse, según la teoría de diferenciación (Witkin y Goodenough, 1977).

Existe una evidencia que proviene de una variedad de otras fuentes que es consistente con el punto de vista que la dimensión de la dependencia de campo, no está relacionada con los efectos de la influencia social bajo condiciones no ambiguas. Por ejemplo, los estudios que tratan el comportamiento de ser voluntario indican que las personas independientes de campo contestan las solicitudes de ayuda con la misma frecuencia que las personas dependientes de campo (Soat, 1974; Webb, 1972). Se ha hallado muy poca relación entre la dependencia de campo y la tendencia a cooperar (Swan, 1973; Tobias, Van Broek, 1972). Tampoco parece haber una relación significativa entre la dependencia de campo y la posibilidad de ser hipnotizado (Field, 1973; Miller, 1973; Morgan, 1972; Palmer y Field, 1971), o la respuesta ante placebos (Brandsma, 1971; Halm, 1967). Entonces, en situaciones que uno no requiere información de otros para hacer juicios o para una autodefinición, las personas independientes de campo son tan influenciadas por otras como las personas dependientes de campo.

Además de ser limitado a las situaciones ambiguas, el comportamiento de buscar información por parte de las personas depen

dientes de campo ocurre solamente cuando las personas accesibles son vistas como una fuente probable de información para resolver la ambigüedad. Esto es sugerido por los resultados de un estudio en que se manipuló experimentalmente la confianza del sujeto en su propio juicio, relativo al juicio de otra persona (Mausner y Graham, 1970). Se dió la tarea de juzgar la frecuencia de una llama vacilante de una luz centellante a los sujetos agrupados en dos. En una serie inicial de ensayos, cada sujeto sirvió como asistente del experimentador. Registraba el juicio del sujeto compañero. Se le decía a un sujeto de cada par que tenía razón en la mayoría de los ensayos, y se le decía al sujeto compañero que estaba equivocado. En otras palabras, uno de los sujetos creía que era más correcto que su compañero, y el otro creía que era menos correcto. Se examinó el efecto de estas condiciones contrastantes en una segunda serie de ensayos en que los sujetos creían que estaban en comunicación el uno con el otro. Cada sujeto ostensiblemente recibió como ayuda, el juicio de su compañero acerca de la frecuencia de la llama vacilante, pero recibió una información falsa acerca del juicio de su compañero antes de expresar el suyo. Después, se examinó la influencia del juicio de su compañero en la dependencia de campo. En lo que respecta a los sujetos independientes de campo, había relativamente poca diferencia en cuanto a juicio, entre aquellos que creían que eran más correctos que sus compañeros en la serie inicial y aquellos que creían que eran menos correctos. En contraste, había una clara diferencia entre los sujetos dependientes de campo. Los suje-

tos dependientes de campo a quienes se les decía que estaban equivocados y que sus compañeros eran correctos, mostraron cambios más grandes hacia el juicio de su compañero que los sujetos independientes de campo dados la misma información. Sin embargo, los sujetos dependientes de campo a quienes se les decía que tenían razón y que sus compañeros estaban equivocados en la serie inicial, mostraban un cambio menor hacia el juicio de su compañero, que los sujetos independientes de campo, dados la misma información. Está claro que los sujetos dependientes de campo tomaron la evidencia acerca de sí mismos en cuenta, en un modo razonable. Su ejecución sugiere que son propensos a depender de otros cuando los demás tienen algo para ofrecerles en relación a la tarea en cuestión. De hecho, los sujetos dependientes de campo se dejaban influenciar menos por los demás, que los sujetos independientes de campo cuando la evidencia sugirió que la opinión de otros no iba a añadir a su propia efectividad. En contraste, los sujetos independientes de campo eran tan individualistas que mantenían sus estrategias. Virtualmente, no estaban afectadas por la evidencia acerca de la competencia relativa de sus compañeros. No hay que dejar de considerar que dada tal separación en un contexto social, las personas independientes de campo pueden ser impermeables ante la información de otros que pudiera serles de ayuda.

En lo que respecta a los efectos de la ambigüedad, dependien
do del grado en que la ambigüedad juega un rol moderador importan
te en la relación entre la dependencia de campo y la influencia

social, se esperaría que las variaciones en el grado de estructura social tendrán un efecto mayor en las personas dependientes de campo que en las personas independientes de campo. Se examinó la ambigüedad en la definición de roles en un estudio acerca de las consecuencias de diferentes instrucciones a sujetos entrando en un experimento que trataba la deprivación sensorial (Culver, Cohen, Silverman y Shmavonian, 1964). A algunos sujetos, se les dió instrucciones relativamente específicas acerca de lo que podían esperar durante la deprivación, pero para otros sujetos, las instrucciones eran ambigüas y el experimentador les dió poca retroalimentación. Las frecuencias cardíacas eran más altas en sujetos dependientes de campo, en la condición de instrucciones ambigüas que en la condición de estar informado. Se observó la tendencia opuesta entre sujetos independientes de campo. Estos resultados eran poco significativos, pero no obstante, sugieren que personas dependientes de campo están menos relajadas cuando no saben lo que se espera de ellos.

Desde el estudio de Culver, et al., los efectos de la ambigüedad de rol han sido examinados en una variedad de otras situaciones. En una de ellas se incluye el condicionamiento verbal en la conversación. En un estudio de Cates, 1971 se les pidió a los sujetos que hablaron acerca de un tema que les interesaba bajo una condición en que el entrevistador guardaba silencio o bajo otra en que daba una retroalimentación apropiada (por ej. "umm hmm" o "sí").

El rendimiento, en palabras, de los sujetos dependientes de campo, era menor cuando enfrentaron un entrevistador silencioso que cuando enfrentaron un entrevistador activo. En contraste, los sujetos independientes de campo se afectaban poco por el comportamiento del entrevistador. Además, las medidas de actitud que fueron aplicadas después de la entrevista rindieron resultados que sugerían que los sujetos dependientes de campo estaban particularmente afectados por la falta de dirección del entrevistador. Por ejemplo, los sujetos dependientes de campo, con más frecuencia estaban de acuerdo con las afirmaciones, "Pienso que pudiera haber ejecutado un poco mejor durante la entrevista si el entrevistador me hubiera dicho, en ciertos momentos como iba", y "Hubiera sido más fácil rendir durante la entrevista si el entrevistador me hubiera hecho preguntas, en vez de hacerme pensar en cosas de que hablar". En contraste, los sujetos independientes de campo, con más frecuencia, estaban de acuerdo con las afirmaciones, "No pienso que tuviera mucha importancia el hecho de que el entrevistador no me dijera como iba durante la entrevista", "No me importaba que tenía que pensar en cosas de que hablar, durante la entrevista", "No llegaron ideas con mucha facilidad sin que el entrevistador hacía preguntas específicas".

El período de asociación ante un monólogo de cinco minutos, parte del método empleado por Gottschalk y Gieser, 1969 para obtener producciones verbales con el fin de detectar afecto, es similar a la condición del entrevistador silencioso usado por Gates

(1971). Parece que el mismo fenómeno es operativo bajo ambas condiciones. De Groot (1968) halló que la productividad verbal ante monólogos de cinco minutos era marginalmente más baja entre sujetos dependientes de campo que entre sujetos independientes de campo, sometidos a una condición en que el entrevistador mostraba frialdad y no participaba. De modo semejante, Steingart, Freedman, Grand y Buchwald (1975) hallaron que los sujetos dependientes de campo hablaron significativamente menos que los sujetos independientes de campo durante el monólogo habitual Gottschalk-Gleser de una duración de cinco minutos. En otro estudio cuya meta era el examinar el comportamiento cinético, los sujetos dependientes de campo mostraron más movimientos continuos mano-a-mano durante los monólogos Gottschalk-Gleser, que los sujetos independientes de campo. Esto no sucedió cuando estaban expuestos a la condición de diálogo (Freedman, O'Hanlon, Oltman y Witkin, 1972). Esta categoría de movimiento incluyó el agitar las manos, lo cual sugiere, una vez más, que los sujetos dependientes de campo son más afectados por la ausencia de retroalimentación del entrevistador.

Otros aspectos importantes de la dependencia de campo además de la búsqueda de información como la liga emocional que se establece con otros, una respuesta a los premios sociales extrínsecos, una actitud cooperativa y la búsqueda de reconocimientos, como ya se ha inferido, tienen poca relación con la dependencia de campo en la percepción de la proyección vertical (Dolson, 1973; Eberhard y Nilsson, 1967; Gillies y Bauer, 1971; Gordon, 1954; Kagan, Zahn

y Gealy, 1977; López, 1976; McCarrey, 1969; Morelan y Ortiz, 1975; Paclisana, 1970; Throckmorton, 1974; Webb, 1972; Weissman, 1971).

El contraste entre los comportamientos social-interpersonales y aquellos que no lo son, es consistente con la distinción que Beller (1962) hace entre "la lucha autónoma para el logro" y la "dependencia". Los comportamientos específicos observables que Beller toma como indicativos de una lucha hacia el logro autónomo son: el tratar de iniciar actividades, de superar obstáculos, de terminar actividades y de obtener una satisfacción laboral. Los comportamientos que toma como indicativos de la dependencia son la frecuencia y persistencia en lo que respecta a la búsqueda de ayuda, la atención, la búsqueda de reconocimiento y el contacto físico y cercano con los adultos. El contraste sugerido por estos dos conjuntos de comportamientos es entre las actividades en las que uno se involucra por sí solo y los que reflejan la búsqueda de un sostén emocional y atención de los demás. De lo que hemos visto, está claro que aunque la dimensión independencia-dependencia de campo está relacionado con la lucha autónoma de logro (con niños y adultos independientes de campo mostrando más lucha), tiene poca relación con la dependencia emocional.

Beller (1962) estudió a niños y a niñas en el pre-kinder. Valoró su comportamiento en la escuela para la lucha autónoma de logro y para la dependencia. Considerando el grupo como un todo, las calificaciones de dependencia no estaban significativamente relacionadas con la independencia-dependencia de campo. Por otro

lado, las calificaciones obtenidas en una dimensión que mide la lucha autónoma para el logro, eran significativamente más altas entre los niños independientes de campo que entre los niños dependientes de campo. Los resultados de otros estudios similares han confirmado las observaciones de Beller (Coates, 1972; Coates, Lord y Jakabovics, 1975; Crandall y Sinkeldam, 1964; Jakabovics, 1974; Nadeau, 1968; Padersen y Wender, 1968; Schleifer y Douglas, 1973; Wender, Pedersen y Waldrop, 1967).

Los hallazgos de una mayoría de estudios realizados con niños y adultos son consistentes con los de Beller, esto es con la noción de que la dependencia de campo no está relacionada con la dependencia emocional (Beckerle, 1966; Dolson, 1973; Eberhard y Nilson, 1967; Fisk, 1970; Gordon, 1954; Weissman, 1971). La ausencia de una relación entre la dependencia de campo y el comportamiento de buscar aprobación que se refleja en la tendencia a dar respuestas socialmente deseables ante los cuestionarios, es también consistente con la observación apenas mencionada (Cowan, 1964; Farley, 1974; Goldstein et al. 1968; Lawrence, 1968; McCarrrey et al. 1971; Throckmorton, 1974). Los resultados de los estudios experimentales citados anteriormente (Goodenough, 1976) que no mostraron una diferencia entre los sujetos independientes y dependientes de campo en lo que se refiere al efecto de premios extrínsecos en el aprendizaje, también sugieren que las personas dependientes de campo no buscan la aprobación en un grado mayor que las personas independientes de campo. Los suje-

tos tanto independientes como dependientes de campo son igualmente sensibles ante la evidencia de dependencia emocional en los de más (Lawrence, 1968), lo cual sirve como otro indicador más de que ambos no difieren en la dependencia emocional. Lawrence no halló relación entre el estilo cognitivo y la velocidad de reconocimiento de escenas de dependencia presentadas taquístoscópicamente.

Se ha observado un patrón de resultados semejantes a los que provienen de exámenes de la percepción de la proyección vertical al utilizar la EFT (Adler, Gervasi y Holzer, 1973; Beckerle, 1966; Brandsma, 1971; Cooperman, 1976; Crutchfield, 1957; DeWitt y Averill, 1976; Doebler, 1977; Farley, 1974; Hoffman, 1975; Irwin, Klein, Engle, Yarbrough y Nerlove, 1977; Klebanoff, 1975; Paeth, 1973; Palmer y Field, 1971; Raab, 1973; Rehde, 1977; Rosner, 1956; Soat, 1974; Swan, 1975). Las personas que mejor desentajan son menos propensas a recurrir a fuentes externas de información cuando están ante tareas sociales ambiguas.

Como se mencionó apenas, existe evidencia que las personas independientes de campo en la percepción de la proyección vertical también funcionan en forma más autónoma en sus relaciones interpersonales. Algunos caracterizan a estas personas de la siguiente manera: Son autónomas; Muestran iniciativa; Toman responsabilidad; Son autosuficientes; Son capaces de pensar por sí mismos (Biggs, Fitzgerald y Atkinson, 1971; Carrigan, 1967; Clar, 1971; Crutchfield, Woodworth y Albrecht, 1958; Gluck, 1973; Joshi,

1968; Tobias, 1968; Crutchfield y Starkweather, 1953). Estos resultados han sido confirmados también al emplear la EFT (Witkin y Goodenough, 1977).

Más información acerca de la autonomía es obtenida mediante una revisión de los estudios hechos acerca del grado en que los pacientes en psicoterapia dan evidencia de desear o necesitar que el terapeuta les ofrezca estructura. Una mayor evidencia significa un funcionamiento autónomo menor.

En un estudio de Koff (1972), se examinó las expectativas de los pacientes antes de la iniciación de la terapia mediante el Berrins Psychotherapy Expectancy Inventory y el Williams Expectancy Inventory. Los pacientes que ejecutaron más pobremente en la tarea EFT, respondieron con más frecuencia en afirmativo, ante unos ítems del instrumento de Berrins que reflejaban la esperanza que el terapeuta les iba a dar consejos y a guiarlos. También, respondieron en una forma más positiva ante unos ítems del instrumento de Williams que involucraban la expectativa de interactuar con una actitud de búsqueda de estructura o de anticipación de crítica (rol del paciente) con un experto conocedor, analítico, ló- gico o evaluativo (rol del terapeuta) (pág. 28).

Estas mismas diferencias en la necesidad para estructura expresadas por sujetos dependientes e independientes de campo antes de la terapia, han sido también observadas durante la terapia. En un estudio de Russakoff, Fontana, Dowds y Harris, 1976, los pacientes llenaron un cuestionario acerca de sus sentimientos y la

facilidad de comunicación entre ellos y sus terapeutas, después de la primera sesión terapéutica. Los pacientes que se mostraron más dependientes de campo en su ejecución de la RFT calificaron también más altos en una escala derivada de las respuestas dadas ante un cuestionario, que reflejaba el grado de insatisfacción con una falta de estructura durante la sesión. Las reacciones de los pacientes eran consistentes con las de sus terapeutas. Con respecto a sus pacientes dependientes de campo, en relación a los pacientes independientes de campo, los terapeutas endosaron, "El paciente quiso que yo le dijera de que iba a hablar". Los resultados del estudio de Dowds, Fontana, Russakoff y Harris (1977) confirmaron estos resultados. Utilizaron la respuesta de los terapeutas ante el mismo ítem para la comparación entre estos y pacientes que realizaron la RFT.

Los resultados de un estudio de Greene (1979) ponen de manifiesto resultados similares. Mostró que los participantes en una conferencia de dinámica de grupos (cuyo patrón se tomó del modelo del Tavistock Institute of Human Relations) que ejecutaron pobremente en la EFT, reaccionaron en forma más negativa a un contexto grupal grande y menos estructurado y más positivamente a un grupo pequeño, en comparación con los participantes que ejecutaron bien en la EFT. Sin embargo, los resultados de un estudio de Rappaport, 1975 que incluyó grupos con un potencial humano de alta y baja estructura, no comprobaron la relación esperada entre las reacciones de los participantes ante el grado de estructura y la ejecución EFT. En otro estudio de Austrian, 1976, se empleó una

situación análoga de terapia en la cual la entrevista consistía en un componente estructurado y en un componente ambiguo de asociación libre. Los estudiantes universitarios, relativamente dependientes de campo conforme su ejecución en la RFT y con una pobre ejecución en la EFT, decían que se sentían menos confortables en una situación no estructurada, en respuesta a escalas de autoreporte. Hubo también una mayor diferencia en afecto entre los independientes y los dependientes de campo ante las condiciones estructuradas y ambiguas. Los jueces valoraron a los sujetos dependientes de campo como menos productivos en la condición ambigua lo cual implica que en esta condición, los sentimientos y la efectividad de la ejecución estaban afectados en forma adversa. Esta observación es consistente con los resultados de varios estudios ya mencionados (de Groot, 1968; Freedman, O'Hanlon, Oltman y Witkin, 1972; Steingart, Freedman, Grand y Buchwald, 1975), en los cuales el método de asociación de Gottschalk y Gleser (1969) ante un monólogo de cinco minutos que requiere que el sujeto habla mientras el experimentador escucha, fue empleado.

Parece ser que estas diferencias entre pacientes en la necesidad de estructura en la terapia son fácilmente leídas por los terapeutas, al inicio de sus encuentros con ellos. Un análisis, descrito en el artículo de Witkin, Moore, Goodenough y Cox (1977), de las copias de terapia que se dió en el estudio de Witkin, Lewis y Weil (1968) pone en evidencia lo anteriormente postulado. En aquel estudio, los terapeutas postularon preguntas a los pacien-

tes independientes de campo en su ejecución en la RFT, BFT y EFT en una forma significativamente más abierta que a los pacientes dependientes de campo en su ejecución. A los pacientes dependientes de campo, postularon preguntas más específicas que ameritaban respuestas de sí o no. El terapeuta deja que el paciente estructure su contestación ante el primer tipo de pregunta. Ante el segundo tipo de pregunta, el terapeuta ayuda al paciente a integrar la información que busca.

Existe aún una mayor evidencia que los terapeutas reconocen la necesidad de los pacientes, de ayuda en la estructuración o su habilidad para funcionar en forma autónoma. Esta es generada por los resultados de los estudios acerca de las modalidades de tratamiento recomendado para diferentes tipos de pacientes. Los estudios de Greene (1972) y de Karp, Kissin y Hustmeyer (1970) mostraron que los terapeutas favorecieron formas de terapia de apoyo para los pacientes que ejecutaron menos bien en la EFT, y formas modificadas de ésta para pacientes que ejecutaron relativamente bien.

La evidencia que ha sido aquí elaborada muestra que las personas que funcionan en forma más autónoma del campo visual externo en la percepción de la proyección vertical, funcionan en forma más autónoma de otros en las relaciones interpersonales. La relación entre la autonomía interpersonal y la ejecución en las tareas de reestructuración (la EFT), es también apoyada.

Competencias Interpersonales

Otro tipo de evidencia que viene de la investigación llevada a cabo acerca del comportamiento social, ha mostrado que las personas dependientes de campo en la percepción de la proyección vertical y limitadas en su habilidad de desencaje, tienen una orientación interpersonal, mientras que las personas independientes de campo y competentes en las tareas de desencaje, tienen una orientación impersonal.

Dependiendo del grado en que las personas dependientes de campo tienden a buscar información de fuentes externas como una ayuda para estructurar sus experiencias, gravitan hacia situaciones en que tal información es accesible. De igual manera a como se da el caso en relación con la atención selectiva a los aspectos sociales del ambiente, el favorecer situaciones interpersonales sobre las impersonales, es de ayuda en lo que se refiere a la obtención de información de los demás. Las personas que tienden hacia situaciones interpersonales ponen una atención selectiva a los apuntes sociales.

Los resultados de una serie de estudios hechos acerca del comportamiento de mirar durante la interacción social, ofrecen evidencia de la atención diferencial entre sujetos, a los apuntes sociales. En todos estos estudios, el enfoque era el grado en que los sujetos dirigían su atención a la cara, y más específicamente, de la persona con quien están interactuando. Obviamente, la cara

provee los apuntes principales para lo que otra persona piensa y siente. Al grado en que las personas dependientes de campo usan los demás como guías para estructurar su experiencia, los miran particularmente las caras. Esto es parte de su estrategia para buscar información. Johnson (1973) trabajando con adultos, confirmó que cuando una fuente externa de información es accesible durante la resolución de problemas, los sujetos dependientes de campo son más propensos que los sujetos independientes de campo, a mirar a la persona que es su fuente. Cuando la búsqueda de información no es el fin, sino la aprobación social por el logro exitoso, por ejemplo, las personas dependientes e independientes de campo responden con una reducción en su conducta de mirar, ante estímulos aversivos (Badaracco, 1973; Greene, 1973), aunque lo que es aversivo sea diferente para cada quien.

Se ha examinado el comportamiento de mirar en diferentes con textos interaccionales. Nevill (1974) halló que durante una entrevista acerca de sus experiencias en el curso inmediato anterior de la resolución de problemas, los sujetos dependientes de campo miraron al entrevistador durante más tiempo que los sujetos independientes de campo, cuando hablaron y cuando escucharon. Sin embargo, Kendon y Cook (1969) no hallaron comprobación de tal relación para una situación de interacción en que se les pidió a los dos participantes que se trataran de conocer. Para la medida de mirar (el porcentaje de tiempo en que miran mientras hablan), pero no para otras, la relación se dió en una dirección contraria. En un estudio hecho acerca de la interacción social en díadas apare

das o no apareadas en estilo cognoscitivo. Mones (1974) halló que había más contacto de ojos entre compañeros en diadas apareadas, aunque no hallaron una diferencia total en la cantidad de contacto de ojos entre sujetos dependientes e independientes de campo.

Los resultados de otros dos estudios hechos acerca de las reacciones diadas proveen una evidencia particularmente interesante aunque indirecta de la fuerte influencia que las caras de otros tienen en la atención de las personas dependientes de campo (Meskin y Singer, 1974; Rodin y Singer, 1974). En contraste con el libre juego en la conducta de mirar permitido en los estudios considerados hasta ahora, se les introdujo a los sujetos en estos dos estudios la condición que miraron al experimentador mientras llevaban a cabo una variedad de operaciones mentales. En ambos estudios, los sujetos dependientes de campo rompían el contacto con el experimentador por medio de los ojos, más que los sujetos independientes de campo, cuando ejecutaron en tareas que exigían un procesamiento cognoscitivo considerable o imágenes emocionalmente cargadas. No había diferencias entre los sujetos independientes y dependientes de campo en el contacto de ojos con el experimentador en tareas que requerían un procesamiento mínimo. Los investigadores sugerían que el romper el contacto de los ojos con otro puede indicar un esfuerzo para facilitar un procesamiento interno. Si es así y si las personas dependientes de campo se ocupan más con el procesamiento de información mediante las caras de otros, es particularmente importante que se liberen de esta situación para conducir otras actividades cognoscitivas.

En varios otros estudios se considera un indicador más indirecto que la conducta de mirar en función de la atención a las caras de otros, esto es el grado de memoria para las caras previamente encontradas. Los resultados del más temprano estudio de este tipo (Crutchfield et al. 1955) demostraron que las personas dependientes de campo ejecutaron significativamente mejor que las personas independientes de campo en la identificación de fotografías de personas con quienes habían pasado un fin de semana que en la identificación de otras fotografías de extraños. Un hallazgo relacionado y quizá semejante en significado al hallazgo del recuerdo de caras es que las personas dependientes de campo se han mostrado superiores en el reconocimiento de nombres en una lista de sujetos, tomados de la universidad que habían atendido (Oltman et al. 1975). Se ha demostrado que estos resultados son una consecuencia de una mayor atención a la gente en vez de una habilidad superior para el aprendizaje. Las personas dependientes de campo fracasan repetidamente en comparación con los sujetos independientes de campo, en el recuerdo de caras o de nombres en estudios experimentales en que se le dirige a un sujeto que aprenda las caras o los nombres (Adeock y Webberley, 1971; Alexander, 1970; Baker, 1967; Mulgrave, 1965). También existe alguna evidencia de un recuerdo mayor por parte de sujetos dependientes de campo bajo condiciones de una interacción social actual con aquellos cuyas caras y nombres se les pide recordar. Lo anterior es sugerido por los resultados más variables de los estudios en que el encuentro anterior era con representaciones substitutas de personas como fo-

tografías (Baker, 1967; Beijck-Docter y Elshout, 1969; Messick y Damarin, 1964).

Los estudios que examinan el nivel de ejecución en una situación de aprendizaje en la que los apuntes sociales de otra persona eran presentes, proveen mayor evidencia del hecho de que las personas dependientes de campo prestan más atención a la información social. En uno de estos estudios (Ruble y Nakamura, 1972), se introdujo un apunte social (el experimentador miraba repetidamente a la tarjeta y se inclinaba ligeramente hacia la que contenía la figura correcta), mientras que el niño resolvía una tarea de obtención de concepto. Los niños dependientes de campo tendían a ejecutar mejor bajo esta condición que bajo otra en que un apunte social era ausente y la solución de la tarea dependía de la identificación de un apunte dimensional correcto en la amplia gama de estímulos. Se comprobó una relación a la inversa para los niños independientes de campo. Se puede inferir que la mejor ejecución de los niños dependientes de campo bajo la condición de apunte social, se debe al hecho de que estos le prestaron más atención. Shepard, 1974 ha ofrecido evidencia similar acerca del fenómeno que los apuntes sociales del experimentador tienen un mayor impacto en el aprendizaje de los sujetos dependientes de campo que en los sujetos independientes de campo.

También se ha examinado la atención que sujetos independientes y dependientes de campo dan a la información social en función de estímulos verbales. Los estudios llevados a cabo en esta área

emplearon algún variante de la paradigma del aprendizaje incidental. El material incidental consistía en una serie de palabras, algunas neutrales y otras sociales. En varios de estos estudios, los sujetos dependientes de campo mostraron un recuerdo superior de las palabras sociales, pero no había diferencia entre las personas independientes de campo y dependientes de campo en el recuerdo de palabras neutrales (Eagle, Goldberger y Breitman, 1969; Fitzgibbons y Goldberger, 1971; Fitzgibbons, Goldberger y Eagle, 1965). En un estudio algo diferente pero con un resultado similar en significado, Goldberger y Bendich, 1972 hallaron que los sujetos dependientes de campo incorporaron significativamente más palabras sociales en sus asociaciones libres ante una lista de palabras incidentales, previamente escuchadas, que contenía palabras sociales y neutrales.

Los resultados de otros estudios no han podido confirmar el hecho de que sujetos dependientes de campo recordaron mejor las palabras sociales presentadas en forma incidental (Eagle, Fitzgibbons y Goldberger, 1968; Fitts, 1970). Es posible que una diferencia en procedimiento entre estos dos últimos estudios y aquellos en que una relación fue comprobada pudiera explicar la diferencia en los resultados obtenidos. En los dos últimos estudios, se le dijo al sujeto que el propósito del experimento era ver que tan bien podía aguantar el efecto de distracción mientras escuchaba una lista de palabras de una grabadora y ejecutaba una tarea asignada. La orientación cognoscitiva que se creó para bloquear la accesibilidad al material incidental contrasta con la selección libre que en todos

los otros estudios, permitió al sujeto atender al material incidental o a cualquier parte de ello. La selección libre puede ser una condición importante y quizá necesaria para la atención selectiva al material social. El hecho de que las personas dependientes de campo no recordaron mejor palabras neutrales y no eran superiores en la ejecución de tareas de aprendizaje verbal intencional, comprueba que su superioridad en el recuerdo de palabras con connotaciones sociales es una función de su mayor atención al material social y no de su superior habilidad para aprender el material. Goodenough, 1976 avala lo anterior en su revisión de estudios que tratan la relación entre la memoria y la independencia-dependencia de campo.

Birnbaum (1975) empleó también un paradigma de aprendizaje incidental. Pidió a sus sujetos que recordaran cualquier cosa que habían oído, visto, sentido o de que se habían dado cuenta durante una sesión experimental inmediatamente anterior. Halló una interacción estilo cognoscitivo-tipo de material, significativa. Los sujetos dependientes de campo recordaron los aspectos más sociales (definidos en función a la atención prestada a otra persona en la situación experimental), y los sujetos independientes de campo recordaron aspectos más relacionados a la tarea (definidos en función de la atención a los elementos de la tarea experimental). Trego (1971) llevó a cabo un estudio similar, pero no halló tal relación. Sin embargo, había una diferencia entre los dos estudios en el método de examinar el recuerdo, análoga a la diferencia en los métodos usados en los estudios del aprendizaje incidental, ya conside-

rados. Estas podían ser pertinentes a la diferencia en resultados. Mientras que Brinbaum permitió un libre recuerdo, Trego empleó una prueba de reconocimiento de selección múltiple. El limitar las opciones del sujeto a las que el experimentador había seleccionado, podría haber resultado en una menor sensibilidad por parte de los individuos, a la importancia de la información social.

Otros estudios enfocados en otros aspectos experimentales proveen más evidencia acerca de las diferencias en sensibilidad entre los sujetos independientes y dependientes de campo, a la información social. Brillhart (1970) examinó las diferencias entre las personas dependientes e independientes de campo, en su atención a las características de la entrega de un recado. Construyó un mensaje "bueno" y "malo". Un orador "bueno" y "pobre" entregó un mensaje bueno o malo. Los sujetos incluyeron las características del mensaje en una lista de rasgos que sentían debían de ser cambiados o permanecer iguales. Clasificaron a estas como orientadas hacia el orador o al mensaje. Se confirmó la expectativa que los sujetos dependientes de campo apuntarán una proporción de rasgos orador-mensajes más altas en la condición de buen orador/pobre mensaje. Esta expectativa fue parcialmente confirmada también en la condición buen orador/buen mensaje. El mayor énfasis que los sujetos más dependientes de campo dieron a las características del orador sobre las del mensaje, se reflejó además en el hallazgo que estos sujetos valoraron el mensaje pobre entregado por el orador bueno como significativamente mejor que el mensaje bueno entregado por el orador

pobre. McFall y Schenkein (1970) emplearon una tarea de valoración de fotografías. La mitad de los sujetos en el estudio juzgaron una serie de fotografías de acuerdo al éxito o fracaso aparente de las personas que aparecieron en ellas, después de haber escuchado instrucciones positivas, y la otra mitad, después de haber escuchado instrucciones negativas. En realidad, las instrucciones eran idénticas en contenido. Difieren solamente en elementos sutiles de entrega o de estilo. Las valoraciones de las fotografías, hechas por sujetos dependientes de campo eran significativamente diferentes bajo las dos condiciones de instrucciones. Las de los sujetos independientes de campo no lo eran.

La evidencia recabada mediante una variedad de enfoques experimentales, es consistente en que demuestra que las personas dependientes de campo son selectivamente atentas a diversos tipos de información social, comparadas con personas independientes de campo, quienes permanecen relativamente insensibles ante ella. Las personas dependientes de campo favorecen situaciones que les ponen en contacto con otros, más que las situaciones solitarias. Además, desarrollan relaciones en que los demás asumen la responsabilidad para sus palabras y acciones (Greene, 1976). Sin este apoyo externo, se sienten vulnerables y ansiosos (ibid). Buscan una cercanía física con las personas en sus interacciones sociales. Son más abiertos en sus sentimientos (Witkin y Goodenough, 1977).

Los resultados de varios estudios han revelado que los

sujetos dependientes de campo son más dependientes en un contexto social, más influidos por la opinión de una autoridad y menos autosuficientes que los individuos independientes de campo (Freedman, O'Hanlon, Oltman y Witkin, 1972; Konstadt y Forman, 1965; Linton, 1955; Witkin et al., 1962). Los estudios relacionados acerca de la deprivación sensorial y social han mostrado que los sujetos dependientes de campo son más perturbados por estresores de esta índole que los sujetos independientes de campo (Silverman, Cohen, Shmavonian y Greenberg, 1961; Zuckerman, 1968).

Los resultados del estudio de Greene (1976) expanden sobre los hallazgos mencionados. En este estudio se examinaron algunos correlatos del comportamiento de la dependencia de campo en el contexto de una clínica para la reducción de peso, en el cual existía el potencial de establecer un alto grado de intimidad psicológica y dependencia. Había una interacción díadica entre una cliente mujer y un entrevistador varón en la que se exploraron temas de naturaleza personal y en la que existía apoyo para un conflicto decisional difícil. Tal contexto evoca actitudes y sentimientos contrastantes entre percibidores independientes y dependientes de campo. Greene esperaba que los clientes dependientes de campo expresarían un menor distanciamiento psicológico, más atracción y una mayor necesidad de dependencia hacia el entrevistador.

Los procedimientos de la clínica requerían que los clientes se sometieran a las sugerencias de dieta durante un período de -

cinco semanas, sin tener un contacto directo con el entrevistador. Dada la suposición de que los clientes dependientes de campo tienen una mayor necesidad de la presencia física y del apoyo emocional de otros, Greene pensó que serían menos obedientes y consecuentemente menos exitosos en la pérdida de peso bajo estas condiciones.

Uno de los enfoques del estudio de Greene era la exploración de los efectos interactivos de la dependencia de campo con la accesibilidad emocional del entrevistador. Puesto que los resultados de estudios previos sugerían que un bienestar y funcionamiento efectivo de individuos dependientes de campo dependen de un ambiente social que apoya (Freedman et al., 1972; Konstadt y Forman, 1965), Greene manipuló esta dimensión situacional verbal y no verbalmente. Varió la naturaleza de la retroalimentación valorativa verbal que se ofrecía al cliente, para lo que decía y varió la distancia interpersonal entre el cliente y el entrevistador.

Janis (1975) ha expresado el significado de la retroalimentación valorativa en los procesos interpersonales. Teorizó que el recibir una retroalimentación aceptativa de un consejero acerca de lo que uno dice, resulta en un agrado y dependencia mayor hacia este consejero. Estas reacciones, a su vez, estimulan una obediencia con respecto a las recomendaciones que hace el consejero. Greene postuló una relación hipotética entre el tipo de retroalimentación y la independencia-dependencia de campo. Ofreció a

la mitad de los clientes una retroalimentación positiva verbal (aprobación y aceptación) y a la otra mitad, una retroalimentación afectiva neutral. Los clientes dependientes de campo mostrarían una mayor sensibilidad ante la naturaleza de la retroalimentación verbal ofrecida, siendo más positivamente afectados cuando recibían una retroalimentación aceptativa, y más adversamente afectados cuando recibían una retroalimentación neutral. Pensó que los clientes independientes de campo tendrían una mayor necesidad de fortalecer su espacio personal y las fronteras del yo, mostrando reacciones más positivas cuando el entrevistador es emocionalmente neutral.

En base a algunas contribuciones teóricas y empíricas, se concluyó que el grado de apoyo emocional (conociendo más apoyo emocional como una situación menos ambigua), atribuido a un entrevistador parece ser manipulado variando la distancia entre éste y el cliente (Greene, 1976). Aunque el valor comunicativo, del comportamiento espacial no se comprende todavía en forma completa, se ha postulado en varias teorías que existen asociaciones universalmente aprendidas entre una proximidad física humana y la atribución de dimensiones afectivas tales como el calor (Hall, 1966; Mahler, Pine y Bergman, 1975; Palombo y Bruch, 1964). Los datos acerca de una variedad de metodologías utilizadas en la investigación, han documentado una relación directa entre la cercanía física de interactuantes sociales y la cantidad de atracción e involucramiento existentes entre ellos (Evans y Howard, 1973).

Greene determinó las distancias interpersonales a 2 pies (.61m) y a 5 pies (1.52m), correspondientes a las distancias personales y sociales respectivamente, que empleó Hall (1966). Los efectos interactivos de esta dimensión no verbal fueron paralelos a aquellos de la retroalimentación valorativa.

En el estudio de Greene, se realizaron entrevistas estructuradas con 40 clientes dependientes de campo y con 40 clientes independientes de campo, todas mujeres, de una clínica que se especializaba en la reducción de peso. Las entrevistas eran diferentes entre sí de acuerdo a la retroalimentación verbal que el entrevistador dió (aceptativa o neutral) y la proximidad física que mantenía con el cliente (distancia personal versus social). Se midieron los comportamientos no verbales que reflejaban el distanciamiento psicológico, la atracción, las necesidades de dependencia, el disconfort experimentado y la obediencia comportamental.

Es particularmente interesante anotar que los resultados del estudio de Greene extienden el trabajo de Freedman et al. (1972) en cuanto a que revela que una amplia gama de gestos y posturas están asociados con el estilo perceptual. Por ejemplo, es consistente con la predicción de que los clientes independientes de campo serían menos involucrados psicológicamente con el entrevistador que los clientes dependientes de campo, hecho de que manifiestan más comportamientos de distanciamiento. Este hallazgo corrobora los datos reportados por Justice (1970), quien

halló que los sujetos independientes de campo mantienen un espacio personal mayor cuando se comunican con otra persona. Si estos comportamientos proxémicos se conceptualizan como reguladores de involucramiento personal en los contextos sociales (Argyle y Dean, 1965; Schefflen, 1972), entonces los datos de Greene dan un mayor apoyo para la asociación entre el estilo perceptual y - el grado preferido de intimidad psicológica con los demás.

Se puede especular acerca de las variables que pueden mediar esta relación. Schimek (1968), por ejemplo, sugirió que los individuos independientes de campo imponen un distanciamiento - mayor para evitar la excitación de un afecto intenso. Siguiendo esta misma línea de pensamiento, la formulación de Greene estipula que las diferencias observadas en los comportamientos proxémicos reflejan modos contrastantes de tratar los sentimientos de dependencia. Dinámicamente, el individuo independiente de campo podría conceptualizarse como "contradependiente", es decir, tiene la necesidad de evitar ser influenciado por, y ser dependiente de, otros. En contraste, el individuo dependiente de campo acepta sus sentimientos de dependencia abiertamente y necesita generar relaciones gratificantes de dependencia (Nevill, 1974).

Existe un apoyo empírico para este punto de vista. Habría que fijarnos en las interacciones significativas sobresalientes en los resultados del estudio de Greene, en relación al factor de distanciamiento comportamental y a la medida de perturbación del habla. La medida de perturbación en el habla (Kasl y Mahl,

1965 citado en Greene, 1976) fue una de las medidas empleadas para detectar el disconfort de los clientes durante la entrevista. Greene pensó que el distanciamiento psicológico, como una reacción defensiva, autoprotectora, se relaciona con la ansiedad observada en el habla. Cuando el entrevistador se sentó a una distancia personal (.61m) del cliente, el número de irregularidades en el habla de los clientes independientes y dependientes de campo era diferencialmente afectado por la retroalimentación aceptativa. Los clientes independientes de campo emitieron más perturbaciones al recibir una retroalimentación de aceptación, mientras que los clientes dependientes de campo las expresaron menos. Esta interacción, más aquella obtenida para el factor de distanciamiento - comportamental, apoyan el punto de vista que los tipos de tensión generados en un contexto interpersonal difieren para el individuo independiente y dependiente de campo. Los resultados sugieren que un entrevistador que se siente cerca y de una retroalimentación aceptativa afecta al individuo independiente de campo en forma negativa. Para la persona con un estilo perceptual global, indiferenciado, un entrevistador que se siente cerca de él, pero que no le da una retroalimentación aceptativa, le despierta ansiedad.

Greene consideró que el contexto de las condiciones experimentales en su estudio despertaron sentimientos de dependencia, tal y como se había hipotetizado. Los clientes buscaron y recibieron ayuda y apoyo para un problema personal. Se esperó que los efectos situacionales de una retroalimentación aceptativa y una

proximidad física cercana, realzarían los sentimientos de dependencia hacia el entrevistador al máximo. Como se anticipó, este grado de intimidad evocó las reacciones más fuertes de disconfort y retraimiento en los clientes independientes de campo. Los clientes dependientes de campo, en contraste, no estaban adversamente afectados en esta misma condición. Esto encaja dentro de su caracterización como más confortables en, y deseosos de relaciones interpersonales gratificantes en cuanto a su dependencia. Los clientes dependientes de campo expresaron más distanciamiento en las condiciones de retroalimentación neutral- distanciamiento personal y de retroalimentación aceptativa-distanciamiento social. En ambos contextos, quizá el entrevistador apareció como contradictorio o inconsistente, experimentando apoyo vfa un medio comunicativo y alejamiento vfa otro. Este mensaje mixto puede ser amenazante para aquellos que buscan apoyo de otros.

La hipótesis que estipula que los clientes dependientes de campo mostrarán una mayor atracción para el entrevistador, no fue confirmada desde el punto de vista empírico, aunque las medias - para los factores comportamentales y de autoreporte, se dieron en la dirección esperada. Los clientes dependientes de campo mostraron más atracción y responsabilidad en relación al entrevistador, cuando se les ofrecía retroalimentación aceptativa, en vez de neutral. Los clientes independientes de campo no fueron significativamente afectados por esta variable situacional. Además, los clientes dependientes de campo mostraron una mayor necesidad

para la cercanía cuando el entrevistador se sentaba a una distancia social.

Lo anterior indica que los clientes independientes de campo son relativamente más sensibles a la presencia o ausencia de apuntes que reflejan la accesibilidad del entrevistador. Su mayor reactividad al clima emocional, factor que extiende los hallazgos de Konstadt y Forman (1965) y de Nevill (1974), es compatible con su mayor dirigencia externa y dependencia social.

Con respecto a las expresiones de la necesidad de dependencia, los clientes dependientes de campo, tal y como Greene lo había anticipado, mostraron una mayor voluntad para someterse a las recomendaciones hechas acerca de su dieta. El que este comportamiento reflejó más la necesidad de recibir aprobación social que un compromiso, es sugerido por los hallazgos acerca de una medida del compromiso comportamental a largo plazo. Los datos revelaron que un 47.5% de los clientes independientes de campo regresaron a la clínica después de cinco semanas y mostraron una pérdida de peso de 5 libras por lo menos, en comparación con el reingreso de solamente un 25% de los clientes dependientes de campo.

Estos resultados citados acerca del grado de compromiso añaden apoyo a las dinámicas postuladas en relación al estilo perceptual. Los clientes dependientes de campo expresaron una mayor disponibilidad para adherirse a las recomendaciones de dieta durante la entrevista, pero se comprometían menos, conforme mostró

su comportamiento a través del período de la dieta. Estos hechos son comprensibles a la luz de la formulación de Janis (1975). El habla acerca de la crisis que desarrollan estos tipos de sujetos a la terminación de una relación diádica. Postuló que un cliente, sintiéndose atraído a, y dependiente de un consejero, puede reaccionar en forma negativa, exhibiendo ira y depresión ante la amenaza de terminación. Estos afectos pueden dar lugar a la renuncia de los valores y normas comunicados por el consejero. En el contexto del estudio de Greene, los clientes dependientes de campo, quizá apreciaron más los aspectos de apoyo de la clínica y se sentían más abandonados durante el período de dieta cuando el contacto con el entrevistador era solo indirecto. En este sentido, es interesante anotar que los clientes dependientes de campo que mostraban más comportamientos de dependencia durante la entrevista, enviaban menos reportes semanales a la clínica. Quizá, cuando se retiran las oportunidades para recibir un apoyo directo, los clientes dependientes de campo rechazan más fuertemente las exigencias de compromiso.

Los autores de otros numerosos estudios han examinado el uso del espacio interpersonal en función del estilo cognoscitivo, con la expectativa que personas dependientes de campo mostrarán una preferencia por estar físicamente más cerca a aquellos con quienes interactúan, que las personas independientes de campo. Si los individuos con cardiopatía isquémica son independientes de campo, la frialdad emocional, término tan frecuentemente utilizado para describir a la persona con una personalidad tipo A,

debe manifestarse en la esfera interpersonal, en un mayor distanciamiento físico de los demás, si se comprueba la asociación entre la personalidad tipo A u otra parecida, y la cardiopatía isquémica en el medio Mexicano. El hecho cubrirá importancia en tanto que revela más acerca del comportamiento emocional de las personas con cardiopatía isquémica y ésto permitirá establecer más hipótesis acerca de causa-efecto y acerca de los aspectos psicosomáticos que juegan su papel en la cardiopatía isquémica.

En un estudio del tipo mencionado llevado a cabo por Greene (1973) se fijó en el espacio interpersonal observando comportamientos no verbales de los pacientes quienes se sentaban a 2 pies (.61m) y a 5 pies (1.52m) del entrevistador. En un análisis factorial de los comportamientos no verbales de los pacientes, Greene identificó "un factor de dependencia", en el cual se cargaron comportamientos como el gesto hecho con las manos de mover las palmas hacia arriba, la actividad del labio y de la lengua y el tocar la boca. Las personas dependientes de campo mostraron un incremento significativo en los comportamientos de dependencia - en las condiciones de dos a cinco pies. Las personas independientes de campo no fueron afectadas por la manipulación de la distancia.

Justice (1969) requirió que los sujetos en su estudio prepararan un trabajo sobre un tema dado y que fueran después a un cuarto adyacente para entregar la presentación al experimentador allí sentado. En un estudio similar (Holley, 1972), se les pidió

a los sujetos que tomaran una posición relativa a otra persona - que consideraran óptima, máxima o mínima en términos de su habilidad para conversar. En ambos estudios, los sujetos dependientes de campo se movían significativamente más cerca a la persona con quien interactuaban, que los sujetos independientes de campo.

En un estudio relacionado (Trego, 1971) el autor requirió que los sujetos se movieran en un corredor hacia una persona objeto hasta que alcanzaban la posición que sentían mantener entre ellos mismos y otros en una interacción social ordinaria. Hubo determinaciones de cuatro largos para el corredor. La distancia entre la posición del comienzo del sujeto y la persona objeto permaneció fija. Trego pensó que los sujetos que tomaran más o menos la misma posición en relación a la persona objeto, independientemente de la variación del espacio en el corredor, serían más dependientes de campo que los sujetos cuya posición era afectada por los cambios a lo largo del corredor. Se confirmó la hipótesis y se sugirió que los sujetos dependientes de campo utilizaran otra persona como punto de ancla para la posición que asumieron, mientras que los sujetos independientes de campo prestaron más atención a los aspectos físicos de la situación.

Los resultados de algunos otros estudios no han comprobado una relación entre la independencia-dependencia de campo y el distanciamiento físico. En un conjunto de estos estudios, interacciones reales con personas reales, no fueron las condiciones empleadas, aunque éste sí fue el caso en los estudios revisados

arriba. En los estudios referidos ahora, se emplearon interacciones imaginarias con representaciones substitutas de personas. En uno de estos estudios, Guardo (1973) utilizó figuras siluetas que fueron descritas en modos particulares, personales e interpersonales. La tarea requirió que los sujetos pusieran estas siluetas en una cierta posición relativa a una silueta de sí mismo. En otro estudio, Evans (1969) utilizó pequeñas figuras de fieltro que fueron diseñadas para asemejarse a los seres humanos. En un tercer estudio de este tipo, Wineman (1973) utilizó un procedimiento de papel y lápiz para identificar las distancias preferidas y determinadas por sujetos, entre ellos mismos y varios individuos descritos, conforme la relación sostenida con estos individuos y el contexto situacional prevalente.

La evidencia acerca de la relación entre la independencia de dependencia de campo y el distanciamiento físico, que es comprobada consistentemente bajo condiciones de interacción con personas reales, pero no bajo condiciones en que existe una interacción imaginaria con representaciones substitutas, se junta con la evidencia de otros estudios hechos en otras áreas sociales y citados en el curso de esta revisión, que estipula que las diferencias en el comportamiento social entre las personas independientes y dependientes de campo emergen cuando existen oportunidades para una experiencia directa.

En un conjunto de estudios diseñados para estudiar el distanciamiento emocional, se empleó el enfoque de la autorevelación. La

disposición o renuencia para dar a conocer los sentimientos y pensamientos propios a otros, implicada por una alta o baja autorevelación, junto con un deseo de saber de los demás, refleja en un modo complementario, una posición de apertura en las relaciones interpersonales. De modo concordante, una renuencia a hablar de uno mismo y un desinterés en los demás, refleja un distanciamiento en las relaciones interpersonales. Utilizando esta concepción como guía, Sousa-Poza et al. (1973) examinaron la relación entre la independencia-dependencia de campo y las respuestas ante un cuestionario de autorevelación de Jourard. Se confirmó que los sujetos más dependientes de campo mostraron una mayor autorevelación, como era de esperarse. Berry y Annis (1974) avalaron lo anterior, en algún grado. Ellos emplearon una modificación del instrumento Jourard. En la mayoría de los estudios subsiguientes, el hallazgo de Sousa-Poza et al. fue apoyado. En estos estudios posteriores, se determinaba la frecuencia de declaraciones autoreveladoras de pacientes en terapia (DeMers, 1971; Greene, 1973; Souza-Poza y Rohrberg, 1976), de personas durante una entrevista (Gates, 1971; Lefcourt, Hogg y Sordini, 1975; Souza-Poza, 1974) y en cuentos escritos (Jennings, 1967).

El estudio llevado a cabo por Ancona y Carli (1971) refleja también una mayor apertura por parte de los sujetos dependientes de campo, a los sentimientos de otros. Después de ver una película acerca de la vida familiar, los sujetos participantes en este estudio llenaron un cuestionario diseñado a reflejar el grado de

"participación emocional" en los eventos que ocurrieron en la película. Los sujetos relativamente dependientes de campo calificaron significativamente más altos en este cuestionario que los sujetos independientes de campo. Westbrook (1974) ha reportado resultados similares. Cuando se les pidió a sujetos dependientes de campo que escribieran una descripción de lo que habían visto después de haber sido expuestos a una serie de transparencias que mostraron personas interactuando, hicieron significativamente más referencias a las emociones que los sujetos independientes de campo. Sin embargo, no se observó esta diferencia cuando se les pidió a los sujetos que describieran lo que habían oído en grabaciones de conversaciones breves. Recordaremos la observación de L.R. Greene (1973) que es pertinente aquí. El halló que las pacientes independientes de campo mostraron comportamientos significativamente más físicos y no verbales, que cargaron en un factor de "distanciamiento" (el cruzar las piernas y los brazos y la ausencia de una inclinación hacia adelante, por ejemplo), que los sujetos dependientes de campo, lo cual significa un esfuerzo emocional para "mantenerse lejos" del entrevistador.

Finalmente, en el estudio de Birnbaum (1975) que fue citado hace poco en otro contexto, se examinó el rol mediador de la independencia-dependencia de campo en la facilitación social. Este estudio es de interés especial por la evidencia que da del efecto sobresaliente de la presencia de otros en la ejecución de personas dependientes de campo. Los sujetos llevaron a cabo una tarea de -

asociación en cadena, solos y en presencia de otros. Trabajaron independientemente de los demás, o coactuaron con otros. Para los sujetos dependientes de campo, la productividad medida por el número de palabras generadas en un tiempo límite, era significativamente mayor en la condición de coacción que en la condición solitaria. No había diferencias significativas entre la productividad evidente bajo las dos condiciones, en sujetos independientes de campo. Su respuesta ante la presencia de otros, realiza la motivación de los sujetos dependientes de campo en la situación grupal, así incrementando su productividad. Birnbaum sugiere que la mayor productividad bajo una condición grupal de estos sujetos, puede deberse a la consecuencia más específica de un "efecto" energizante de la presencia de otros en los elementos sociales de sus redes asociacionales y/o en la utilización de otros a su alrededor como fuente de asociaciones. Los sujetos dependientes de campo producen palabras significativamente más sociales en la condición de coacción, que los sujetos independientes de campo. Sea lo que sea el mecanismo por el que un contexto grupal facilita la ejecución, está claro que nuevamente las personas independientes de campo son relativamente inmunes a sus efectos. Los hallazgos de Birnbaum son relevantes a la teoría del estilo cognoscitivo y a la vez lo trasciende. Tienen implicaciones interesantes relacionadas a la teoría de facilitación social. Aunque el efecto de la facilitación social en la productividad ha sido reportado en la literatura durante mucho tiempo, existe ahora la sugerencia de que se limita este efecto a las personas dependientes de campo.

En resumen la orientación impersonal de los sujetos independientes de campo e interpersonal de los sujetos dependientes de campo es evidenciado en los atributos personales, en su uso del espacio interpersonal y en el grado de su apertura emocional.

Una observación de los hechos en una situación naturalística, el deporte, fue presentada por Schreiber, 1972. El determinó el grado de dependencia de campo en un grupo de atletas varones universitarios, afiliados con equipos deportivos de beisbol, futbol y hockey, y en otro grupo de sujetos equivalentes al que se mencionó, afiliados con los registros de deportistas que juegan en forma individual (la gimnástica, el correr, la natación y la lucha). Los sujetos en el primer grupo eran significativamente más dependientes de campo que los sujetos en el segundo. Bard (1972) reportó resultados consistentes con estos hallazgos. Asimismo, los resultados de un estudio realizado por Barrell y Trippe, 1975 muestran un patrón similar.

Los atributos asociados con una orientación interpersonal están especialmente reflejados en el estudio de Greene (1976) que se revisó anteriormente. Las personas que manifiestan estos atributos están en contacto con lo que otros piensan y sienten, lo cual es adaptativo en cuanto que les da un acceso de información que puede ayudarles a estructurar situaciones ambiguas, pues por sí sólo fracasan en estos intentos. Estos atributos, comparados con aquellos asociados a la orientación impersonal, permiten una experiencia más extendida con la gente y una mayor oportunidad -

para aprender a tratar a los demás, lo que contribuye a una buena relación con otras personas (Witkin y Goodenough, 1976). En este sentido, entre los descriptores de personas dependientes de campo son: un gusto de estar con otros, sociabilidad, orientados hacia la afiliación, extrovertidos, favorecedores de circunstancias interpersonales y de grupo sobre las intrapersonales, en búsqueda de relacionarse con los demás, participantes, necesitados de amistad, interesados en la gente, ayudadores de los demás, preocupados por los demás, conocedores de mucha gente y conocidos por mucha gente. Otras características que se han adscrito a las personas dependientes de campo en las pruebas de la percepción de la proyección vertical y a los que ejecutan menos bien en la EFT, tienen implicaciones similares. Estas incluyen: cálido, afectuoso, con tacto, hospitalarios, no juiciosos, aceptativos de los demás y no propensos a expresar la hostilidad en contra de los demás en forma directa cuando estos sentimientos son despertados en un contexto interpersonal. Contrastan con aquellas reportadas en relación a las personas independientes de campo, que ejecutan bien en la EFT. En cuanto a la hostilidad, mientras que las personas independientes de campo pueden dirigir su hostilidad en contra de otros, las personas dependientes de campo evitan tales expresiones. Sin embargo, las personas independientes y dependientes de campo no difieren en cuanto a la experimentación de los sentimientos de hostilidad o en el reconocimiento de tales sentimientos en los demás. Se ha mencionado con anterioridad la característica de hostilidad flotante aparente en el comportamiento de los individuos con una personalidad tipo A.

Si la liga entre la personalidad tipo A u otra parecida y la cardiopatía isquémica se comprueban en México, entonces la independencia de campo y la cardiopatía isquémica comparten rasgos emocionales negativos y quizá infartogénas dignos de considerar como aspectos psicossomáticos de la cardiopatía isquémica.

En algunos trabajos realizados, los sujetos independientes y dependientes de campo tenían la oportunidad para actuar en contra de otra persona después de una provocación experimental de los sentimientos hostiles (Bercovici, 1970; Dengerink, O'Leary y Kasner, 1975; Greenfield, 1969; O'Leary, 1972). En estos estudios se valoró la hostilidad dirigida hacia afuera y se concluyó que los sujetos independientes de campo actuaron en un modo más hostil en contra de otra persona, que las personas dependientes de campo. Greenfield, por ejemplo, empleó una situación de regateo en la cual el sujeto interactuó con un paniaguado, identificado en diferentes condiciones como inferior, igual o superior. En su comportamiento de multar, los sujetos independientes de campo mostraron más represalias que los sujetos dependientes de campo, que se dirigían particularmente, en contra de un oponente de menor estatus. Por otro lado, los sujetos dependientes de campo emplearon menos represalia en todas las condiciones. Es incluso interesante notar que los sujetos más dependientes de campo valoraron a un oponente de estatus superior, bajo condiciones de rompimiento de promesa, como más amistoso que un oponente que seguía las reglas. Las personas dependientes de campo, entonces, determinan que el compañero que les provoca la hostilidad es más benigno

y así evitan la expresión de la hostilidad hacia él. El estudio de Goldstone (1974) es pertinente a la presente discusión. En este estudio se observó a los cuatro miembros de grupos. Se les había instruido que compusieran una historia acerca de los estímulos evocados por una de las tarjetas del Test de Apercepción Temática. Los actos negativos, según el Interaction Process Analysis de Bales, eran más frecuentes en grupos de sujetos independientes de campo, que en grupos de sujetos dependientes de campo, o en grupos heterogéneos en su estilo cognoscitivo.

En un intento de poner de manifiesto los elementos de otro enfoque al estudio de la expresión de la hostilidad en función del estilo cognoscitivo, se empleó el Defense Mechanism Inventory - que fue desarrollado por Gleser e Ihilevich (1969) para valorar los mecanismos de defensa preferidos. Este instrumento genera asociaciones ante una serie de situaciones de interacción social en que el sujeto se proyecta. Cada asociación es seguida por un conjunto de preguntas con respuestas que representan alternativas de reacción. Se le pide al sujeto que escoja la selección que mejor representa cómo él reaccionaría en aquella situación. Los estudios que emplean el Defense Mechanism Inventory han mostrado consistentemente que las personas independientes de campo son propensas a usar el mecanismo de defensa de tornar en contra de un objeto, mientras que los sujetos dependientes de campo tornan en contra de sí mismos (Bogo, Winget y Gleser, 1970; Donovan, Hague y O'Leary, 1975; Gleser e Ihilevich, 1969; Ihilevich, 1968; Ihilevich y Gleser, 1971).

Sin embargo, los resultados de otros estudios han mostrado que los sujetos independientes y dependientes de campo no son diferentes en su disposición a experimentar la hostilidad como dirigida hacia otros o como expresión indirecta. Algunos estudios cuyos resultados proveen evidencia para esta conclusión tuvieron como meta el examinar las manifestaciones de la hostilidad en producciones verbales creativas. Por ejemplo, Goodenough, Witkin, Lewis, Koulack y Cohen (1974) hallaron que los reportes oníricos recolectados en el laboratorio, de sujetos independientes y dependientes de campo, no eran diferentes en la cantidad de contenido hostil. Los sujetos valoraron ésto en algunos casos y en otros se realizó la valoración mediante un método desarrollado por Gottschalk y Gleser (1969) para valorar los sentimientos en las producciones verbales. De modo semejante, monólogos de cinco minutos, producidos por sujetos independientes y dependientes de campo, quienes pudieron hablar acerca de cualquier tema de interés, no mostraron diferencias en las calificaciones Gottschalk-Gleser de hostilidad (de Groot, 1968; Freedman, Bucci, Grand, Oltman y Witkin, 1975).

Se ha aplicado el procedimiento de Gottschalk-Gleeser de valoración a las producciones verbales de sujetos durante sesiones terapéuticas. Witkin, Lewis y Weil (1968) lo utilizaron con pacientes en terapia individual. Como era de esperarse, las grabaciones de pacientes independientes de campo contenían significativamente más expresiones de hostilidad dirigida hacia afuera, que las de los pacientes dependientes de campo. Se comprobó una

relación inversa para las expresiones de hostilidad dirigidas hacia dentro. Los resultados de un estudio que trató la producción verbal de los participantes en las sesiones de terapia de grupo de Tavistock no confirmaron estos hallazgos (Safer, 1975). El fundamento para la diferencia en resultados no es fácil de determinar. El contenido hostil de las producciones verbales que se dan durante la terapia, quizá representa el comportamiento agresivo del paciente hacia el otro participante en la interacción inmediata y/o las expresiones directas o indirectas de los sentimientos hostiles contenidos en el recuento del paciente a quien escucha, de los eventos de su vida cotidiana. Una diferencia en la proporción con que aparecen, estas fuentes diferentes de las expresiones hostiles en los dos estudios pudo haber contribuido a los diferentes resultados. A este respecto, se pueden notar diferencias en el contexto de la interacción social, en los dos estudios. Se empleó una situación diádica en el estudio de Witkin et al. y una situación grupal en el estudio de Safer. Además, el terapeuta en el primer estudio ofreció apoyo, mientras que el líder del grupo en el segundo estudio se comportó de un modo impersonal hacia los miembros del grupo.

Otro conjunto de estudios que demostró que los sujetos independientes y dependientes de campo no son diferentes en su habilidad para experimentar los sentimientos hostiles y para expresarlos indirectamente, valoró tales sentimientos en situaciones diferentes a las ya mencionadas, que fueron diseñadas para evocarlos. Goodenough et al. (1974) hallaron que los sujetos independientes y dependientes de campo eran similares en la cantidad de ira

expresada, evidente en sus respuestas ante una lista de palabras, después de ver filmes estresantes. Goodenough, Oltman y Cohen (1976) replicaron este hallazgo en un estudio similar de las reacciones ante filmes particularmente escogidos para despertar sentimientos hostiles. Lawrence (1968) ha mostrado que en las respuestas ante el cuestionario, de los sujetos que habían experimentado una tarea frustrante, hubo una crítica hostil de la tarea y del experimentador, tanto por parte de los sujetos independientes de campo, como de los sujetos dependientes de campo. En el mismo estudio, Lawrence no halló relación entre la independencia y la dependencia de campo y los umbrales de reconocimiento de escenas agresivas presentadas taquistoscópicamente. Entonces, los sujetos independientes y dependientes de campo son similares en la facilidad con que reconocen la hostilidad en otros, como también en la facilidad con que la hostilidad es despertada en ellos.

Entonces, el único caso en que las personas independientes y dependientes de campo son diferentes en su trato de los sentimientos hostiles, es en la mayor tendencia por parte de las personas independientes de campo, a expresar la hostilidad directamente en contra de los demás cuando tal sentimiento es despertado en un contexto interpersonal. Las consecuencias adversas de esta tendencia en las relaciones interpersonales, son obvias.

En general, se ha caracterizado a la persona independiente de campo como: exigente, egoísta, manipulador de los demás para lograr fines personales, frío y distante en las relaciones con

otras personas (Witkin y Goodenough, 1977). Las personas independientes de campo son individualistas y prefieren actividades solitarias sobre las humanitarias. Las actividades intelectuales son altamente catectizadas. Estiman las luchas cognoscitivas y les interesan los problemas filosóficos. Se concierne con ideas y principios en vez de personas. Están orientadas hacia tareas y sus valores en relación al trabajo son la eficiencia, el control, la competencia y la excelencia (Arbuthnot, 1968; Baer, 1964; Barron, Block, MacKinnon y Woodworth, 1958; Bell, 1955; Clar, 1971; Crutchfield et al., 1958; Dingman, 1971; Elliott, 1961; Gruenfeld y Arbuthnot, 1968; Hundert, 1970; Loveless, 1972; Oltman et al. 1975; Pemberton, 1952; Scheibner, 1969; Sousa-Poza y Rohrberg, 1976; Souza-Poza, Roberberg y Shulman, 1973; Crutchfield y Starkweather, 1953). Las caracterizaciones que se han dado de las personas independientes de campo, basadas en autovaloraciones o en valoraciones realizadas por otros (Loveless, 1972; Pemberton, 1952; Crutchfield y Starkweather, 1953; Fineman, 1972; Marcus, 1970; Nadeau, 1968; Oltman et. al. 1975; Weissenberg y Gruenfeld, 1966), son consistentes con la información citada arriba. Consisten en descriptores como: insensibles, no sensible a las tendencias sociales ocultas, ignoran el valor y significado del individuo y no conciente de su propio valor como estímulo. La persona independiente de campo minimiza la cantidad de influencia social y control en su vida. Las situaciones sociales despiertan su ansiedad (Greene, 1976) y como ya se ha dicho con anterioridad, mantienen una mayor distancia psicológica y

espacio personal (Justice, 1970; Pollack y Kiev, 1963; Schimek, 1968). Los resultados de los estudios particularmente diseñados para detectar competencia en situaciones interpersonal-sociales son consistentes con estas expectativas (Lefcourt y Seigel, 1970 citado en Greene, 1976).

Los resultados de los estudios que han mostrado que las personas dependientes de campo valoran a otros en términos más positivos que las personas independientes de campo, son también consistentes con las caracterizaciones hasta ahora mencionadas. Leamos los resultados de todos ellos considerando una comparación entre sujetos independientes y dependientes de campo. Di Stefano (1969) halló que los maestros dependientes de campo valoraron a sus estudiantes como más altos en la mayoría de las dimensiones de las que se tomaron en cuenta al final del semestre, como: simpatía, inteligencia, relajación, racionalidad, sociabilidad, una mente abierta y compromiso. Además, dió calificaciones más altas a sus alumnos. De modo semejante, Klau (1973) halló que los sujetos dependientes de campo valoraron las características de sus compañeros en una situación de resolución de problemas, después de una interacción con ellos. Las características valoradas incluían atributos tales como la inteligencia, el ser buen orador, amistoso, relajado y ordenado. Fleshler et al. (1974) reportó que los sujetos dependientes de campo valoraron a unos oradores como más calificados. Marcus (1970) halló que los compañeros dependientes de campo, participantes en una interacción diádica, valoraron a sus compañeros más favorablemente en una escala de agrado. Fineman (1972) observó

que los pacientes dependientes de campo querían más a sus terapeutas que los pacientes independientes de campo. Finalmente, las personas dependientes de campo sonrefan más que las personas independientes de campo durante una relación diádica.

Witkin, Moore, Goodenough y Cox (1977) demostraron que las personas dependientes de campo favorecen dominios educativo-vocacionales con un contenido social y que requieren de relaciones interpersonales en vez de una competencia analítica. En contraste, las personas independientes de campo prefieren dominios del mismo tipo en que el contenido social y las relaciones con la gente no son involucradas, sino que se toman en cuenta las habilitades analíticas.

Existen estudios acerca de intereses, basados en las respuestas ante el Strong Vocational Interest Blank o instrumentos similares (Adcock y Weberley, 1971; Arbuthnot y Gruenfeld, 1969; Biggs, Fitzgerald y Atkinson, 1971; Chung, 1966; Clar, 1971; Crutchfield et al. 1958; Gehlmann, 1951; Heath, 1964; Jay, 1950; Keen, 1973; Levy, 1969; Pemberton, 1952; Pierson, 1965; Scheibner, 1969; Stidham, 1966; Eytowski, Mills y Paeppe, 1969). Los resultados han mostrado que las respuestas de las personas independientes de campo son similares a aquellas de personas ocupadas en los dominios de matemáticas y ciencias (los maestros de matemáticas, los científicos, los profesionales de las artes industriales, de ingeniería, de arquitectura, de la agricultura y de la psicología experimental). Otras ocupaciones consonantes con la independencia

de campo son: las ocupaciones de la salud como la medicina, la odontología, la psiquiatría, la gerencia en producción, la carpintería, los que tratan de los servicios forestales, los que tienen que ver con las granjas y la mecánica. Se ha comprobado repetidamente que las personas independientes de campo tienen un fuerte interés en lo teórico, en lo abstracto y en lo artístico.

Las personas dependientes de campo presentan una imagen contrastante mediante sus respuestas ante los inventarios de intereses. Frecuentemente expresan interés en los dominios humanitarios de la beneficencia - por ejemplo, en la ocupación de sacerdote, en la rehabilitación, en el trabajo social, en la psicología clínica, en la enseñanza en las escuelas primarias, en los estudios sociales y en la administración de empresas. También, sus intereses son afines con las actividades que requieren de la persuasión como la publicidad y las ventas, con los roles administrativos en que el trato con la gente es importante (superintendente de una escuela urbana), con las actividades de un director de personal o con las de un administrador de la recreación comunitaria.

En un estudio se comprobó que los estudiantes competentes en la enfermería psiquiátrica eran dependientes de campo, según su ejecución en el RFT, mientras que aquellos competentes en la enfermería quirúrgica se mostraban más independientes de campo (Quinlan y Blatt, 1972). Es obvio que la efectividad de la enfermera frente a pacientes psiquiátricos depende mucho de la competencia en las relaciones interpersonales. La efectividad

de una enfermera quirúrgica, en cambio, no depende de estos tipos de relaciones, sino de sus habilidades cognoscitivas de reestructuración. MacKinnon (1962) concluyó algo con implicaciones similares en su estudio. Mostró que los escritores juzgados como sobresalientes por otros escritores, ejecutaron menos bien en la EFT, en comparación con los arquitectos quienes ejecutaron mejor. La efectividad de un libro, por ejemplo, depende de una representación de las personas y de las relaciones interpersonales. Esta competencia no es tan importante en la arquitectura, en que las habilidades de reestructuración cognoscitiva son claramente esenciales a la ejecución efectiva.

Witkin, Moore, Oltman, Goodenough, Friedman, Owen y Raskin (1977) llevaron a cabo un estudio longitudinal que cubrió los períodos de preparatoria, universidad y escuelas profesionales y concluyeron que los estudiantes cambian sus selecciones educacionales con el tiempo, a dominios más compatibles con sus estilos cognoscitivos. Los estudiantes dependientes de campo que identificaron las matemáticas o las ciencias naturales como su área de estudio al entrar a la universidad, cambiaron su decisión antes de graduarse. Los estudiantes independientes de campo que hicieron estas mismas selecciones preliminares, permanecían con ellas.

La evidencia que trata las selecciones vocacionales es consistente con la que trata la selección académica. Los resultados de los estudios realizados que emplearon personas que trabajaban, han indicado que los ingenieros, arquitectos, capitanes de la

Fuerza Aérea, profesores de matemáticas y ciencias y pilotos - aviadores, son todos independientes de campo (Barret y Thornton, 1967; Crutchfield et al. 1958; Cullen, Harper y Kidera, 1969; DiStefano, 1969). En contraste, los maestros de los estudios sociales y los trabajadores sociales son todos dependientes de campo (Braun, 1971; DiStefano, 1969).

Refiriéndome anteriormente a la autonomía en las relaciones interpersonales, hice mención de la resolución de los conflictos grupales. Ahora haré referencia nuevamente al fenómeno con un enfoque más general, ésto es, en relación a la competencia interpersonal. A este respecto, se ha comprobado que los grupos con miembros dependientes de campo tienden a ser más efectivos en la resolución de conflictos que los grupos sin ellos (Oltman, Goodenough, Witkin, Freedman y Friedman, 1975; Shulman, 1975). El trabajo de Oltman, Goodenough, Witkin, Freedman y Friedman (1975) es un estudio de laboratorio que examinó la resolución de conflicto en grupos que son homo o heterogéneos en cuanto al estilo cognoscitivo de sus miembros. Los sujetos eran mujeres universitarias asignadas a uno de tres tipos de grupos compuestos por dos personas: a) ambos miembros eran dependientes de campo, b) ambos miembros eran independientes de campo o c) un miembro era dependiente de campo y el otro era independiente de campo. A cada par se le asignó la tarea de llegar a un acuerdo de compromiso con respecto a un conjunto de problemas de selección-dilema. Inicialmente, habfan estado en desacuerdo con respecto a estos problemas. Los grupos cuyos miembros eran -

homogeneamente independientes de campo fracasaron en la resolución de su conflicto con más frecuencia que los grupos cuyos miembros eran dependientes de campo en los que un miembro era independiente de campo y el otro miembro era dependiente de campo. Además, en los grupos heterogéneos, los conflictos se resolvían con mayor frecuencia cuando el sujeto dependiente de campo cambió de opinión, que cuando el sujeto independiente de campo cambió de opinión. Los resultados de un estudio llevado a cabo por Oltman et al. (1975) sugieren que las personas independientes de campo no contribuyen efectivamente a la resolución de conflictos, acomodando sus puntos de vista a aquellos de otros, porque no pueden o porque no quieren. Los resultados del estudio de Oltman et al. no apoyan los de Hornstein (1974). Hornstein aclaró que su estudio se complicó debido al empleo de diádas del mismo sexo y del sexo opuesto. Halló que los sujetos mujeres eran más dominantes al aparearse con otra mujer que al aparearse con un hombre. El apareamiento de sujetos del mismo sexo y de diferente sexo puede, entonces, ser un factor importante en la resolución de conflictos.

Se sabe aún poco acerca de las habilidades sociales de las personas independientes de campo, con la excepción de que son limitadas en las competencias interpersonales. Quizá sus habilidades sociales representan la aplicación de sus habilidades de reestructuración al dominio social, en vez de una inversión auténtica en las relaciones con los demás. Se ha dicho que las personas

independientes de campo son exigentes, desconsideradas y mal educadas, lo que hace que sean menos queridas por los demás, en comparación con las personas dependientes de campo. A este respecto, hay que considerar la influencia moderadora de los factores como edad, sexo y la semejanza o diferencia en estilo cognoscitivo entre las personas interactuando.

Iscoe y Carden (1961) utilizaron una técnica sociométrica en su estudio y concluyeron que las niñas dependientes de campo y los niños independientes de campo eran escogidos con más frecuencia por sus compañeros. Dreyer, McIntire y Dreyer (1973) obtuvieron un resultado semejante en relación a los compañeros de juego, pero no en relación a los compañeros de trabajo escogidos por los niños de kinder. Es factible que la diferencia en resultados asociados a las dos tareas refleja la influencia de la estereotipia del rol sexual en niños jóvenes. Los resultados de los estudios de Iscoe y Carden y de Dreyer et al. sugieren que el sexo es un moderador importante en la relación entre la popularidad y la dependencia de campo entre niños.

A los niveles de la adolescencia y de la edad adulta, el peso de la evidencia sugiere que las mujeres dependientes de campo continúan siendo más populares que las mujeres independientes de campo y que los varones dependientes de campo son al menos tan populares como los varones independientes de campo (Dingman, 1971; Goldstone, 1974; Joshi, 1968; Oltman et al. 1975; Vernon, 1972; Wong, 1976; Victor, 1973).

En otro trabajo surge una cualificación importante para la conclusión de que las mujeres dependientes de campo, en la edad de la adolescencia o adulta, son más populares en comparación con las mujeres independientes de campo. Existen indicaciones que estipulan que en ciertas circunstancias las personas prefieren a otros que son semejantes a ellas mismas en estilo cognoscitivo. Por ejemplo, los resultados de un estudio establecieron que los compañeros de cuarto en la universidad que querían seguir viviendo juntos el próximo año eran más similares en estilo cognoscitivo que los que querían separarse (Wong, 1976). Los estudios de grupos en los cuales se requería a los miembros que trabajaran conjuntamente hacia una meta común, comprueban una mayor atracción interpersonal entre las personas apareadas en estilo cognoscitivo que entre personas apareadas por estilos cognoscitivos opuestos. Esta afirmación se fortalece particularmente cuando los grupos se componen por miembros de un solo sexo. Se han estudiado los efectos del apareamiento de compañeros iguales y desiguales en estilo cognoscitivo (Goldstone, 1974; Mones, 1974; Welkowitz, 1975), de terapeutas y pacientes y de clientes y consejeros (Dingamn, 1971; Folman, 1973; Greene, 1972; Pardes, Papernik y Winston, 1974; Jobe, Beutler, Johnson y Neville, 1973), de los consejeros del trabajo y los aconsejados (Schaefer, 1973) y de los maestros y los estudiantes (DiStefano, 1969; James, 1973; Witkin, Goodenough, Oltman, Moore, Emmerich y McDonald, 1976). Shows (1975) condujo un estudio en el cual se seleccionó a sujetos como tipos A o B de acuerdo a su ubicación en la dimensión A-B de efectividad

terapéutica. Se entrevistó a los sujetos seleccionados y se determinó su estilo cognoscitivo. Shows interpretó sus resultados como indicativos de un efecto de apareamiento de pares iguales o desiguales en estilo cognoscitivo. En contraste con la imagen que ha emergido de los estudios acerca del apareamiento de sujetos iguales o desiguales en estilo cognoscitivo, quienes trabajaban hacia una meta común, otra evidencia sugiere que bajo condiciones de conflicto, la atracción interpersonal es baja en grupos compuestos por miembros independientes de campo (Oltman et al. 1975).

Una de las maneras en que la reestructuración puede mostrarse en el dominio social es en la organización y ordenamiento de las situaciones sociales. Entonces, en las respuestas ante el inventario de intereses, las personas que ejecutan bien en la EFT favorecen una gerencia en producción en vez de una gerencia en personal atrayente a personas que ejecutan menos bien en la EFT (Clar, 1971; Piersons, 1965). De modo semejante, los terapeutas independientes de campo en la RFT, prefieren un rol altamente directivo o no involucrativo, en la terapia (Pollack y Kiev, 1963), y los maestros competentes en el desencaje se enfocan en la lectura o en la discusión que le dejan un amplio margen para dirigir el aprendizaje estudiantil (Wu, 1967).

Otro modo en que las personas independientes de campo pueden mostrar su habilidad de reestructuración en el dominio social es en su aparentemente mayor perspectivismo social. Las personas que

ejecutan relativamente bien en la EFT han mostrado mayor perspectivismo en la tarea de egocentrismo de Feffer (1959; Fiscalini, 1974; Futterer, 1973; Perkins, 1973). Sin embargo, se debe tratar esta evidencia con cautela puesto que la tarea utilizada era verbal-hipotética, lo cual quiere decir que se le trató esencialmente como un problema cognoscitivo cuyos resultados quizá no generalizan al comportamiento en situaciones interpersonales. Se ha notado también que las personas independientes de campo en la percepción de la proyección vertical muestran una competencia en el dominio social evidente en su mayor percepción correcta de las personas (Cooper, 1967; Wolitzky, 1973). Nuevamente hay que ejercer cautela en la aceptación de estos datos puesto que en los estudios involucrados se emplearon tareas altamente cognoscitivas que estimulan orientación analítica y de resolución de los problemas, de modo que los juicios formulados pudieron haber reflejado la habilidad de reestructuración cognitiva más que la correcta percepción de las personas.

Los resultados del estudio de Rapaczynski, Welkowitz y Sadd (1979) que trata el afecto, son consistentes con la posibilidad apenas mencionada. Los sujetos en este estudio escucharon segmentos de cintas que duraron 15 minutos y trataron de sesiones terapéuticas. Después se les pidió que juzgaran el grado de calor experimentado por el terapeuta hacia el paciente y del paciente hacia el terapeuta. Estos juicios fueron comparados con las valoraciones hechas por el terapeuta y por el paciente acerca del calor experimentado durante la sesión. Los sujetos que ejecutaron menos

bien en la EFT eran significativamente más correctos en sus juicios. Las sesiones de 15 minutos de duración en las cuales el sujeto escuchaba, permitieron una inmersión prolongada en una situación emocional absorbente, la cual facilitó una experiencia de participante. Esta y otras características de la situación contradecían un desarrollo del enfoque analítico y de resolución de problemas, tan enfatizados en el estudio de Cooper y Wolitzky.

REVISION DE LA TEORIA

La evidencia que se ha revisado apunta la necesidad para reconsiderar la concepción temprana de la independiencia-dependencia de campo a la luz de ciertos cambios teóricos y de la evidencia más nueva.

La Distinción entre la Reestructuración Cognoscitiva y la Dependencia en Referentes Vestibulares versus Visuales

Es posible que lo que se designó en etapas tempranas del desarrollo de la teoría como un enfoque articulado-global de campo, consiste de dos funciones separadas aunque relacionadas: la dependencia en referentes vestibulares o visuales de campo y la reestructuración cognoscitiva. Este hecho da lugar a un cuestionamiento de las opiniones expresadas anteriormente que estipulan que la esencia de la ejecución en ambas pruebas de la percepción de la proyección vertical y en pruebas como la EFT, es la competencia para desencajar.

La Autonomía de los Referentes Externos en el Comportamiento Perceptual y Social

El concepto del funcionamiento cognoscitivo articulado-global y la evidencia existente acerca del comportamiento interpersonal dan lugar a otra posible revisión teórica. A través de los estudios realizados acerca de grupos sociales interactuando, se ha visto que las personas que mantienen su autonomía del campo visual externo en la percepción de la proyección vertical, tienen también la tendencia a funcionar en forma más autónoma de los marcos externos sociales de referencia en sus relaciones interpersonales, particularmente bajo condiciones de ambigüedad. Las tendencias a depender de fuentes externas de información bajo condiciones ambiguas, o a funcionar más independientemente de tal información, se manifiestan independientemente de que la fuente sea otras personas con quienes el sujeto interactúa o el campo visual de la proyección vertical. Las diferencias individuales que se han observado en la ejecución de las pruebas de la percepción de la proyección vertical y en las relaciones interpersonales, tienen una base común. Ambas situaciones reflejan el grado de autonomía de los referentes externos o el grado de dependencia en uno mismo.

Las Interrelaciones entre la Autonomía, las Habilidades de Reestructuración Cognoscitiva y las Competencias Interpersonales

Al parecer, una mayor autonomía individual está asociada con la competencia en la reestructuración cognoscitiva, mientras que una dependencia en referentes externos está asociada con un conjunto de competencias interpersonales. Según la evidencia que

se tiene se puede conceptualizar un modelo en que las variables - están jerárquicamente ordenadas. El funcionamiento autónomo en la percepción de la proyección vertical y en el comportamiento interpersonal, se ubicará en el ápice del conjunto como un constructo superordinado amplio, y las habilidades de reestructuración cognoscitiva y de las competencias interpersonales serían constructos subsidiarios a un nivel justamente abajo del ápice. Las variables específicas de reestructuración cognoscitiva y de la competencia interpersonal están a un nivel aún más bajo. Esta proposición no trae implicaciones en cuanto a los efectos recíprocos entre los tres componentes principales del modelo: la autonomía, la reestructuración cognoscitiva y la competencia interpersonal, pero si existen algunas conexiones causales.

En primer lugar, el desarrollo de las competencias interpersonales son el resultado probable de una segregación yo-no yo limitada y consecuentemente, de una autonomía limitada. La orientación interpersonal de las personas dependientes en la percepción de la proyección vertical, y la orientación impersonal de las personas independientes en la misma medida, pueden ser concebidas como adaptaciones relacionadas a sus tendencias a funcionar en un modo más o menos autónomo. Los elementos responsables para la orientación interpersonal de las personas dependientes de campo son, en efecto, un repertorio de comportamientos que les permitan un acceso a referentes externos cuando se necesitan.

Estos comportamientos no son tan evidentes en personas

independientes de campo, quienes dependen más de sí mismos. El mayor involucramiento de personas dependientes de campo con otros, facilita la formación de normas y de expectativas comportamentales relacionadas con diferentes tipos de personas en una variedad de circunstancias sociales, y la adquisición de experiencia en el trato con los demás. Se puede esperar, razonablemente, que la experiencia de personas dependientes de campo en la interacción social, en combinación con sus características personales sociales, contribuyen a una efectividad en el trato con los demás. Por el otro lado, las personas independientes de campo, con su mayor segregación yo-no yo, son capaces de estructurar situaciones por sí solas. Pueden funcionar en base a una mayor autonomía que los sujetos dependientes de campo, y muestran una mayor polaridad entre el yo y los otros. No son tan propensos a desarrollar las características sociales o a extender su experiencia en la interacción social. Las competencias interpersonales involucradas en el trato con los demás, entre las personas dependientes de campo, son secuelas de una tendencia a depender de referentes externos.

A continuación, trataré la relación establecida entre la habilidad de reestructuración cognoscitiva y la tendencia a funcionar en forma autónoma de los referentes externos. En términos causales, la teoría de diferenciación explica esta relación en varias maneras. El que una persona tiende a depender primordialmente de los referentes externos o de sí mismo, podría influir en el desarrollo de su manera de procesar información del campo. Accede a las propiedades dominantes del campo o lo reestructurará.

Una persona que funciona en forma menos autónoma se adhiere al campo dado en su ejecución de las tareas de reestructuración cognoscitiva. Una persona más autónoma va más allá de la información dada cuando las demandas situacionales o interiores así lo requieren. El "actuar sobre el campo" toma diferentes formas. Puede involucrar un rompimiento de un campo organizado para que sus partes sean experimentadas como discretas de su fondo. Se puede proveer una organización a un campo que carece de ella. Se podrá también imponer una organización diferente en un campo, dada su organización inherente. Estos se llaman actos de reestructuración porque se tratan del hecho de cambiar el campo y no de aceptarlo como es. El desarrollo de las habilidades de reestructuración cognoscitiva tiene su raíz en tales características básicas como la segregación yo-no yo desarrollado y la autonomía individual. Las habilidades de reestructuración cognoscitiva tienen su origen en las características básicas de una persona. Deberían de mostrarse pervasivamente en su comportamiento. Aunque se postula autoconsistencia, pueden modificarse por los efectos únicos de una modalidad sensorial particular (visual o auditivo), del medio (figural o simbólico) y del procesamiento (simultáneo o secuencial) involucrados en cualquier tarea dada de reestructuración cognoscitiva.

Los postulados de la teoría de la diferenciación sugieren otro modo de conceptualizar la relación entre el funcionamiento autónomo y las habilidades de la reestructuración cognoscitiva (Witkin, Goodenough y Oltman, 1979). A manera de reflejar el

caracter organísmico de la diferenciación, las personas que manifiestan una diferenciación psicológica mayor, observado en su modo de funcionamiento independiente de campo, dan también evidencia de una diferenciación hemisférica mayor (lateralización de los dos hemisferios cerebrales). Levy (1969, 1974) ha hablado acerca de las consecuencias cognoscitivas posibles de una mayor o menor lateralización cerebral. Sugiere que cuando las funciones verbal y espaciales están incompletamente lateralizadas en los hemisferios izquierdo y derecho, las funciones verbales tienden a predominar a expensas de las espaciales. A consecuencia, las personas dependientes de campo, quienes tienden a ser menos lateralizadas que las personas independientes de campo, pueden llevar a cabo las funciones verbales tan efectivamente. Por otra parte, estas personas no ejecutan las funciones espaciales, las de la reestructuración espacial en particular, tan efectivamente como las personas independientes de campo. Se podrá concluir que las habilidades de reestructuración espacial se relacionan con otros aspectos de la diferenciación, que son distintos de los involucrados en la reestructuración verbal.

Las habilidades asociadas con la reestructuración cognoscitiva pueden ser expresiones directas de las diferencias individuales en la autonomía o mediadas por la lateralización hemisférica. En base a ello, es razonable asignar una dependencia en referentes externos versus un funcionamiento autónomo, un estatus de constructo de alto nivel. La literatura transcultural acerca de

la independencia-dependencia de campo, que fue revisada por Witkin y Berry (1975) y que será examinado en más detalle, más adelante en este trabajo, brinda una importancia merecida al tema. Los escritos sugieren que las personas que manifiestan independencia de campo en su percepción de la proyección vertical, competencia en la reestructuración cognoscitiva y autosuficiencia, son más comunmente encontradas en sociedades que estimulan la autonomía de la autoridad social y la relacionada a los padres durante el desarrollo infantil, que en sociedades que enfatizan la conformidad.

Se precisa la necesidad de una mayor evidencia acerca del modelo en cuanto a la distintividad de las funciones involucradas en la percepción de la proyección vertical y en cuanto a la reestructuración cognoscitiva, acerca de la generalidad de la dimensión de reestructuración y acerca del ordenamiento jerárquico de los constructos del modelo.

A modo de ilustración, el asunto de la distintividad de los procesos involucrados en la ejecución de las pruebas de percepción de la proyección vertical como la RFT y la BAT, y en las tareas de reestructuración cognoscitiva como la EFT, se presta a mayor exploración. Para estos fines, se ilustra el empleo de un enfoque experimental de algunos estudios que ya han sido citados, que examinan el rol de los eventos corporales específicos en la ejecución de la RFT, eventos que no entrarían en la ejecución de las tareas visuo-espaciales de reestructuración, como la EFT.

Se puede analizar la ejecución en la RFT experimentalmente. Se puede determinar si un proceso visual de desencaje está involucrado o si las diferencias individuales en la percepción de la proyección vertical se deben únicamente a factores tales como los efectos de torsión ocular y de inclinación corporal, inducidos por vía visual. Además de responder a esta pregunta, un análisis experimental de la ejecución en la RFT y la identificación de los procesos constituidos en ella, podría generar medidas separadas para estos procesos, que podrían ser usadas en estudios correlacionales que tratan las diferencias individuales.

Un estudio del análisis factorial podría reflejar la distintividad de las funciones involucradas en la percepción de la proyección vertical y en la reestructuración cognoscitiva. Tal estudio debería de incluir un número suficiente de pruebas de la percepción de la proyección vertical y de las diversas dimensiones de la reestructuración cognoscitiva, como para permitir que cada una emerja como un factor separado, si de hecho éste es el caso. Tal tipo de estudio podría ser empleado a futuro para detectar la generalidad de la habilidad para la reestructuración cognoscitiva. Existe una evidencia clara en relación a la autoconsistencia individual en la ejecución a través de las pruebas de reestructuración espacial, pero se necesita saber si esta autoconsistencia se extiende a las tareas de reestructuración auditiva y verbal. Para tener una representación adecuada del dominio auditivo, por ejemplo, es necesario desarrollar pruebas que son las contrapartes de las usadas para detectar las dimensiones de la reestructu-

ración espacial. En el mismo sentido, para tener una representación apropiadas del dominio verbal, se necesitan desarrollar pruebas que toquen niveles más profundos del funcionamiento psicolingüístico, que las pruebas verbales usadas comunmente en los estudios de análisis factorial. Como se notó anteriormente, las características de las tareas particulares de la reestructuración cognoscitiva, como la modalidad sensorial, el medio y la naturaleza del procesamiento involucrado, pueden cada una hacer contribuciones únicas a la ejecución de la prueba, más allá de las asociaciones con la reestructuración cognoscitiva, per se. La evidencia obtenida del tipo de estudio propuesto podrá reflejar el papel de tales factores moderadores.

Se podrá saber todavía más acerca del ordenamiento jerárquico sugerido por el modelo, mediante un estudio de análisis factorial que de lugar a un patrón de las relaciones entre las calificaciones en factores para los tres constructos principales: la dependencia en los referentes internos versus externos, las habilidades de reestructuración cognoscitiva y las competencias interpersonales. En función del ordenamiento jerárquico propuesto, se puede esperar que las habilidades de reestructuración cognoscitiva y las competencias interpersonales sean derivaciones de la dependencia en referentes internos o externos. Deberían de estar más altamente relacionadas entre sí que las medidas cognoscitivas e interpersonales. Un estudio de análisis factorial podría también comprobar la relación jerárquica propuesta entre la dependencia en referentes internos versus externos, las competencias

interpersonales y la reestructuración cognoscitiva. Si las diferencias individuales en la dependencia en el yo versus el campo se relacionan con una dimensión ubicada cerca del ápice de la estructura jerárquica, como es concebida ser, las pruebas de la percepción de la proyección vertical definirán un factor separado del factor de la reestructuración cognoscitiva, más abajo en la pirámide, pero el parcelamiento de las calificaciones para un factor de la prueba de percepción de la proyección vertical, eliminaría las correlaciones entre las medidas de las habilidades de reestructuración y las competencias interpersonales.

Otro enfoque posible que se puede emplear en un intento para comprobar el ordenamiento jerárquico propuesto de acuerdo al modo, consiste en los procedimientos de entrenamiento. Si existe una dimensión general de reestructuración, un programa de entrenamiento en reestructuración afectaría la ejecución en las pruebas en cada una de las variables de más bajo orden en que se considera involucrada la reestructuración: desencaje, perspectivismo, desambigüedad verbal, etc. En la medida que cada variable de más bajo orden involucra la reestructuración cognoscitiva, además del componente específico, único a esta variable, el entrenamiento en la reestructuración debería de tener un efecto directo e inmediato en la ejecución de las pruebas que tratan estas variables. El ordenamiento jerárquico propuesto da lugar a la expectativa que el entrenamiento en la reestructuración resultará en una ejecución mejorada en las dimensiones de más bajo

orden en que está involucrada. Al mismo tiempo esta propuesta de ordenamiento haría creer que el entrenamiento en la reestructuración no tendrá efecto en la ejecución de pruebas de la percepción de la proyección vertical.

El valor que tiene el enfoque de entrenamiento para detectar el carácter jerárquico del modelo propuesto, también puede ilustrarse mediante la situación psicoterapéutica, que involucra, en un sentido real, un entrenamiento. La meta psicoterapéutica de muchos pacientes es el logro de una mayor autonomía personal. El logro de esta meta, de acuerdo al modelo propuesto, contribuirá a una habilidad incrementada en la reestructuración cognoscitiva, aun cuando la terapia no se concierne directamente con una mejoría en este dominio. En esta instancia, las consecuencias de un entrenamiento en la autonomía, en las dimensiones de reestructuración cognoscitiva inmediatamente abajo, no toman una forma tan directa e inmediata como cuando un entrenamiento en la reestructuración cognoscitiva influye en las dimensiones individuales de la reestructuración cognoscitiva de más bajo orden. Como referentes internos, son desarrollados durante la terapia y proveen los mediadores necesarios para actuar en los campos cognoscitivos o en la reestructuración de éstos. Se necesita designar mediadores específicos en relación a las tareas cognoscitivas. En un sentido, el entrenamiento en la autonomía podría presentarnos con oportunidades para un desarrollo individual, más comunmente accesibles durante períodos tempranos de la vida. El logro de autonomía

personal mayor en un paciente quien es relativamente dependiente en los referentes externos en un inicio, no necesariamente da lugar a una pérdida de las competencias interpersonales que adquirió de su tendencia más temprana a depender primordialmente en los referentes externos. Las características, productos de las fuerzas de desarrollo operativas en una etapa de desarrollo, pueden llegar a ser atributos perdurables de la persona y podrían continuar expresándose aún cuando las fuerzas que originalmente las generaron no son operativas.

La Independencia-Dependencia como Estilo Cognoscitivo

El modelo presentado tiene implicaciones para la concepción de los estilos cognoscitivos y para el empleo de las designaciones independiente-dependiente de campo. El uso más temprano del término "independencia-dependencia" de campo se refiere a la dimensión de diferencias individuales en la tendencia para depender primordialmente del campo visual o del cuerpo como referentes para la percepción de la proyección vertical. Posteriormente, se le usó para referirse a la habilidad para superar un contexto de encaje en la percepción. Los resultados de otros estudios que trataron estas diferencias individuales, las mostraron como parte de una dimensión aún más amplia, que involucra el análisis y la estructuración en las actividades intelectuales y perceptuales. Esta más amplia dimensión fue definida como en función del enfoque articulado versus global de campo. Se le concibió también como una habilidad.

Al iniciar el empleo del concepto del estilo cognoscitivo (Witkin, 1964, 1965; Witkin, Goodenough y Karp, 1967), se le aplicó específicamente a una dimensión que trata el enfoque articular-global de campo. Con el empleo de este concepto, se intentó enfatizar varias características de la dimensión. Primero, es una dimensión pervasiva del funcionamiento individual y se muestra en los dominios perceptuales, intelectuales, sociales y de la personalidad. Esta ligado, en su formación, con el desarrollo del organismo como una totalidad. En segundo lugar, implica diferencias individuales en las variables de proceso, más no en las de contenido. En tercer lugar, la ejecución de las personas en esta dimensión es estable con el tiempo. De hecho, era la dimensión más pervasiva de las diferencias individuales en el funcionamiento cognoscitivo, del enfoque articulado-global de campo. Por ello, Witkin y Goodenough aplicaron el término estilo cognoscitivo sin designar la dimensión más específica de independencia-dependencia de campo.

Al emplear el concepto "estilo cognoscitivo" hay que distinguir entre las dimensiones de estilo y de habilidad. English y English (1958) definen estilo como: "una cantidad total de detalles del comportamiento que influyen poco en la obtención de una meta, pero que dan a un individuo o a una ejecución particular, una manera característica, casi identificable" (Pag. 531).

Cuando la investigación de Witkin y Goodenough se limitó todavía a la percepción de la proyección vertical, la concepción

de campo corporal versus visual de las diferencias individuales autoconsistentes, encajó dentro de esta definición de estilo. Las personas independientes de campo muestran una percepción más correcta en algunas situaciones como ante la RFT o la BAT, pero las personas dependientes de campo actúan en una forma más correcta en otras situaciones como ante la RRT. Aunque estas situaciones no son comunes fuera del laboratorio, bajo condiciones normales, se asume que las personas dependientes de campo dependen más de los apuntes visuales y que las personas independientes de campo dependen más de los apuntes gravitacionales, tal y como ocurre bajo las condiciones de manipulación experimental del laboratorio. En el mundo real, los apuntes gravitacionales y visuales generalmente proveen una información congruente con la que es presentada en el laboratorio acerca de la ubicación de la proyección vertical. Las personas dependientes e independientes de campo logran una percepción correcta al igual forma de como la logran en el laboratorio. La dimensión independencia-dependencia de campo, entonces, tenía que ver con el modo de funcionamiento y no con la obtención de metas.

Cuando Witkin y Goodenough se referían a la dimensión articulada-global como un estilo cognoscitivo, el uso del término "estilo" no conformó a la definición convencional apuntada por Kurtz (1969; Wachtel, 1972).

Las dificultades contempladas en el pasado, en relación al uso de la independencia-dependencia de campo y del estilo

cognoscitivo, son evitadas en el modelo ahora propuesto. En la actualidad, la dimensión más general del funcionamiento cognoscitivo que ha sido identificada, es una dimensión de las diferencias individuales en el grado de autonomía de los referentes externos. Esta dimensión se conforma con el concepto de estilo en varias maneras: la manera de acercarse a una meta (no se refiere a la habilidad) y la competencia en la obtención de una meta. Los términos independiente y dependiente de campo pueden ser transferidos a la dimensión de más alto nivel, de la autonomía de los referentes externos.

Como se ha visto, las personas dependientes de campo, comparadas con las independientes de campo, manifiestan más competencias interpersonales y las personas independientes de campo tienen mayores habilidades para la reestructuración cognoscitiva. Esto sugiere que la dimensión de la independencia-dependencia de campo es bipolar en nivel, en el sentido que no tiene los extremos "alto" y "bajo". Su bipolaridad hace que su valor de dimensión sea neutral. Cada polo tiene calidades que son adaptativas en circunstancias particulares. Witkin (1978) nos provee con evidencia acerca del carácter neutral del valor de los estilos cognoscitivos independiente y dependiente de campo. Proviene de una variedad de fuentes que incluyen muchas situaciones de la vida real.

Una fuente de evidencia particularmente persuasiva, a este respecto, es la extensa investigación existente acerca de la relación entre la independencia-dependencia de campo y las preferencias,

de campo corporal versus visual de las diferencias individuales autoconsistentes, encajó dentro de esta definición de estilo. Las personas independientes de campo muestran una percepción más correcta en algunas situaciones como ante la RFT o la BAT, pero las personas dependientes de campo actúan en una forma más correcta en otras situaciones como ante la RRT. Aunque estas situaciones no son comunes fuera del laboratorio, bajo condiciones normales, se asume que las personas dependientes de campo dependen más de los apuntes visuales y que las personas independientes de campo dependen más de los apuntes gravitacionales, tal y como ocurre bajo las condiciones de manipulación experimental del laboratorio. En el mundo real, los apuntes gravitacionales y visuales generalmente proveen una información congruente con la que es presentada en el laboratorio acerca de la ubicación de la proyección vertical. Las personas dependientes e independientes de campo logran una percepción correcta al igual forma de como la logran en el laboratorio. La dimensión independencia-dependencia de campo, entonces, tenía que ver con el modo de funcionamiento y no con la obtención de metas.

Cuando Witkin y Goodenough se referían a la dimensión articulada-global como un estilo cognoscitivo, el uso del término "estilo" no conformó a la definición convencional apuntada por Kurtz (1969; Wachtel, 1972).

Las dificultades contempladas en el pasado, en relación al uso de la independencia-dependencia de campo y del estilo

cognoscitivo, son evitadas en el modelo ahora propuesto. En la actualidad, la dimensión más general del funcionamiento cognoscitivo que ha sido identificada, es una dimensión de las diferencias individuales en el grado de autonomía de los referentes externos. Esta dimensión se conforma con el concepto de estilo en varias maneras: la manera de acercarse a una meta (no se refiere a la habilidad) y la competencia en la obtención de una meta. Los términos independiente y dependiente de campo pueden ser transferidos a la dimensión de más alto nivel, de la autonomía de los referentes externos.

Como se ha visto, las personas dependientes de campo, comparadas con las independientes de campo, manifiestan más competencias interpersonales y las personas independientes de campo tienen mayores habilidades para la reestructuración cognoscitiva. Esto sugiere que la dimensión de la independencia-dependencia de campo es bipolar en nivel, en el sentido que no tiene los extremos "alto" y "bajo". Su bipolaridad hace que su valor de dimensión sea neutral. Cada polo tiene calidades que son adaptativas en circunstancias particulares. Witkin (1978) nos provee con evidencia acerca del carácter neutral del valor de los estilos cognoscitivos independiente y dependiente de campo. Proviene de una variedad de fuentes que incluyen muchas situaciones de la vida real.

Una fuente de evidencia particularmente persuasiva, a este respecto, es la extensa investigación existente acerca de la relación entre la independencia-dependencia de campo y las preferencias,

selecciones y ejecuciones educativo-vocacionales (Quinlan y Blatt, 1972; Witkin, Moore, Goodenough y Cox, 1977; Witkin, Moore, Oltman, Goodenough, Friedman, Owen y Raskin, 1977). Tal investigación sugiere que las personas favorecen y ejecutan mejor en dominios educativo-vocacionales congruentes con sus estilos cognoscitivos. Considerando la relación entre el estilo cognoscitivo y el logro en los dominios educativo-vocacionales en un contexto académico, los estudiantes independientes y dependientes de campo no son significativamente diferentes en cuanto a los indicadores de logro, como por ejemplo, en el promedio universitario (Anderson, 1971; Gehlmann, 1951; Glass, 1967; Montgomery, 1971; Pohl, 1967; Witkin, Moore, Goodenough y Cox, 1977). Si son diferentes en los patrones de cursos que llevan, en los que obtienen sus promedios similares. Los estudios han mostrado que los estudiantes independientes de campo ejecutan mejor, por ejemplo, en las matemáticas, en las ciencias, en la ingeniería y en la arquitectura (Dubois y Cohen, 1970; A. Greenfield, 1970; Hunt y Randhawa, 1973; Margulis, 1971; Rosett, Robbins y Watson, 1968; Schmidt, 1973; Stein, 1968; Williams, 1969). Los hombres que eran más exitosos durante el entrenamiento para aviador naval eran significativamente más independientes de campo que las personas que no habían sido exitosas (Kennedy, 1972).

Se observará que la independencia o dependencia de campo no son inherentemente "buenos" o "malos", sino que cada estilo puede ser adaptativo en un contexto particular. Juzgado por el criterio

de la deseabilidad social prevalente en nuestra cultura, la dimensión de la independencia-dependencia de campo tampoco parece tener un perjuicio de valor. Las personas independientes de campo muestran las habilidades desarrolladas en la reestructuración cognoscitiva, pero muestran atributos también que comunmente son menos valorados: el ser mal educado, manipular a la gente como un medio para lograr fines personales y ser frío. En contraste, las personas dependientes de campo, aunque tengan menos habilidades desarrolladas de reestructuración cognoscitiva, manifiestan características deseables: caluroso, aceptativo de los demás y dispuesto a ayudar a los demás. Desde un punto de vista pan-cultural, los atributos enlistados vistos positivamente en nuestra sociedad, pueden tener connotaciones negativas en otras sociedades.

A modo de resumen, Witkin y Goodenough han añadido a su concepción de los estilos cognoscitivos como variables de proceso, pervasivas y estables en su naturaleza. "Bipolar" se refiere a su nivel y "neutral" a su valor. Estas últimas características hacen que los estilos cognoscitivos sean diferentes de las dimensiones de habilidad, unipolares y cargadas en valor. También, en base a ellos, se pueden aceptar los estilos cognoscitivos en función de las definiciones convencionales de estilo.

El bosquejo del modelo descrito refleja el desarrollo de la independencia de campo en forma multilíneal. Propone que una mayor apertura, por parte de las personas dependientes de campo, ante fuentes externas de información, estimula el desarrollo de

las competencias interpersonales, mientras que no da lugar a un desarrollo de habilidades de la reestructuración cognoscitiva. Propone también que el funcionamiento más autónomo de las personas independientes de campo, podrían facilitar el desarrollo de las habilidades de reestructuración cognoscitiva, pero no las competencias interpersonales. Desde esta perspectiva, los instrumentos primordiales de desarrollo de las personas dependientes e independientes de campo, están relacionados con diferentes dominios, de modo que el crecimiento psicológico de estas personas se canaliza en modos distintos. Es en este sentido que la concepción de desarrollo de la independencia y de la dependencia de campo es multilíneal. Un desarrollo verdadero ocurre siguiendo ambas rutas. No existe una implicación de "paro en el desarrollo", del tipo que traen las concepciones unilíneales. El modelo propone además, que los estilos cognoscitivos que son variables de proceso, afectan el desarrollo de los patrones de habilidad en las competencias interpersonales y de las habilidades de la reestructuración cognoscitiva. Entonces, los estilos cognoscitivos se expresan en estas habilidades del mismo modo en que las habilidades sirven como medio para la detección de los estilos cognoscitivos.

Estilos Cognoscitivos, Habilidades e Inteligencia

Aunque la independencia-dependencia de campo es una dimensión de estilo cognoscitivo, la reestructuración cognoscitiva es una dimensión de habilidad. Todas las pruebas de reestructuración

como la EFT, requieren que los sujetos reestructuren los materiales de problema si han de calificar alto.

El hecho de que la reestructuración cognoscitiva sea una dimensión de habilidad, tiene implicaciones en su relación con las medidas de inteligencia.

Si existe una dimensión muy general de la habilidad (G) en términos de análisis factorial, se puede esperar que haya alguna correlación entre la reestructuración y otras habilidades. De hecho, la evidencia muestra que la habilidad de desencaje está relacionada con la habilidad asociada con las tareas de comprensión verbal, por ejemplo. Witkin y Goodenough señalaron once estudios en los cuales se empleó a 511 sujetos adultos, cuya meta era examinar la relación entre las calificaciones en las pruebas de vocabulario con la ejecución en la EFT y en la RFT. La correlación media entre las calificaciones en la prueba de vocabulario y ante la prueba EFT era significativa, pero pequeña: $r = .14$. Este valor es mucho más bajo que las correlaciones que caen en un rango de .30 a .60, comprobadas para las medidas de reestructuración espacial. Entonces, los constructos de reestructuración y de comprensión verbal muestran una relación aunque ésta es pequeña en magnitud. Si se define la inteligencia en términos de las habilidades cognoscitivas generales, la dimensión de reestructuración puede ser considerada como la expresión de la independencia de campo en el funcionamiento intelectual.

La inteligencia puede ser también considerada desde un punto de vista convencional que se refiere a las medidas de coeficiente intelectual. Los resultados de los estudios previamente citados en relación al análisis factorial de Goodenough y Karp (1961) y de Karp (1963) comprobaron que la EFT, la RFT y la BAT aparecieron en el factor organización-perceptual del Wechsler, cargándose en las subescalas Wechsler, Construcción, Composición de Objetos y Comprensión Visual. Todos requieren el empleo de la reestructuración para su ejecución. No se cargaron en el factor de Comprensión Verbal que comprende las subescalas de Vocabulario, Información y Comprensión, o en el factor de atención-concentración que comprende las subpruebas de Wechsler, Retención de Dígitos, Semanzas y Aritmética. Los factores Comprensión Verbal y Atención-Concentración no involucran la reestructuración.

En el mismo conjunto de los 11 estudios, la correlación media entre las calificaciones de vocabulario y la RFT no era significativamente diferente a cero ($R = .04$). De acuerdo a esta información, el constructo de estilo cognoscitivo, independencia-dependencia de campo y el constructo de la comprensión verbal, no están relacionados. La ausencia de una relación entre la independencia de campo y la habilidad verbal como se expresa en las pruebas de vocabulario, sugiere que la relación repetidamente hallada entre la independencia de campo y la habilidad de reestructuración, no puede explicarse en base a una capacidad mayor de las personas independientes de campo sobre las personas dependientes de campo.

Movilidad-Fijeza

El conjunto de habilidades de reestructuración y de competencias interpersonales están asociadas con polos opuestos de la dimensión del estilo cognoscitivo, independencia-dependencia de campo. Las medidas de un conjunto se relacionan en forma inversa a las medidas de otro conjunto.

Mientras que las tendencias de las personas a mostrar una alta habilidad de reestructuración cognoscitiva y una baja capacidad para con las competencias personales (independientes de campo), o, en forma inversa, una baja habilidad de reestructuración cognoscitiva y una alta competencia interpersonal (dependientes de campo), son los patrones comúnmente encontrados, la magnitud de la relación inversa entre la reestructuración y las competencias interpersonales es lo suficientemente baja como para admitir que estos patrones no son los únicos y que pueden ser cambiados. Dadas las circunstancias apropiadas de la vida y experiencias educativas, las personas pueden tener un acceso a las habilidades cognoscitivas de reestructuración y a las comprendidas en la competencia interpersonal, independientemente de su ubicación en la dimensión independencia-dependencia de campo. Como podemos hallar a personas quienes consistentemente muestran las características cognoscitivas o sociales particulares, en que un estilo independiente o dependiente de campo se expresan en forma típica, podemos también hallar a personas que muestran las características asociadas con ambos estilos. Estas tendrán habilidades de reestructuración cognoscitiva y competencias interpersonales.

Las personas que manifiestan las características prototípicas de un estilo dependiente de campo con un alto grado de regularidad, son designados como "fijos" en cuanto a su empleo de las tendencias asociadas a aquel estilo. Otras son igualmente fijas en cuanto a su empleo de las características de un estilo independiente de campo. Aún otras tienen acceso a las características asociadas con ambos estilos. Estas personas son designadas como "móviles".

Dado que la movilidad significa una mayor diversidad en los modos de funcionamiento accesibles a una persona, es más adaptativo que la fijeza.

Al decir que la movilidad significa una mayor diversidad en los modos de funcionamiento, se añade otra perspectiva de valor a aquella propuesta anteriormente en relación a la congruencia entre el estilo cognoscitivo de una persona y los requerimientos de la situación. Aunque existen circunstancias en que un modo de funcionamiento de independencia o de dependencia de campo es más adaptativo y la persona con el modo que encaje con ellas es beneficiada, la persona con acceso a ambos modos, tiene la potencialidad para adaptarse a una gama más amplia de circunstancias, en comparación con la persona fija, independientemente de que el modo sea la independencia o la dependencia de campo.

El concepto de movilidad-fijeza sugiere una perspectiva específica para el entrenamiento en estilo cognoscitivo. Esta perspectiva se deriva de la bipolaridad de la dimensión independencia-de

pendencia de campo y es diferente de lo que estipula la definición acerca de los objetivos del entrenamiento, inherentes en las dimensiones de las habilidades unipolares. En este último caso, el ayudar a la persona a acercarse a la extremidad alta de la dimensión es una meta deseable. Cada polo de la dimensión independencia-dependencia de campo tiene características adaptativas y a razón de ello, la suplementación de las características que no tiene un individuo a las que ya tiene, para equiparlo con ambos conjuntos de características, es una meta del entrenamiento en el dominio de estilo cognoscitivo.

Numerosos estudios a ser revisados más adelante han demostrado que la competencia en las dimensiones de reestructuración cognoscitiva puede ser realizada a través de programas educativos apropiados. Además, estos estudios contienen algunas sugerencias que el entrenamiento en la reestructuración, como una competencia general, puede dar lugar a una mejoría en habilidades más particulares que la involucran (Delecki, 1976; Hurwitz, Wolff, Bortnick y Kokas, 1975). Otra posibilidad realista es el entrenamiento en las competencias interpersonales. Los esfuerzos como programas de grupos de encuentro hablan en favor de esta posibilidad.

LOS ORIGENES DE LOS ESTILOS INDEPENDIENTE Y DEPENDIENTE DE CAMPO

Parece ser pertinente ahora examinar las influencias que pueden dirigir un desarrollo en individuos durante la ontogénesis y en grupos en el curso de las transiciones culturales, hacia un

estilo cognoscitivo más independiente o dependiente de campo.

En vista de las diferentes consecuencias adaptativas en los modos de funcionamiento independiente y dependiente de campo, es fácil comprender que éstas concuerdan con los requerimientos adaptativos de las circunstancias de la vida en individuos y en grupos culturales. En lo que sigue consideraré primero, el curso del desarrollo ontogenético, cómo se puede lograr esta concordancia referida arriba, durante la historia de la vida del individuo y finalmente, el curso del desarrollo humano cultural en relación a algunos de los aspectos adaptativos de los estilos cognoscitivos independiente-dependiente de campo.

Desarrollo de la Independencia-Dependencia de Campo durante la Ontogénesis

La secuencia característica en el desarrollo individual es claramente de un modo de funcionamiento dependiente a independiente de campo. Los resultados de los estudios transeccionales y longitudinales de la percepción de la proyección vertical han mostrado un decremento progresivo en el efecto del campo visual y una dependencia incrementada en el cuerpo, como referente, hasta los 16 años, con poco cambio después, durante los años de madurez (Witkin et al., 1954; Witkin et al., 1962; Witkin, Goodenough y Karp, 1967). La evidencia ahora accesible acerca de las habilidades de la reestructuración cognoscitiva muestra un tren de desarrollo similar (Maccoby y Jacklin, 1974; Witkin et al., 1962). Además, es obvio que los niños funcionan en forma menos autónoma de

los demás en sus relaciones interpersonales, que los adultos.

Más allá de estas tendencias grupales, está claro que las diferencias individuales en la independencia-dependencia de campo y en la habilidad de reestructuración cognoscitiva, son evidentes a todas las edades, empezando con los períodos de jardín de niños (Coates, 1975; Coates, Lord y Jakabovics, 1975; Dreyer, Dreyer y Nebelkopf, 1971). Los niños que rápidamente desarrollan la independencia de campo también desarrollan una mayor competencia en la reestructuración cognoscitiva. Dada su mayor autonomía, estos niños no tienen una experiencia extensiva en las relaciones interpersonales que generan las habilidades interpersonales entre niños dependientes de campo.

Los datos existentes sugieren además, que surgen diferencias entre niños y niñas en el desarrollo de la independencia y dependencia de campo en las culturas Occidentales. Entre los adultos, los varones tienden a ser más independientes de campo que las mujeres en su ejecución de la RFT (Witkin et al. 1962). Las diferencias sexuales en la ejecución de la BAT no han sido de tanta consecuencia, pero se han hecho pocos estudios empleando esta prueba por el equipo elaborado que requiere. No obstante, los varones adultos tienden a calificar más alto que las mujeres en en muchas pruebas que tienen que ver con las habilidades de reestructuración (Maccoby y Jacklin, 1974; Witkin et al. 1962). Por otro lado, las habilidades socio-interpersonales son más notables entre las mujeres que entre los hombres (Tyler, 1965), pero no -

todas las autoridades aceptan esta conclusión (Maccoby y Jacklin, 1974).

Refiriéndome específicamente a las tendencias de reestructuración en desarrollo, la evidencia sugiere que las diferencias sexuales pronunciadas en la habilidad de visualización espacial, una de las habilidades específicas de reestructuración, emergen durante la adolescencia. Los varones manifiestan ser superiores en esta área y su capacidad incrementa especialmente durante los años de la preparatoria (ibid).

El curso de desarrollo de las diferencias sexuales en la habilidad de desencaje puede ser similar a aquél que se relaciona con la habilidad de la visualización espacial (ibid). Se ha empleado la EFT preescolar (Coates, 1972) a los niños menores de seis años. Hay alguna indicación de diferencias sexuales a favor de las niñas en esta prueba (Coates, 1974).

The Children's EFT (Karp y Konstadt, 1971) ha sido empleado en el estudio de niños preadolescentes. Aunque la mayoría de los estudios han comprobado que los varones tienden a calificar más alto que las mujeres en esta prueba, a estas edades. (Clack, 1970; Eddy, 1974; Finley y Solla, 1975; Stanes y Gordon, 1973), las diferencias sexuales en la ejecución son generalmente muy pequeñas y no significativas.

Se ha empleado una gran variedad de pruebas de figuras encajadas en el estudio de adolescentes y adultos. Ha habido

diferencias marcadas en los resultados de las pruebas. Las calificaciones promedio obtenidas en la EFT tienden a ser más altas para hombres que para mujeres (Witkin et al., 1962), pero las diferencias sexuales tienden a ser muy pequeñas para las formas grupales de la prueba, y generalmente llegan a ser significativas para muestras muy grandes (Dickie, 1969; Doherty, 1968; Nedd y Gruenfeld, 1976; Renzi, 1974). En vista de la variación de resultados de las pruebas aplicadas a adultos y al empleo de diferentes pruebas para diferentes grupos de edad, es difícil concluir algo acerca de las tendencias en el desarrollo de las diferencias sexuales en la habilidad de desencaje.

Los resultados de los estudios en que se ha empleado la RFT para el estudio de niños escolares y preadolescentes, han mostrado que los niños tienden a ser más independientes de campo que las niñas (Dreyer, Dreyer y Nebelkopf, 1971; Pearlstein, 1971). En otros estudios transeccionales y longitudinales que abarcan las edades desde la preadolescencia (ocho años) hasta la edad adulta (17 años), no hubo una interacción edad sexo significativa (Witkin, Goodenough y Karp, 1967). Estos datos indicarían que, en relación a la ejecución de la RFT, las diferencias sexuales prominentes emergen en el curso del desarrollo antes de la pubertad, en contraste con lo que pasa con respecto a las habilidades de visualización espacial y de desencaje. Esto sugiere un origen diferente de las diferencias sexuales, en la percepción de la proyección vertical y en la reestructuración cognoscitiva.

En base a los resultados de los estudios realizados acerca de la independencia-dependencia de campo, algunos han establecido que estos atributos se establecen temprano en la vida, y de manera estable. Por ejemplo, las calificaciones RFT para varones a la edad de 10 años, se correlacionan de modo substancial con las calificaciones se reanuda a los 14 ($r=.71$), 17 ($r=.72$) y 24 ($r=.66$) años. Entonces, los estilos cognoscitivos de los años posteriores de desarrollo y de los años tempranos de la edad adulta, pueden ser predichos con alguna precisión del conocimiento de éstos durante el período de prepubertad.

En la búsqueda de los motivos de los cambios que ocurren durante el desarrollo en las diferencias individuales y sexuales que se han descrito, es preciso examinar el rol de los factores biológicos, de entrenamiento y de las experiencias de la vida, en los contextos de la socialización, los encuentros culturales y la ecología.

Factores Biológicos en el Desarrollo Ontogenético

El hallazgo de que los varones tienden a ser más independientes de campo que las mujeres, ha llamado la atención a los roles que juegan los factores hormonales y genéticos, ligados al sexo, en el desarrollo de los estilos cognoscitivos independiente y dependiente de campo.

Determinantes Hormonales

Históricamente, el investigador más destacado en el estudio

de las relaciones endócrino-cognoscitivas ha sido Broverman (Broverman, Broverman, Vogel, Palmer y Klaiber, 1964; Broverman, Kleiber, Kobayashi y Vogel, 1968). Broverman y sus colegas han enfocado sus trabajos en dos conjuntos de situaciones cognoscitivas. Un conjunto se llama tareas de "automatización", y se caracteriza por el requerimiento que sean rápidamente emitidas respuestas sencillas repetitivas. El otro conjunto se llama tareas de "reestructuración", y se caracteriza por el requerimiento de que sean inhibidos los atributos salientes del estímulo o las respuestas sobrecaprendidas. A veces, la habilidad de reestructuración se mide con una calificación compuesta en las pruebas de desencaje y espaciales. El constructo de Witkin y Goodenough es muy similar al de Broverman. Broverman combina estos dos conjuntos en una dimensión bipolar del estilo cognoscitivo. Hablaré en la discusión que sigue, de la reestructuración, puesto que muchos investigadores la han estudiado ampliamente y tiene una validez de constructo más sustancial. Además está más cercanamente relacionado con la independencia-dependencia de campo, teórica y empíricamente.

Se puede trazar al trabajo de Broverman y sus colegas, dos proposiciones claves acerca de la relación entre las hormonas gonadales y la habilidad de reestructuración. Una proposición es que el andrógeno o el estrógeno afectan los patrones asociados a las habilidades cognoscitivas (Broverman et al. 1968). Desde este punto de vista, cuando los niveles de hormonas gonadales

son altos, la ejecución en las tareas de automatización mejora - mientras que declina en las tareas de reestructuración. La teoría bioquímica avanzada por Broverman y sus colegas en apoyo de esta idea, ha sido severamente criticada (Parlee, 1972; Singer y Montgomery, 1969).

Una segunda propuesta es que las personas que maduran más tardíamente tienen una habilidad de reestructuración mayor que las personas que maduran tempranamente (Broverman et al. 1964). Waber (1976, 1977a, 1977b) ha desarrollado y elaborado esta propuesta en función de la independencia-dependencia de campo. La idea es que los incrementos hormonales asociados con el inicio de la pubertad, resultan en un paro en el desarrollo de la habilidad de la reestructuración. Este parece ser análogo al paro en el desarrollo de la talla y con la producción hormonal de las gonadas durante la adolescencia. Waber ha sugerido que el inicio de la pubertad afecta el desarrollo de la lateralización hemisférica, que a su vez afecta la habilidad cognoscitiva de reestructuración.

La hipótesis de que los niveles de andrógeno circulante influye en la ejecución cognoscitiva ha sido examinado por Klaiber, Broverman, Vogel, Abraham y Cone (1971), quienes estudiaron el efecto de testosterona infundida en la automatización. Las inyecciones de testosterona mejoran la ejecución en tareas repetitivas sencillas. Desafortunadamente no se incluyeron en el estudio de las medidas de la habilidad de reestructuración. Entonces,

mientras que estos datos sugieren que la velocidad de ejecución es incrementada por el andrógeno circulante, no son claramente relevantes al tema que se está revisando.

Otro estudio que es más relevante es aquél llevado a cabo por Klaiber, Broverman y Kobayashi (1967). Este relaciona la excreción urinaria de 24 horas de 17 ketoesteroides (ks), con las calificaciones en varias pruebas cognoscitivas. Los autores hallaron que la excreción de 17 ks. estaba negativamente correlacionada con las calificaciones en las pruebas de reestructuración. Puesto que altos niveles de andrógeno resultan en una excreción mayor de 17 ks, los autores concluyeron que la testosterona impide la habilidad de reestructuración. Aunque estos resultados son sugestivos, se debería anotar que la 17 ks urinaria no constituye una valoración muy satisfactoria de la función testicular, puesto que un 70 por ciento viene de las glándulas adrenales y refleja la presencia de productos metabólicos y precursores que no son la testosterona.

Otro estudio en el cual se detectaron en forma directa los niveles de testosterona en varones adultos, mediante técnicas de radioinmunoensayo (Kommenich, Lane, Dickey y Stone, 1978), no resultó en relaciones significativas entre éstos y la ejecución en las pruebas de reestructuración, ni entre, ni intra sujetos. No se puede considerar a estos resultados como definitivos debido al pequeño número de sujetos involucrados. Por otro lado, no es claro si las fluctuaciones en los niveles de testosterona día a día,

eran lo suficientemente grandes como para justificar su efecto en el funcionamiento cognoscitivo. De todos modos, estos resultados ponen en duda las interpretaciones de Broverman.

En varios otros estudios, se ha examinado la relación entre las medidas de habilidad de reestructuración y los indicios físicos del funcionamiento de andrógeno, en varones adultos. En el primero de estos estudios, Broverman et al. (1964) observaron que los sujetos con una baja habilidad de reestructuración eran más hirsutos, anchos y bajos en talla que los sujetos con una alta habilidad de reestructuración. Dado que estas características físicas están influidas por la producción de andrógeno, los datos apoyaron el punto de vista de Broverman y sus colegas, que la habilidad de reestructuración está inversamente relacionada con los niveles de andrógenos. Klaiber, Broverman y Kobayashi (1967) también hallaron una relación negativa y significativa entre el desarrollo del vello púbico y la habilidad de reestructuración. En estudios subsecuentes, Rosenberg (1975) halló que varones adultos con hombros anchos y caderas angostas ejecutan mejor en la prueba de habilidad para el desencaje, que los hombres con hombros angostos y caderas anchas, pero no en una prueba de habilidad espacial. Sin embargo, Lawson (1977) no comprobó relaciones significativas entre los índices de masculinidad conceptualizada por el ancho de los hombros y caderas, y las calificaciones en las pruebas de reestructuración, para cualquiera de los dos tipos de varones mencionados.

Peterson (1976) examinó la relación entre la habilidad espacial y el desarrollo de las características sexuales secundarias en varones adolescentes tomados de un muestreo longitudinal. Basó la detección de características sexuales secundarias en las valoraciones del desarrollo muscular, de la distribución del vello púbico, del tamaño genital y del cuerpo, en general. Para alguno de estos indicios, las características físicas masculinas estaban negativamente relacionadas con la habilidad espacial a las edades de 16 y 18, pero no a la edad de 13 años.

En la serie de estudios apenas mencionados, el de Rosenberg (1975) era el único que incluyó una medida de independencia-dependencia de campo, la prueba de la percepción de la proyección vertical (RFT) y una relación entre la ejecución en ésta y el tipo de cuerpo no fue comprobada.

Para las mujeres, la evidencia acerca de las relaciones entre signos físicos de femeneidad y la habilidad de reestructuración, no es muy clara, pero las funciones hormonales en mujeres son más complejas y probablemente por ello, los estudios que traten el tema son esparcidos (Lawson, 1977; Peterson, 1976; Rosenberg, 1975).

Mientras que la evidencia accesible no es enteramente consistente, sugiere que los varones con características físicas más masculinas, son relativamente bajos en la habilidad de reestructuración cognoscitiva, hecho que probablemente sea mediado por la producción gonadal de las hormonas. Si los

niveles de andrógeno son influyentes, no está claro aun si el efecto es real o si se basa en una asociación histórica durante períodos tempranos del desarrollo.

La segunda propuesta de Broverman et al. que estipula que individuos con una baja habilidad de reestructuración maduran tempranamente, está basada en su observación de que tales sujetos eran bajos en estatura y anchos como adultos, rasgos que se asocian con un inicio temprano de la pubertad.

Waber (1976, 1977b) elaboró sobre la noción que las diferencias individuales en las habilidades espaciales y de desenchaje, pueden atribuirse a las diferencias en las frecuencias maduracionales. Ella estudió muestras de adolescentes que maduraron temprano y tardíamente conforme el criterio Tanner, para identificar las etapas de desarrollo de las características sexuales secundarias. En cada sexo, los sujetos que maduraron tardíamente, ejecutaron mejor en las tareas de reestructuración, que los individuos que maduraron en forma precoz. También mostraron una mayor lateralización hemisférica en relación al habla, que los sujetos que maduraron tempranamente. Esto da lugar a la posibilidad que la frecuencias maduracionales durante la adolescencia puede influir en la lateralización cerebral y que ésta, a su vez, determina el patrón de funcionamiento cognoscitivo.

Las diferencias intra sexo en la edad pubertal, han sugerido la hipótesis que la superioridad de los varones en la habilidad de reestructuración se debe a su maduración más tardía en

comparación con las mujeres (Waber, 1976, 1977a, 1977b). El hecho de que la superioridad de los varones en relación a las mujeres en la habilidad de visualización espacial, y quizá de desencaje, sea prominente sólo durante la adolescencia, encaja con la idea ya citada, de que estas habilidades pueden mostrar un paro en el desarrollo con el inicio de la pubertad. De acuerdo a lo anterior, los individuos varones que maduran tardíamente, tienen un período pre-pubertal más largo, durante el cual las habilidades de reestructuración cognoscitiva continúan en su rápido desarrollo.

Es preciso anotar que el hallazgo de Waber acerca de una relación entre las habilidades de reestructuración y las frecuencias en la maduración, no ha sido replicado en estudios subsecuentes. Ni Peterson (1976), ni Lawson (1977) confirmaron esta relación.

Mientras que, en el caso de la reestructuración, es posible que las diferencias individuales en general, y las diferencias sexuales, en particular, en cuanto a habilidad, sean afectadas por los eventos hormonales que ocurren durante la adolescencia, este tipo de explicación quizá no es aplicable a la dimensión de independencia-dependencia de campo. Como se había anotado con anterioridad, las diferencias sexuales, prominentes en la ejecución de la RFT, emergen antes de la pubertad, en contraste con las tendencias de desarrollo de la habilidad de visualización espacial. Además, los correlatos cognoscitivos y de la personalidad,

de la ejecución en la RFT, han sido comprobados en niños preadolescentes, así como también en adultos. Estos hallazgos sugieren que los estilos cognoscitivos independencia-dependencia de campo se originen en los eventos más tempranos del desarrollo.

Se ha propuesto que las proporciones relativamente altas de andrógeno/estrógeno durante un período crítico en la historia temprana de un individuo, podrían favorecer un desarrollo del estilo cognoscitivo independiente de campo (Dawson, 1972). La evidencia que apoya la hipótesis de que niveles hormonales tempranos influyen en el desarrollo cognoscitivo subsecuente, procede de la investigación experimental en animales, acerca de los efectos de las inyecciones hormonales en el uso de la información espacial en el comportamiento en laberintos (ibid) y de estudios que incluyen grupos humanos patológicos, con antecedentes de anomalías hormonales en épocas tempranas (Dawson, 1966; McGuire, Ryan y Omenn, 1975; Money, 1968; Yalon, Green y Pisk, 1973). Entre estos grupos, los resultados más claros han estado relacionados con mujeres con el síndrome de Turner y en varones con el síndrome de Klinefelter. Los resultados de la mayoría de los estudios han mostrado que las mujeres con el síndrome de Turner, deficientes en hormonas sexuales durante el desarrollo, son relativamente dependientes de campo en su ejecución de la RFT, y aunque tengan una inteligencia verbal normal, son impedidas en forma dramática, en la ejecución de pruebas de visualización espacial y de desencaje (Money y Alexander, 1966; Nyborg, 1976; Shaffer, 1962). Los

casos de Kwashiorkor con proporciones andrógeno/estrógeno bajas durante el desarrollo, también muestran un impedimento específico en las tareas de reestructuración y en la visualización espacial (Dawson, 1966).

Mientras que es factible suponer que los factores hormonales juegan algún papel en el funcionamiento cognoscitivo de estos sujetos, el hecho de que los casos de Turner y de Kwashiorkor sean anormales, hace difícil eliminar otras explicaciones biológicas y sociales posibles, acerca del impedimento observado. Es importante preguntar si los sujetos con niveles de hormonas sexuales o con proporciones andrógeno/estrógeno, anormalmente altas en su historia temprana, sean superiores en la habilidad de reestructuración.

Varios modelos han sido propuestos para explicar las relaciones endócrino-cognoscitivas. El modelo más claro asume que los niveles hormonales influyen en el desarrollo de la especialización hemisférica a varias edades durante el crecimiento, y ésto a su vez, afecta el desarrollo de las habilidades de reestructuración cognoscitiva (Dawson, 1972; Waber, 1977a). Este modelo es consistente con la teoría de diferenciación.

Los Factores Genéticos en la Independencia-Dependencia de Campo

Se ha propuesto que las habilidades de visualización espacial y de descaje son influidas por un gen recesivo de enlace al X (Bock y Kolakowski, 1973; O'Conner, 1943; Stafford, 1961).

Se ha buscado evidencia al respecto, en una revisión de los patrones de correlaciones entre padres e hijos. Puesto que los padres contribuyen su único cromosoma X a sus hijas, y los hijos reciben su único cromosoma X de sus madres, la herencia de enlace X debería de producir correlaciones relativamente altas entre miembros de pares padre-hijo opuesto en sexo, y ninguna correlación entre padres e hijos del mismo sexo. Este patrón ha sido comprobado en relación a las pruebas de habilidad de visualización espacial, en algunos estudios (Bock y Kolakowski, 1973; Hartlage, 1970; Stafford, 1961), pero no en otros (Carter, 1976; DeFries, Ashton, Johnson, Kuse, McClearn, Mi, Rashad, Vandenberg y Wilson, 1976; Loehlin, Sharan y Jacoby, 1978; McGee, 1978; Park, Johnson, DeFries, McClearn, Mi, Rashad, Vandenberg y Wilson, 1978; Spuhler, 1976). En el caso de la EFT, los resultados de un estudio comprobaron alguna indicación marginal de relaciones más altas entre los miembros de pares padre-hijo de sexo opuesto, que entre los miembros de pares padre-hijo del mismo sexo (Corah, 1965), lo que se esperaría en base al modelo genético de enlace X. Sin embargo, los resultados de estudios subsiguientes no han apoyado este hallazgo (Grunebaum, Weiss, Gallant y Cohler, 1974; Oliver, 1974; Schaffer, 1969; Sholtz, 1973).

Mientras que los hallazgos de la mayoría de los estudios, no favorecen la hipótesis de enlace X, tampoco la rechazan. En algunos de estos estudios, se emplearon niños preadolescentes. Debe preguntarse si los efectos genéticos de enlace X, en las

pruebas, son de esperarse antes de la pubertad. Por otro lado, es posible que los efectos del modelamiento del rol sexual en el desarrollo de la independencia-dependencia de campo, dan lugar a relaciones padre-hijo y madre-hija diferentes del patrón esperado en base a los fundamentos genéticos.

Se han explorado aún otras implicaciones del modelo de enlace X. Una de ellas tiene que ver con el patrón de relaciones entre hermanos. Puesto que todas las hermanas comparten el único cromosoma X que su padre contribuye, y los hermanos pueden recibir uno de los cromosomas X, diferentes, que su madre contribuye, la herencia de enlace X debe producir correlaciones más altas entre hermanas que entre hermanos. Se ha encontrado evidencia de tal patrón para las habilidades de visualización espacial y de desencaje, pero nuevamente, los resultados no son muy consistentes (Carter, 1976; Loehlin, Sharan y Jacoby, 1978; McGee, 1978; Petersen, 1976; Yen, 1973). Además, existe evidencia de que las distribuciones de las calificaciones de varias pruebas de habilidad de visualización espacial son bimodales, con frecuencias que aproximan una división 50-50 entre los dos grupos de calificaciones para hombres y una división 25-75 para mujeres, como es de esperarse en base al modelo de enlace X (Bock y Kolakowski, 1973; Loehlin, Sharan y Jacoby, 1978; Yen, 1973). Juntos, estos hallazgos proveen un apoyo modesto para la hipótesis de que puede existir un locus principal de gene en el cromosoma X, con alelos recesivos y dominantes, que contribuye a las diferencias individuales en la habilidad de visualización espacial.

Otras implicaciones examinables del modelo del cromosoma X tienen que ver con los patrones de enlace esperados entre las características en transmisión de padres a hijos. Si dos genes se ubican juntos en el mismo cromosoma, tienden a ser transmitidos juntos. Dado un número de características fenotípicas determinadas por genes espaciados en el cromosoma X (variables marcadores), podríamos especular acerca de la hipótesis de enlace X.

El modelo es sencillo para la transmisión a hijos, puesto que los hijos reciben solamente un cromosoma X de sus madres. Para las madres heterocigotas respecto a una variable X en particular, (sus dos cromosomas X tienen diferentes alelos en el locus del gen), un par de hermanos similares entre sí en la variable marcadora, deberían de mostrar una mayor semejanza entre sí en las características influidas por los genes vecinos, que un par de hermanos que difieren entre sí en la variable marcador. Si suficientes variables marcadoras fueran accesibles, la hipótesis que estipula que la visualización espacial, la reestructuración o la independencia-dependencia de campo tengan un determinante del enlace X, podría ser examinada por análisis de semejanza entre hermanos. Pero, solamente se conocen algunos marcadores del cromosoma X. Como consecuencia, un locus de gen puede ser muy distante en el cromosoma X de cualquier marcador útil, como para permitir la detección de un enlace. Los datos de un estudio de enlace sugieren que la ejecución en la EFT y en la RFT puede ser influida por un gen del cromosoma X ubicado cerca del

locus para los grupos sanguíneos Xg (Goodenough, Gandini, Olkin, Pizzamiglio, Thayer y Witkin, 1977).

En resumen, parece ser posible que alguna porción de la varianza entre personas en la habilidad de reestructuración, se debe al determinante genético del enlace X, quizá mediado por factores hormonales. Sin embargo, este determinante pudiera no extenderse al nivel de la independencia-dependencia de campo en la jerarquía conceptual. Con esta evidencia limitada a la mano, no puede hacerse una afirmación definitiva acerca de los orígenes posibles de la independencia-dependencia de campo en el desarrollo biológico del individuo (hormonal y genético).

Entrenamiento, Crianza de los Niños y Factores Culturales en el Desarrollo Ontogenético

Independientemente de lo que la investigación futura pudiera revelar acerca de las contribuciones biológicas a la independencia-dependencia de campo y a la habilidad de reestructuración cognoscitiva, de la evidencia ahora patente sabemos que las variables ambientales juegan un papel muy importante en el desarrollo de estas dimensiones. Se ha estudiado una gran variedad de variables ambientales desde los programas de entrenamiento designados a mejorar las habilidades específicas de la reestructuración, hasta las prácticas en la crianza de los niños y los factores culturales que pueden afectar el desarrollo de una característica más amplia de la segregación yo-no yo.

Entrenamiento

La literatura que trata el entrenamiento en la habilidad de visualización espacial es especialmente amplia (Brinkman, 1966; Churchill, Curtis, Coombs y Harrell, 1942).

Los primeros estudios que fueron realizados acerca de la influencia del entrenamiento en la ejecución de la EFT y de la RFT involucraron una examinación de los efectos de los períodos relativamente cortos de práctica y/o de instrucción en la ejecución específica de la prueba en cuestión (Gottschaltdt, 1926; Witkin, 1948). Se continuó este trabajo en fechas posteriores (Elliott y McMichael, 1963; Goldstein y Chance, 1965; Klepper, 1969; Weiner, 1955; Wilkie, 1973). Los resultados de todos estos estudios proveen evidencia que la ejecución en la EFT puede ser mejorada con la práctica en materiales de prueba. La ejecución en la RFT puede también ser cambiada en una dirección de independencia de campo, enfocando la atención en los apuntes corporales o aprendiendo a compensar el efecto ilusorio del marco inclinado. Aunque estos procedimientos de entrenamiento afectan la ejecución en la prueba, es dudoso que alteren las funciones perceptuales de fondo (Witkin, 1948). Las instrucciones extensivas que generan una transferencia de entrenamiento a otras ejecuciones en materiales de prueba, tienen todavía más implicaciones para la teoría y para la educación.

Un tipo de estudio en los efectos de entrenamiento ha sido

estimulado por reportes que enfatizan que los artistas y los músicos tienden a tener notables habilidades de reestructuración (Gaines, 1975; McFie, 1961; Trent, 1974; Witkin, Moore, Oltman, Goodenough, Friedman, Owen y Raskin, 1977; Witkin, Oltman, Chase y Friedman, 1971). Estos reportes confirman los hallazgos de Mayo y Bell (1972). Estos últimos autores aplicaron la EFT de Witkin en su forma corta (Jackson, 1956) y la prueba para dibujar figuras (FDT; Witkin et al., 1962) a un grupo de hombres y mujeres de la Universidad de Sussex y del Brighton College of Education en Gran Bretaña. Los resultados indicaron claramente que calificaciones altas en las dos pruebas, indicando independencia de campo, se asocian con habilidades artísticas y por consiguiente, con la habilidad espacial. Smith (1964) ha señalado también que la habilidad en arte puede asociarse con una habilidad espacial alta.

Pueden contribuir dos factores a esta relación. Primero, las personas independientes de campo que se caracterizan por habilidades de reestructuración altamente desarrolladas y una orientación impersonal, seleccionan o son seleccionadas para el arte o la música, porque estos dominios son especialmente compatibles con su estilo cognoscitivo (Witkin, Moore, Goodenough y Cox, 1977; Witkin, Moore, Oltman, Goodenough, Friedman y Owen, 1976). Como alternativa, la educación en el arte puede realzar las habilidades de reestructuración. Esta última interpretación es factible puesto que los estudiantes de estos campos analizan las

composiciones musicales o artísticas. En base únicamente a los estudios correlacionales, es difícil saber en que grado tal entrenamiento contribuye a una mayor independencia de campo en artistas y en músicos. En otros estudios experimentales, se ha asignado a estudiantes a clases especiales de arte o de música y luego se les ha comparado con sujetos en grupos control no entrenados con respecto a la ejecución EFT post entrenamiento (Hurwitz, Wolff, Bortnick y Kokas, 1975; Leithwood y Fowler, 1971; McCord, 1973; McWhinnie, 1967, 1968, 1970b; Parente y O'Malley, 1975; Sutton-Smith, Baracca, Eadie, Mahony y Zaren, 1977; Szeto, 1975). Aunque los resultados de estos estudios no son enteramente consistentes, han apoyado la hipótesis de entrenamiento.

En otros numerosos estudios se ha examinado los efectos de los programas más específicos en entrenamiento perceptual. En estos se les daba una instrucción general extensiva a los sujetos en la identificación y/o manipulación de los componentes de un gestalten perceptual (Dolecki, 1976; Egeland, Wozniak, Schrimpf, Hage, Johnson y Lederberg, 1976; McCarter, 1976; McWhinnie, 1967, 1968, 1970b; Reeves, 1971; Salome y Reeves, 1972; Szeto, 1975). La mayoría de los resultados comunica efectos significativos de entrenamiento en la ejecución de una tarea de desensaje. Aquí añadiré la información procedente de tres estudios de la serie de televisión Sesame Street, puesto que una sección importante de la serie tiene que ver con demostraciones en forma de juego, del análisis perceptual (Ball y Bogatz, 1970; Diaz-Guerrero y

Holtzman, 1974; Salomon, 1973). En cada uno de estos estudios, hubo una mejoría en la ejecución en la EFT entre los niños que vieron el programa.

Se pudiera preguntar si los programas de entrenamiento perceptual analíticos también afectan a las medidas de independencia de campo en la percepción de la proyección vertical. Si la habilidad de reestructuración no está involucrada en la percepción de la proyección vertical, entonces los efectos del entrenamiento en las habilidades de reestructuración no deberían de transferir a la ejecución en la RFT o en la BAT. Los resultados de los estudios realizados al respecto, con conflictivos (McWhinnie, 1970b; Parente y O'Malley, 1975).

Otro tipo de estudio acerca de los efectos de entrenamiento fue derivado del hallazgo de que las personas independientes de campo tienden a tener intereses y habilidades atléticas más desarrolladas (Elliot y McMichael, 1963; Meek y Skubie, 1971). Dado que las sensaciones corporales están involucradas de modo central en la percepción de la proyección vertical, uno podría suponer que un entrenamiento en atletismo resultará en una mayor independencia de campo en la ejecución de la RFT y de la BAT. Aunque resultados positivos han surgido ocasionalmente de los pocos estudios que se han llevado a cabo al respecto, los datos son inconsistentes (David, 1975; Gill, Herdtner y Lough, 1968; McCarthy, 1967). Se ha reportado que el entrenamiento en gimnasia en los niños mejora la ejecución en la discriminación

figura-fondo (Gill, Herdtner y Lough, 1968) y en la identificación de figuras encajadas (Leithwood y Fowler, 1971). Si el entrenamiento en atletismo afecta las habilidades de reestructuración y las involucradas en la ejecución en las pruebas de percepción de la proyección vertical, entonces, podría influir a un nivel más general en la jerarquía conceptual, quizá a un nivel de diferenciación. La evidencia que se ha acumulado hasta ahora al respecto, no es definitiva, pero de una conclusión que el entrenamiento en atletismo transfiere a una variedad de tareas de reestructuración, siguen implicaciones para la teoría de desarrollo de la diferenciación y para la práctica educativa.

La evidencia sugiere que es posible generar un desarrollo de habilidades en la reestructuración cognoscitiva mediante un entrenamiento perceptual en la manipulación de las relaciones figura-fondo. El enfoque de entrenamiento puede ser empleado para examinar la teoría de la dependencia de campo experimentalmente. Si existe una dimensión general para la habilidad de reestructuración que afecta la ejecución en una variedad de tareas cognoscitivas de desencaje, de visualización espacial, etc. como sugiere el modelo jerárquico, y si las habilidades generales en la reestructuración pueden ser enseñadas en programas apropiados de entrenamiento, se podría entonces esperar una transferencia en los efectos de entrenamiento a través del rango de las tareas de reestructuración. Mientras que por un lado hay evidencia que acierta la generalizabilidad del constructo, el rango de comportamientos de reestructuración a los cuales los efectos de

entrenamiento pueden ser transferidos, aún es incierto.

Se necesita aún obtener los resultados de una mayor investigación acerca de los efectos del entrenamiento en las expresiones de la independencia-dependencia de campo, en las competencias interpersonales y en la autonomía en las relaciones interpersonales. La experiencia común además de los efectos observados de los programas de entrenamiento en el comportamiento interpersonal, sugieren que los aspectos sociales de la independencia-dependencia de campo son sujetos al entrenamiento.

Mediante las varias líneas de investigación propuesta, es posible ayudar a la gente a adquirir las características asociadas con el modo de funcionamiento independiente-dependiente de campo. Tal ayuda dará lugar a la movilidad en el acceso a las características en que estos estilos se expresan.

Prácticas en la Crianza de los Niños

Es necesario ahora tratar las influencias que afectan el desarrollo de la segregación yo-no yo en el modelo de diferenciación a un más alto nivel que el entrenamiento. Witkin et al., 1962 hipotetizó a raíz de los resultados que surgieron de trabajos que había hecho sobre la socialización, que las prácticas en la crianza de los niños que generan un funcionamiento autónomo, propician el desarrollo de la diferenciación en general, y en particular, de un estilo cognoscitivo independiente de campo. En contraste, las prácticas en la crianza de los niños,

que estimulan una dependencia en la autoridad de los padres, dan lugar a menos diferenciación y a un estilo cognoscitivo más dependiente de campo. El énfasis en y la adherencia a estándares externos y un reforzamiento continuo de tal orientación durante el crecimiento funcionan en contra de la emergencia de un yo diferenciado de el de los demás. Por otro lado, el estimular la formación de marcos de referencia internalizados durante la experiencia del individuo favorece la segregación yo-no yo.

Estas hipótesis acerca de las prácticas de socialización son derivados de los resultados de estudios exploratorios que tratan las prácticas en la crianza de los niños y las actitudes de las madres de los niños independientes y dependientes de campo, según la ejecución de éstos en la RFT, en la BAT y en la EFT (Dyk y Witkin, 1965; Witkin et al, 1962). Se les entrevistó a estas madres y se pudo identificar varios modos en que se diferían en su trato de la separación. Entre las madres de niños dependientes de campo, eran comunes actitudes relacionadas a la crianza que estimularon una conexión continua con ella. Estas madres limitaron las actividades del niño en la comunidad. Enfatizaron la conformidad. Disuadieron el comportamiento asertivo y agresivo, en particular, cuando estos se dirigían hacia ellas. No estimularon al niño para asumir responsabilidades.

Otra observación procedente de los resultados del estudio exploratorio era que los padres de niños dependientes de campo utilizaron modos de entrenamiento más severos para controlar a

sus hijos que los padres de niños independientes de campo. Esta impresión se derivó de las entrevistas que se llevaron a cabo con las madres de estos niños y de las producciones en el TAT de sus hijos. Los niños dependientes de campo, más que los niños independientes de campo representaron a las figuras paternas en sus cuentos ante los estímulos del TAT, como castigadores. Los niños se veían forzados a hacer cosas que no querían y obstaculizados para hacer cosas que querían.

Los resultados de estos tempranos estudios generaron una investigación considerable acerca del rol de la socialización en el desarrollo de la independencia-dependencia de campo, en la que se incluyeron una variedad de métodos y un amplio rango de poblaciones. El peso de la evidencia que procede de estos estudios - más tardíos es consistente con la hipótesis inicial de que las prácticas de socialización que estimulan la separación, contribuyen a un desarrollo de mayor independencia de campo y habilidad de reestructuración.

En el estudio que trató el comportamiento de los padres, se buscó información retrospectiva acerca de las experiencias de los niños, de los sujetos mismos. Se ha empleado este enfoque particularmente en los estudios transculturales. La mayoría de los resultados han mostrado una asociación entre los padres estrictos durante la socialización y la dependencia de campo en la ejecución de sus hijos en pruebas pertinentes y/o una baja habilidad de desencaje, en una amplia variedad de culturas. Entre las pobla-

ciones que fueron estudiadas están: la Americana, la Temne y Mende de Sierra Leone, La Eskimo, La China de Hong Kong, la de los Indios del Occidente, la Zulu, la Mexicana y la Trinidadesa (Abelew, 1974; Baran, 1971; Dawson, Young y Choi, 1974; MacArthur, 1970, 1971; Maloney, 1974; Mebane y Johnson, 1970; Nedd y Schwartz, 1977; Spulher, 1976; Vernon, 1965).

El estudio de Nedd y Schwartz (1977) es particularmente interesante, porque en él se midió la importancia de las prácticas en la crianza de los niños frente a factores socioeconómicos, como determinantes de la personalidad. Aunque las dos posiciones no son irreconciliables, sí son contrastantes con respecto al estilo independencia-dependencia de campo. Mientras que las explicaciones sociogénicas acerca del desarrollo de la personalidad sugieren que los factores pertinentes al estatus socioeconómico de un individuo determinan sus metas, valores y orientaciones básicas, las explicaciones psicogénicas tomadas de la teoría del aprendizaje, identifican las técnicas de socialización con un énfasis especial en la crianza de los niños, como factores causales importantes en el desarrollo de la personalidad. Witkin (1976, pág.234) apoyó la posición de la etiología psicógena en lo que respecta al desarrollo de la personalidad. Decía que en cuanto los estilos cognoscitivos son productos resultados de procesos particulares de socialización, pueden ser usados en el estudio comparativo de estos procesos. Por otro lado, se ha sugerido que las prácticas en la crianza de los niños y las variables socioeconómicas pueden ser empleadas intercambiabilmente como predictores de las diferencias

individuales. Gruenfeld y MacEachron (1975), por ejemplo, postulan que la crianza de los niños es únicamente uno de varios determinantes del estilo cognoscitivo y que puede incluso ser un artefacto de las diferencias socioeconómicas.

Nedd y Schwartz (1977) emplearon sujetos adolescentes de escuelas preparatorias en Trinidad, en su estudio. Estos sujetos variaban en antecedentes tales como sexo, etnicidad, religión-clase social, estatus socioeconómico, grado de urbanismo y movilidad geográfica, variables que fueron derivadas de los resultados de otros estudios, como relacionadas al estilo cognoscitivo independiente-dependiente de campo. Nedd y Gruenfeld (1976) comprobaron que el sexo y el grado de urbanismo (Okonji, 1969) eran predictores significativos del estilo independencia-dependencia de campo. Estos autores también pensaron en la etnicidad como una variable subrogada que indica la adhesión a valores de tradicionalismo social y que predice el estilo cognoscitivo. Se postuló como otra variable, la movilidad geográfica en base a los hallazgos de Berry (1966) quien mostró que el grado de variación en el ambiente físico durante los años formativos de un niño, puede ser un factor causal importante en el desarrollo del estilo cognoscitivo independiente-dependiente de campo.

Nedd y Schwartz (1977) clasificaron a 420 sujetos participantes en su estudio, en hindúes o islámicos del Este (transicionales), en sujetos racialmente mixtos y en negros. Por hindúes o islámicos del Este tradicionales, Nedd y Schwartz se referían a

aquellos creyentes en la religión Hindu o Islam, y por los individuos del Este transicionales, se referían a aquellos que se habían convertido a la religión Cristiana.

Todas las variables independientes consistían en las respuestas de un sujeto ante un cuestionario. Por ejemplo, se combinaron algunos ítems del cuestionario para constituir tres índices del estatus socioeconómico: la educación del padre, el ingreso familiar y la percepción que el sujeto tenía de la clase social de sus padres. En una última parte del cuestionario, los ítems estaban dedicados al grado de consistencia, según percibió el sujeto, en las prácticas de crianza de los niños que seguían sus padres y al grado en que éstos enfatizaron conformidad y un control estricto o un entrenamiento en la autonomía y la independencia. Numerosos ítems elicitaban información acerca de los modos de crianza de los niños que facilitaban o que inhibían el grado de separación de los hijos de sus padres y el grado en que los padres permitían a los niños manifestar un autocontrol sobre la expresión del comportamiento asertivo-agresivo. Estos son dos aspectos de un factor de socialización que Witkin (1976) identificó como factores causales importantes en el desarrollo del estilo cognoscitivo independencia-dependencia de campo. Mediante los análisis ameritados, Medd y Schwartz identificaron los modos de criar a los niños, específicos a cada grupo étnico. Berry (1966) verificó que los hallazgos de la investigación pertinente a los determinantes culturales de las características de la personalidad sugieren que mientras existe un factor discernible, el contenido

específico de las técnicas de crianza de los niños que define la disciplina parental, difiere de cultura a cultura. De allí, que en el estudio de Nedd y Schwartz, para todas las subculturas, los factores indentificaron estrategias significativas de crianza de los niños. El entrenamiento para la independencia, la disciplina estricta, el nivel de vigilancia por parte de los padres y las estrategias determinadas por los ítems específicos que fueron combinados para constituir un factor, variaban para cada grupo étnico investigado.

Los autores hallaron diferencias significativas entre los grupos étnicos con respecto a la influencia relativa de los factores que tenían que ver con la crianza de los niños y de los factores socioeconómicos en el estilo cognoscitivo independencia-dependencia de campo. Ni las variables que tenían que ver con las prácticas en la crianza de los niños, ni las socioeconómicas predijeron el estilo cognoscitivo de los sujetos del grupo de hindúes o islámicos tradicionales del Este. En el caso de los individuos transicionales del Este, el efecto combinado de los factores de crianza de los niños, predecía el estilo cognoscitivo ligeramente. Después de controlar por los modos de crianza de los niños, el ingreso familiar predecía el estilo cognoscitivo. Sin embargo, estos efectos parecían ser artefactos de las diferencias de los factores sexo y clase social. Solamente la educación del padre, uno de los indicadores del estatus socioeconómico del sujeto, era un predictor importante del estilo cognoscitivo independiente-dependiente de campo, para el grupo de

sujetos incluidos en el grupo racialmente mixto. En el caso del grupo de los negros, los modos parentales de crianza de los niños eran altamente relevantes en el desarrollo del estilo cognoscitivo, mientras que los factores socioeconómicos no lo eran tanto.

En base a los hallazgos de este estudio, se debe de concluir que una explicación exclusivamente socio o psicogénica acerca de los orígenes de las características de la personalidad, sería demasiado simplista para conceptualizar las consecuencias psicológicas de la interacción entre el individuo y su ambiente. Nedd y Gruenfeld han demostrado la viabilidad de una explicación alternativa de la homogeneidad en los estilos cognoscitivos de los miembros del grupo de hindúes o islámicos del Este, que trata su subscripción a los valores del tradicionalismo social, funcionales en el avance de una meta cultural de preservar su identidad étnica frente a las presiones sociales intensas para asimilar e integrarse con los sujetos de otros grupos culturales. Mostró que bajo estas circunstancias, el mantenimiento de prácticas religiosas tradicionales y estructuras familiares, de valor simbólico en la identificación de los sujetos de este grupo cultural como hindúes o islámicos del Este y no del Oeste, era importante en el desarrollo del estilo cognoscitivo. Los resultados del estudio en cuestión sugieren que estos factores, en vez de los que tienen que ver con las prácticas en la crianza de los niños o con el estatus socioeconómico, pueden ser antecedentes pertinentes del estilo

cognoscitivo para los sujetos de este grupo cultural, en particular. En forma semejante, se podría pensar que el rechazo de las costumbres y religiones hindúes o islámicas tradicionales, simbolizando la aceptación de la modernización y la integración social, pueden ser antecedentes pertinentes del estilo cognoscitivo de los individuos transicionales del Este.

En base a lo anterior, debe concluirse que si los modos de crianza de los niños, los factores socioeconómicos o algunas otras variables, son los antecedentes significativos del estilo cognoscitivo, depende del grupo cultural particular bajo investigación y las circunstancias particulares de este grupo. Por ejemplo, el estilo cognoscitivo del grupo de personas del Este, fuera de la India, que constituye una mayor parte de la población y que tiene un poder político y económico, podría ser diferente de aquél de un grupo minoritario de personas del Este, de Trinidad.

Resalta la importancia de estas consideraciones a la luz de que ni el sexo ni el grado de urbanismo predijeron el estilo cognoscitivo, contrario a las expectativas de los autores comentadas en estudios previos (Nedd y Gruenfeld, 1976).

Las conclusiones del estudio de Nedd y Schwartz indican que es peligroso sobregeneralizar la importancia relativa de los factores de crianza de los niños o de los socioeconómicos en el desarrollo del estilo cognoscitivo.

Un segundo enfoque al estudio de los efectos de la socialización en el desarrollo de la habilidad asociada con la independencia de campo y con el desenchaje, consistía en obtener información acerca de las experiencias de crianza de los niños, de los padres, mediante cuestionarios o entrevistas estandarizadas de grados variantes de estructura. Los resultados del empleo de medidas generales de actitudes paternas acerca de la crianza de los niños, no han generado relaciones consistentes con la ejecución de los niños en la EFT (Busse, 1969; Claeys y DeBoeck, 1976; Domash, 1973; Hauk, 1967; Lee, 1974; Ribback, 1957). En contraste, las medidas tomadas de cuestionarios o de entrevistas que incluyeron preguntas acerca del comportamiento actual de los padres con sus hijos, se han relacionado en forma significativa con la ejecución cognoscitiva de los niños (Claeys y DeBoeck, 1976; Edgerton, 1975; Irving, 1970; Jones, 1975; Kostlin-Gloger, 1974; Ramirez y Price-Williams, 1974a; Seder, 1957; Tandler, 1975). En la mayoría de estos estudios, los items que tenían que ver con la autonomía y el grado de estimulación en relación a la separación, distinguieron entre los padres de los niños dependientes de campo y/o bajos en su capacidad de reestructuración y los niños independientes de campo y/o altos en su capacidad de reestructuración.

En el estudio de este tipo hecho más tempranamente y en forma elaborada, se comparó a los padres de los niños y niñas de 10 años, apareados por inteligencia y con calificaciones EFT altas y bajas

(Seder, 1957). Los resultados de Witkin et al. (1962) fueron consistentes con los de Seder quien halló que los niños con una baja habilidad de desencaje, más que los niños con una alta habilidad en esta área, eran sujetos a prácticas de crianza coercitivas que enfatizaron la conformidad y la autoridad. Sus padres fijaron estándares de comportamiento y castigaron los comportamientos agresivos y asertivos.

La observación de Seder y de Witkin explica el hallazgo de numerosos estudios, que personas independientes de campo pueden expresar sentimientos de hostilidad y de agresión directamente en contra de otros, mientras que personas dependientes de campo evitan en forma característica, esta expresión (Bercovici, 1970; Dengerink, O'Leary y Kasner, 1975; Greenfield, 1969). El empleo de procedimientos disciplinarios estrictos por parte de los padres de los niños dependientes de campo, puede también relacionarse con la tendencia observada en tales niños de ser particularmente responsivos al reforzamiento negativo en situaciones de aprendizaje (Bell y McManis, 1968; Duvall, 1969; Randolph, 1971; Wade, 1971).

En aún otro enfoque al estudio que trata las prácticas en la crianza de los niños, se observó en forma directa, las interacciones entre los padres y los niños independientes y dependientes de campo. En varios de estos estudios, se examinó un comportamiento de ayuda o de enseñanza por parte de los padres, mientras que los niños trabajaron en tareas de laboratorio. Dos hipótesis prevalecieron en estos estudios. Uno es que los padres de niños

dependientes de campo serían más estrictos y dominantes que los padres de niños independientes de campo. La otra es que los padres de niños dependientes de campo son menos constructivos en su comportamiento de enseñanza que los padres de niños independientes de campo. Esta hipótesis está basada en una perspectiva de entrenamiento.

Con respecto a la hipótesis de dominación, Busse (1969) halló que las madres de niños con una baja habilidad de desenchaje ordenaron más que las madres de niños con una alta habilidad de desenchaje. Laosa (1976) observó a madres mexicano-americanas y anglo-americanas mientras enseñaban a sus hijos a reproducir un modelo de un juguete. Las madres anglo americanas, de niños con una baja habilidad de desenchaje los ordenaron más en comparación con las madres de niños con una alta habilidad de desenchaje. De igual forma las madres mexicano-americanas de niños con una baja habilidad de desenchaje mostraron un control mayor sobre el comportamiento de los niños que las madres mexicano-americanas de niños con una alta habilidad de desenchaje.

Con respecto a la hipótesis de entrenamiento, los autores de un estudio en el cual participaron diádas madre-hijo de Kenya (Kirk y Burton, 1977), hallaron que las madres de hijos que ejcutaron bien en la EFT utilizaron gestos más relacionados a la tarea, que las madres de niños que no ejecutaron bien, y que una mayor parte de estos gestos eran movimientos específicos, hechos con el dedo, o movimientos singulares, hechos con la mano. Los resultados de otros estudios con énfasis en la observación,

producían resultados menos consistentes (Johnston, 1974; Sholtz, 1973). Mientras que algunos comportamientos de enseñanza-ayuda ocurrieron con más frecuencia entre los padres de niños con una alta habilidad de desenchaje, ésto no fue siempre el caso.

Uno de los problemas inherentes a estos tipos de estudio es que la dominancia y el entrenamiento constructivo pueden expresarse en la misma dimensión comportamental. Este problema llega a ser especialmente aparente en los resultados del estudio de Busse quien halló una relación no lineal entre la cantidad de manipulación paterno del material de la tarea y las calificaciones EFT del niño. Los padres de niños con una alta habilidad de desenchaje mostraron cantidades promedio de manipulación, y los padres de niños con una baja habilidad de desenchaje manipularon muy poco o mucho, en comparación; no ayudaron en el entrenamiento o realizaron en lugar del niño, toda la tarea.

En otros estudios que han enfatizado la observación, la familia fue considerada como un todo, y el enfoque fue particularmente en la estructura de poder dentro de las familias de los niños independientes y dependientes de campo, que fue detectada por los índices de participación, iniciación, terminación e interrupción en las conversaciones entre miembros familiares registradas en el hogar y/o en el laboratorio. Los resultados de un estudio llevado a cabo por Dreyer (1975) afirmaron que los padres de niños dependientes de campo en su ejecución de la RFT y de la EFT, dominaron las interacciones familiares, mientras que en las

familias de los niños independientes de campo, las relaciones de poder variaron según la situación y eran menos rígidamente estructuradas. Sin embargo, los resultados de otro estudio que trató la resolución de conflicto madre-hijo en una situación de la toma de roles, negaron una relación significativa entre el comportamiento materno asertivo y la dependencia de campo en los niños (Hoppe, Kagan y Zahn, 1977).

En otro estudio observacional, se examinaron las interacciones padre-infante en relación al nivel de la independencia de campo del niño y de su habilidad de desenganaje en la niñez más tardía (Dyk, 1969). Este estudio es de interés particular. Es longitudinal y sugiere que las prácticas de socialización que influyen en el desarrollo de la independencia-dependencia de campo, pueden ser operativas muy temprano en la vida. Las madres de los niños que llegaron a ser independientes o dependientes de campo de los 6 a los 9 años, eran diferentes en sus métodos de consolar el estrés experimentado en sus infantes. Las madres de los infantes que desarrollaron un estilo cognoscitivo dependiente de campo eran más propensas a usar modos inespecíficos de consuelo, determinados por sus necesidades y no las del bebé. Eran también repetitivas en sus modos de confort de una ocasión a otra. Es más factible imaginar que el infante que recibe una retroalimentación específica que varía con cada uno de sus estados internos, identifica y discrimina entre sus necesidades y sentimientos y desarrolla un yo que llega a ser un referente efectivo para su comportamiento.

Un segundo estudio longitudinal fue realizado incluyendo un pequeño número de personas Logoli de Africa del Este (Munroe y Munroe, 1975). Las madres que mostraron un período más largo de latencia en lo que se refiere a la respuesta al llanto de sus infantes, criaron niños con una más alta habilidad de desenchaje, que fue evidente cuando éstos cumplieron cinco años, que las madres que respondieron al llanto de su infante súbitamente. Los investigadores sugerían que los infantes que lloran durante más tiempo, en una sociedad en la cual las madres típicamente responden rápido al llanto, desarrollan la independencia más tempranamente. Sin embargo, Dyk (1969) no había encontrado esta diferencia entre niños americanos expuestos a las mismas situaciones.

Existen también diferencias entre los roles maternos y paternos en la crianza de los niños y niñas independientes y dependientes de campo. Quizá las diferencias sexuales en la independencia-dependencia de campo se deben al modelamiento del rol sexual, pero también son funciones de la socialización en la segregación yo-no yo.

Como se ha mencionado en las sociedades occidentales y en muchas otras culturas, el rol sexual masculino implica una mayor autonomía que el rol sexual femenino. Esta diferencia en el rol sexual puede ser transferido de una generación a la próxima a través de la socialización (Berry, 1966; Van Leeuwen, 1978; Lynn, 1962, 1969).

MacEachron y Gruenfeld (1978) estipularon que en lo que se refiere a las hijas, se asocia una mayor influencia paterna en las decisiones familiares con una mayor independencia de campo, y una mayor influencia materna, con una mayor dependencia de campo.

Se ha examinado el rol paterno en numerosos estudios en que se comparó a los niños de familias intactas con los niños de familias en que el padre estaba ausente durante varios períodos durante los años en que fueron criados (Barclay y Cusumano, 1967; Lee, 1974; Louden, 1973; Schooler, 1972; Trent, 1974; Wohlford y Liberman, 1970). La evidencia perteneciente a los resultados de otros estudios indica que una ausencia paterna da lugar a una mayor dependencia de campo y a una más baja habilidad de desenchaje entre niños y niñas. La mayoría de la evidencia perteneciente a los estudios hechos acerca del rol del padre en familias intactas es consistente con la conclusión de que en familias en que el involucramiento del padre es notable, existen hijos independientes de campo y con una alta habilidad de desenchaje. Esto no es el caso al hablar de familias en que el padre es una figura débil o inatenta (Busse, 1969; Dawson, 1967b; Dershowitz, 1971; Dreyer, 1975; Meizlik, 1973).

Dawson (1967a, 1967b) da otra indicación de que un ambiente saliente en cuanto a la figura materna está asociado con un desarrollo menor de la habilidad de desenchaje. En las familias polígamas africanas que estudió, mientras que el número de esposas

que tenía el padre era mayor, menor era la habilidad de desenchaje entre sus hijos. Entre más esposas existen, más limitada será la relación padre-hijo.

Otra observación relevante es la asociación entre una estructura familiar extendida y la dependencia de campo y baja habilidad de desenchaje, por un lado, y una estructura familiar nuclear y la independencia de campo y alta habilidad de desenchaje, por el otro (Claeys y Mandosi, 1977; Holtzman, Diaz-Guerrero y Swartz, 1975; Witkin, Price-Williams, Bertini, Chistiansen, Oltman, Ramirez y Van Meel, 1974). En la familia extendida, la abuela entra en el proceso de crianza de los niños en forma activa, rindiendo así más énfasis al papel femenino que en la típica familia nuclear. Está claro que las culturas con una figura materna saliente están asociadas a un estilo cognoscitivo dependiente de campo.

La evidencia que gira en torno de los estudios hechos con familias intactas estipula que las niñas que se identifican menos con sus padres (Rieri, 1960; Constantinople, 1974; Nilsson, Almgren, Kohler y Kohler, 1973), o que tengan la imagen de una madre rechazante (Minkowich, 1967), son más independientes de campo y tienen una más alta habilidad de desenchaje.

Mientras que una explicación en base al modelamiento sexual explica mucho de la evidencia hasta ahora revisada, también puede ser explicada asumiendo que la participación paterna activa en la crianza de los hijos puede facilitar la separación del niño

de su madre alimentadora y así propiciar una mayor oportunidad para un desarrollo autónomo. Las madres que pertenecen a familias en las cuales el padre es una figura ausente, pueden mostrar actitudes particularmente protectoras hacia sus hijos (Billler, 1971; Lee, 1974). Es de suponerse que actitudes maternas similares existen en familias intactas en que el rol del padre es débil. Además, en función del grado en que los padres participan más en la crianza de sus hijos que de sus hijas, la separación de la madre es facilitada para los niños, dando así lugar al desarrollo de una mayor independencia de campo entre ellos.

Las Influencias Culturales

Witkin y Berrey (1975) ofrecen evidencia acerca de la contribución de los ambientes sociales al desarrollo de la independencia-dependencia de campo. Compararon los estilos cognoscitivos de los sujetos de diferentes grupos, mostrando un contraste con respecto a los arreglos y estándares sociales concebidos como relevantes al desarrollo de la segregación yo-no yo y así a los estilos cognoscitivos independiente y dependiente de campo. Estos estudios transculturales se llevaron a cabo en base a la hipótesis que los miembros de las sociedades que enfatizan fuertemente la conformidad serían dependientes de campo, dado que el énfasis en la conformidad opone un desarrollo de un funcionamiento autónomo separado. Estos individuos tendrán una baja habilidad de reestructuración. En contraste, los miembros de sociedades en que existe una mayor tolerancia para la autonomía, serían relativamente

independientes de campo y mejores en la ejecución de tareas de reestructuración. En esencial, las sociedades comparadas en estos estudios han diferido en lo que Pelto (1968) ha designado como "apretamiento" o "aflojamiento" social. Las sociedades que se caracterizan por el apretamiento social tienen una estructura social elaborada por una considerable diversidad de roles y por la presión ejercida sobre el individuo para conformar con las autoridades sociales, religiosas y políticas. Las sociedades caracterizadas como flojas tienen una estructura social menos elaborada, dado la existencia de menos roles y una permisividad que fomenta la autonomía de los individuos. Dado que el medio principal para lograr el resultado favorecido por la sociedad, se encuentra en las prácticas de socialización dentro de la familia, las sociedades apretadas se caracterizan por el énfasis atribuido a la conformidad a la autoridad de los padres dentro de la familia, y al uso de prácticas estrictas y a veces duras, de socialización. Además, en las familias que conforman las sociedades apretadas, la madre juega un papel dominante en el cuidado emocional y físico del niño, y el padre, mientras espera respeto y obediencia de sus hijos, participa poco en estas áreas.

Existen estudios en que se investiga la hipótesis formulada examinando a grupos que difieren en el grado de conformidad social, en la dimensión de independencia-dependencia de campo y en la habilidad de reestructuración. En estos estudios y en la mayoría de los estudios transculturales de ser revisados a conti-

nuación, la detección de la independencia o dependencia de campo se hizo empleando la RFT y sólo ocasionalmente, la BAT. La capacidad de reestructuración fue detectada empleando la EFT y el diseño de bloques de la triada analítica de las subpruebas de Wechsler, y mediante una revisión de la articulación del concepto corporal juzgado por dibujos de personas, que ahora son considerados como una expresión de la capacidad de reestructuración - cuando el cuerpo en sí sea el objeto de la experiencia (Witkin, Goodenough y Oltman, 1979). Berry (1966) con el Temne y Eskimo y Dawson, 1967a, 1967b con el Temne y Mende, realizaron los estudios más tempranos en los cuales se empleó grupos diferentes en el grado de conformidad social. En los estudios subsecuentes se han comparado sujetos de una gran variedad de culturas y de subgrupos dentro de una misma cultura. Por ejemplo, en un estudio, se comparó a niños de pueblos en cada uno de tres países: Italia, México y Holanda (Witkin, Price-Williams, Bertini, Christiansen, Oltman, Ramirez y Van Meel, 1974). En otros estudios se comparó niños mexicanos con niños americanos (Holtzman, Diaz-Guerrero y Swartz, 1975); Tapia, San Roman y Diaz-Guerrero, 1967); niños colombianos con niños americanos (Lega-Duguet, 1977); niños cubanos con niños americanos (Britain y Abad, 1974), niños peruanos con niños americanos (Gruenfeld, Weissenberg y Loh, 1973); niños mexicano-americanos con niños anglo-americanos (Kagan, 1974; Kagan y Zahn, 1975; McCarvey, 1976; Naylor, 1971; Ramirez y Price-Williams, 1974b; Sanders, Scholz y Kagan, 1976); adultos mexicano-americanos con adultos anglo-americanos (Campbell,

Crooks, Mahoney y Rock, 1973) y subgrupos dentro de México (Ramirez y Price-Williams, 1974a). Se han hecho otras comparaciones entre el Pakeha y el Maori (Brooks, 1976; Chapman y Nicholls, 1976), entre grupos nómadas y sedentarios en Pakistán (Berland, 1977), entre judíos de origen medio-oriental y occidental, viviendo en Israel (Amir, 1972, 1975; Kugelmass y Lieblich, 1975; Preale, Amir y Sharan, 1970; Tannen, 1976; Weller y Sharan, 1971; Zadik, 1968) y en Europa (Rand, 1975), entre niños judíos y Druze viviendo en Israel (Lifshitz, 1977), entre judíos y no judíos en los Estados Unidos (Adevai, Silverman y McGough, 1970; Dershowitz, 1971; Radin, 1961; Wendt y Burwell, 1964) y entre Indios, nativos de América y Anglo Americanos (Halverson, 1976). Los resultados de estos estudios son consistentes con la hipótesis que relaciona la independencia-dependencia de campo y la habilidad de reestructuración con el grado de énfasis en la conformidad social en la sociedad.

Los resultados de estos estudios transculturales han reflejado además las fuentes de las diferencias sexuales en la independencia-dependencia de campo. Han mostrado que las diferencias sexuales son más comunes en las sociedades apretadas, cuyos miembros son conformistas que en las flojas, cuyos miembros no son conformistas (Witkin y Berry, 1975; van Leeuwen, 1978). La mayor diversidad de roles en sociedades apretadas en comparación con las sociedades flojas, incluyendo las más pronunciadas diferencias entre los roles de varón y mujer, el mayor énfasis en la

autonomía en lo que se refiere a la socialización de los varones y la ejecución más estricta de los comportamientos que definen el rol sexual, son todos factores que contribuyen a las diferencias sexuales más frecuentemente halladas en las sociedades apretadas.

Los Factores Ecoculturales en la Adaptación Cultural y Desarrollo Ontogenético

Los estudios realizados acerca de las sociedades a nivel de subsistencia (Witkin y Berry, 1975; Berry, 1976) brindan resultados que indican que los miembros de grupos de caza tienden a ser más independientes de campo y ejecutan mejor en las tareas de reestructuración, en comparación con los miembros de grupos agricultores sedentarios.

Desde una perspectiva histórica, hay evidencia indirecta que sugiere una progresión probable de un estilo independiente de campo a un estilo dependiente de campo durante el desarrollo cultural. Los miembros de la especie humana eran cazadores nómadas y acumulaban comida. Solamente, hace 8000 años, aprendieron a cultivar cosechas y a domesticar los animales. Conforme la gente se movió de economías de caza hacia una cultura sedentaria de pastores, la tendencia en el desarrollo del estilo cognoscitivo ha sido de la independencia de campo hacia la dependencia de campo. Las características ecoculturales de las economías migratorias de caza y sedentarias de campesino labradores son elaboradas por Murdock (1969), Barry, Child y Bacon (1959), Berry (1966, 1976),

van Leeuwen (1978) y McNett (1970). Su repercusión en la independencia-dependencia de campo podría evidenciarse en la siguiente sección.

LA INDEPENDENCIA-DEPENDENCIA DE CAMPO EN SOCIEDADES MOVILES DE CAZA Y SEDENTARIAS DE CAMPESINO LABRADORES

Un estilo cognoscitivo independiente de campo es más adaptivo para el cazador y un estilo cognoscitivo de dependencia de campo es más adaptivo para el campesino labrador. Las actividades involucradas en la caza y acumulación de comida requieren autosuficiencia, autonomía y la habilidad para abstraer una información clave del campo circundante, generalmente homogéneo en carácter, para localizar caza y otra comida. Además, el cazador en su existencia móvil debe estar continuamente consciente de su ubicación en el espacio si es de regresar a su casa sin problemas. Se puede entonces imaginar que las habilidades de reestructuración cognoscitiva son particularmente adaptivas en la vida del cazador. En contraste, su vida aislada requiere el empleo de competencias interpersonales mínimas (Berry, 1966, 1976; Dawson, 1969; Witkin y Berry, 1975).

La existencia más sedentaria de los miembros de los grupos de campesino labradores exige menos autonomía y habilidades cognoscitivas de reestructuración. En contraste, las relaciones sociales e interpersonales son más importantes en los grandes grupos sociales en que viven. Las competencias interpersonales de las personas dependientes de campo serían particularmente

adaptivas en las culturas sedentarias (Witkin y Berry, 1975).

Berry, 1976 combinó las variables económicas y demográficas en una sola dimensión ecocultural, tipificada a un extremo por la existencia nómada de caza, y al otro, por la existencia sedentaria agrícola en ambientes más grandes. Examinó los miembros de 17 muestras diferentes que habían ejecutado en tareas de reestructuración cognoscitiva y en la RFT. La ubicación de los sujetos en la dimensión de estilo cognoscitivo acordó con su ubicación en la dimensión ecocultural, en la dirección predicha.

Se han examinado a los miembros de otros grupos migratorios de caza en otros estudios más circunscritos: los de Canadá, Greenland, los Eskimo de Alaska, Newfoundlanders y Labradorenses (Berry, 1966; Brooks, 1976; Feldman, 1971; Jones, 1975; MacArthur, 1973, 1978; MacKinnon, 1972; Preston, 1964; Schubert y Cropley, 1972; Taylor y Skanes, 1976), los Cree, Athabaskan, Ojibway y Carrier Amerindians (Berry y Annis, 1974; Kane, 1973; St. John, Krichev y Bauman, 1976; Weitz, 1971), los Lapps (Forsius, 1973), la Arunta Australiana (Berry, 1971; Dawson, 1969), los Fijianos (Bennet y Chandra, 1975), los Boat People de Hong Kong (Dawson, 1970) y los Bihars de la India (Sinha, 1978). Los agricultores sedentarios estudiados al otro extremo del continuum incluyen el Temne y Mende de Sierra Leone (Berry, 1966; Dawson, 1967a, 1967b), los Nigerianos del sur (Wober, 1967), los Sudafricanos de habla Bantu (Baran, 1971), los Nsenga de Zambia (Mac Arthur,

1975), los Haka de Hong Kong (Dawson, 1970), los Fijianos (Bennett y Chandra, 1975; Chandra, 1974), los Tsimshian Americanos (Berry y Annis, 1974) y los Oraones de la India (Sinha, 1978). Los resultados comprueban que mientras que los miembros de los grupos de caza son independientes de campo, y altos en la habilidad de reestructuración, los miembros de los grupos sedentarios agricultores son dependientes de campo y bajos en la habilidad de reestructuración.

La hipótesis que relaciona las variables ecoculturales al estilo cognoscitivo fue concebida en función de las personas a nivel de subsistencia únicamente (Berry, 1976). La evidencia que apoya la hipótesis es limitada, de modo que se refiere solamente a los estudios que incluían tales personas. Sin embargo, han habido otros trabajos dirigidos hacia el estudio de grupos de un nivel de no subsistencia, bajos en aculturación. Los resultados de estos comprueban que la educación está relacionada a la independencia de campo, particularmente como se manifiesta en las habilidades cognoscitivas de reestructuración (Berry, 1966; Mac Arthur, 1975; McFie, 1961; Wober, 1966). Esta es otra indicación que las experiencias particulares de entrenamiento pueden contribuir al desarrollo de la independencia de campo.

En vista de la naturaleza de las prácticas de socialización representadas a cada extremo de la dimensión ecocultural, la evidencia de los estudios citados ofrece un mayor apoyo para las conclusiones estipuladas más temprano, en relación al papel de

la crianza de los niños en el desarrollo de la independencia- dependencia de campo. En cuanto a las prácticas de crianza de los niños implican una organización social apretada o floja, los resultados de los estudios que tratan el tema añaden apoyo a las conclusiones acerca del rol de los factores culturales.

EL DESARROLLO HISTORICO DE LA INDEPENDENCIA-DEPENDENCIA DE CAMPO

Tomando en cuenta la adaptación, la interrelación entre - los conjuntos contrastantes de variables económicas, demográficas, culturales, de socialización y estilo cognoscitivo, halladas en las sociedades de caza y de campesino labradores, existentes hoy en día, parece ser lógica. Asimismo, parece lógico que estas mismas variables estuvieran interrelacionadas durante la historia del desarrollo cultural humano.

La propuesta que la secuencia histórica era de la independencia a la dependencia de campo conforme las sociedades se movieron de una base económica de caza a campesino labrador, deja abierta la pregunta de cómo el cambio en el estilo cognoscitivo llegó a presentarse. Parece factible suponer que una larga historia de vivir en un mismo contexto ecológico, bajo las presiones de un nivel de existencia de subsistencia, generará adaptaciones culturales y biológicas según las demandas de la ecología.

En lo que respecta a la adaptación cultural, es razonable creer que las estructuras sociales y prácticas de socialización, adaptivas y existentes hoy en día en los grupos de cazadores y

de campesino labradores sedentarios, eran las mismas favorecidas durante todo el desarrollo de estos grupos. La ecología, en tonces, proveía un ímpetu temprano importante y una fuerza guadora continua para moldear las formas culturales a través de la transmisión fenotípica, calculada para producir individuos capaces de funcionar en modos apropiados a su ambiente. Los estilos cognoscitivos pueden ser incluidos entre los modos adaptivos de funcionamiento.

Quizá también, los factores biológicos jugaron un papel en la evolución de los estilos cognoscitivos individuales. En rela ción a ello, pueden considerarse varias hipótesis.

Dawson (1967b) propuso que la menor ingesta de proteínas por parte de los campesino labradores en comparación con los ca zadores, bajó sus proporciones andrógeno-estrógeno, y de esta manera contribuyó a la más notable dependencia de campo del primer grupo.

Las implicaciones del modelo recesivo de la habilidad de visualización espacial, ligada al sexo, examinado anteriormente, generan otra hipótesis. De acuerdo a los modelos genéticos, un alelo no produce fenotipos adaptativos generalmente. Entonces, el modelo recesivo ligado al sexo presenta una paradoja. En el curso de la historia, ¿cómo fue que un alelo recesivo favoreció una característica adaptativa como la habilidad de la visualización espacial? Kolalowski y Malina (1974) han considerado este punto. Propusieron que quizá en la gente que vivía en épocas

tempranas, la habilidad de la visualización espacial tenía consecuencias adaptativas solamente para hombres por su rol sexual como cazadores. El hecho de que el gen X, ligado al sexo, tiene propiedades recesivo-dominantes sólo para mujeres, puede ser de alguna ayuda en la resolución de esta paradoja. Sin embargo, el modelo de Kolakowski y Malina, no puede acomodar el hallazgo que mientras las diferencias sexuales en la habilidad de la visualización espacial y en otras habilidades de reestructuración han sido encontradas en las culturas de campesino labradores, hoy en día, no hay evidencia de diferencias sexuales en los grupos de caza (Witkin y Berry, 1975; van Leeuwen, 1978). Si un gen recesivo X, ligado al sexo, está involucrado, el alelo dominante podría haber emergido durante la evolución de economías de caza a economías de campesino labradores. Entonces, el aspecto bipolar del modelo independencia-dependencia de campo podría ser útil en la resolución de la paradoja en cuanto que lleva implícita la inferencia que un cambio ocurrió en los requerimientos adaptativos, de las habilidades de reestructuración, asociadas con un estilo cognoscitivo de independencia de campo, de modo que aparecieran las habilidades sociales de manera sobresaliente que son favorecidas por un alelo dominante y que son asociadas con el estilo cognoscitivo dependiente de campo, durante la transición de las economías de caza a las de campesino labradores.

Independientemente de si existe una contribución genética a las diferencias individuales en la independencia-dependencia

de campo, se puede explicar la diferencia en el estilo cognoscitivo que se da en grupos de caza y en grupos de campesino labradores en base a los efectos ecológicos, culturales y de socialización, que operan durante la vida del individuo para producir modos adaptivos de comportamiento en el individuo. Ciertamente los resultados en cuanto a las comparaciones entre los grupos de caza y de campesino labradores, son consistentes con la conclusión que los factores ambientales operativos durante la ontogénesis, juegan un papel principal en el desarrollo de las diferencias individuales en el estilo cognoscitivo.

En la consideración de las contribuciones relativas de los factores genéticos y culturales en el desarrollo histórico de la independencia-dependencia de campo, se puede notar que los mecanismos de transmisión cultural en humanos trabajan más rápidamente y son más importantes en la producción de cambios, que los mecanismos genéticos (Cavalli-Sforza y Feldman, 1973a, 1973b). Desde esta perspectiva, los cambios ecoculturales que ocurrieron en la transición a las economías agrícolas bajo el ímpetu de una existencia a nivel de subsistencia, pudieron haber sido suficientes para producir los cambios históricos postulados en la dirección de una mayor dependencia de campo.

En algunas teorías de desarrollo se da por hecho que las progresiones de desarrollo proceden en la misma dirección durante la ontogénesis y durante la historia de la adaptación humana (Werner, 1948). En contraste, la teoría de la dependencia de campo

da lugar a otra expectativa diferente. Mientras que el desarrollo ontogenético procede de un estado de dependencia de campo a un estado de independencia de campo, el desarrollo cultural sigue un curso opuesto. El hecho de que el desarrollo podría proceder en direcciones opuestas en el caso de la dimensión del estilo cognoscitivo, no es sorprendente cuando se considera que las características a cada extremo de la dimensión tienen un valor adaptativo en situaciones diferentes. Un estilo cognoscitivo independiente de campo pudo haber sido particularmente adaptativo a la existencia de los grupos de caza que vivían en épocas tempranas, mientras que un estilo cognoscitivo dependiente de campo pudo haber sido más adaptativo a la existencia sedentaria de grupos de agricultores que abundaban posteriormente. De modo semejante, como se ha dicho con anterioridad, una dependencia en los estándares externos, característica de un estilo cognoscitivo de dependencia de campo, concuerda más con un estatus físico e intelectual del niño joven, mientras que una mayor autonomía personal, característica de un estilo cognoscitivo de independencia de campo, concuerda más con un estatus de adulto. Entonces, el estilo cognoscitivo de un individuo tiene que ver con sus capacidades y con los requerimientos del ambiente en que se halla situado.

Aunque las dos series de desarrollos pueden proceder en direcciones opuestas, se puede entender como ocurre ésto dentro de un marco conceptual de referencia único. Como se ha visto, existe evidencia que los efectos específicos de entrenamiento pueden contribuir al desarrollo del componente de reestructuración

cognoscitiva y a la independencia de campo durante la vida de un individuo. Es probable que el aprendizaje perceptual contribuye a tal desarrollo entre cazadores en su existencia nómada. Las prácticas de socialización que estimulan una separación de la autoridad de los padres pueden también contribuir al desarrollo ontogénico de un estilo cognoscitivo de independencia de campo en un grupo cultural, así como entre los miembros de las sociedades tempranas de caza. Se sabe ahora que el estilo dependiente de campo puede ser favorecido por el desarrollo, mientras que el movimiento hacia la independencia de campo puede ser favorecido por otro tipo de desarrollo. La concepción de desarrollo que propone la teoría de dependencia de campo es multilineal.

EL CONSTRUCTO DEL ESTILO COGNOSCITIVO COMPARADO CON OTROS CONSTRUCTOS PSICOLÓGICOS

Aunque el constructo de independencia-dependencia de campo se parece superficialmente a otros constructos, es muy diferente. Por ejemplo, refleja en forma aparente el constructo de locus de control, pero los resultados de numerosos estudios han mostrado con raras excepciones que las medidas de estas dos dimensiones no están relacionadas (Roodin, Broughton y Vaught, 1974; Shapson, 1973; Tobacyk, Broughton y Vaught, 1975). La independencia-dependencia de campo es una variable de proceso y representa un grado de funcionamiento autónomo en la asimilación de la información del yo y del campo. El locus de control es una variable

actitudinal o de creencia y representa las expectativas para el control interno o externo de reforzamiento, o de mayor o menor fatalismo en relación a la vida. La concepción de locus de control como un predictor de competencia e independencia, es la que por otro lado, parece congeniar con la de la independencia-dependencia de campo. El constructo de locus de control y el de la independencia-dependencia de campo son similares en que ambos investigan si el individuo depende más de sí mismo o de su ambiente.

Arbuthnot (1971), Cohen y Wolfe (1973) y Deever (1967) han intentado sin éxito relacionar ambos constructos. De modo semejante, Chance y Goldstein (1971) hallaron que sujetos con un locus de control interno mostraban más mejoría que los sujetos con un locus de control externo en el grado de independencia de campo, cuando se les exponían a prácticas, pero no hubo una diferencia inicial entre estos grupos. Crandall y Lacey (1972), por otro lado, hallaron que muchachas pero no muchachos, de la escuela primaria y con un locus de control interno, eran más independientes de campo que las muchachas con un locus de control externo. Estos hallazgos que son parcialmente discrepantes pueden deberse a la edad de los sujetos y/o el uso de una prueba particular para medir el locus de control (Intellectual Achievement Responsibility Scale), en vez de la medida de locus de control más comúnmente empleada (la escala I-E de Rotter). La primera escala mencionada trata únicamente el control percibido de reforzamiento en situaciones académico-intelectuales.

Blomberg y Meehan (1984) afirman que tanto la independencia de campo como el control interno, tocan la sensibilidad a apuntes internos, mientras que la dependencia de campo y el control externo involucran una sensibilidad a los apuntes externos. Estos autores intentaron determinar el grado en que se puede cambiar la independencia-dependencia de campo, procurando que los sujetos conscientemente intentan adoptar un modo interno o externo de control percibido. Pensaron que el incrementar la responsabilidad del sujeto sobre el control de resultados elevaría el grado de la independencia de campo y que el decrementar la responsabilidad que uno siente por los resultados, elevaría el grado de la dependencia de campo. Se les dieron instrucciones diferentes para la ejecución de la escala Rotter de locus de control a los sujetos integrantes de tres grupos que tenían calificaciones semejantes en la pre-prueba de marco y varilla (RFT). Se les dijo a 32 sujetos que simularan respuestas internas o externas. Se les instruyó a otros 16 sujetos que contestaran la escala de acuerdo a sus propias creencias reales.

Los resultados demostraron que el grado de la independencia-dependencia de campo está sujeto a la manipulación mediante un conjunto de instrucciones. El estilo cognoscitivo cambia del período de la pre-prueba al período de la post prueba, lo que pudiera ser interpretado como evidencia del impacto de las variables dentro de un experimento, en el modo de enfoque ante el campo. Esta interpretación apoya el punto de vista que la

diferenciación psicológica depende parcialmente de la situación y no es un rasgo incambiable. Era la ubicación inicial del paciente con respecto al locus de control interno o externo, junto con el intento o falta de intento para influir en su comportamiento de rol vía instrucciones, y no el contenido de rol que se le instruye a jugar, que determina la dirección en que ocurre el cambio. Bajo instrucciones para simular creencias en un locus de control interno y externo, el estilo de los sujetos dependientes de campo cambió hacia la independencia de campo y los sujetos independientes de campo cambiaron hacia la dependencia de campo. Las instrucciones para llevar a cabo la pre prueba I-E, sin embargo, dieron lugar a un incremento en la independencia de campo para ambos grupos de sujetos. Estos resultados pueden apoyarse en el hecho de que la gente independiente de campo tenga un sentido de identidad separado, mejor desarrollado que las personas dependientes de campo. Cuando se les induce a decir cosas contra-actitudinales, la deliberación en sí lo que dicen refleja sus propias creencias, crea una incertidumbre con respecto a su identidad, y una mayor dependencia de campo. Por otro lado, los sujetos dependientes de campo dependen fuertemente de los agentes externos para la definición de sí mismos. Si el ambiente provee apuntes sociales discretos y estructurados, su sentido de identidad debería de incrementar y mediar un cambio hacia una mayor independencia de campo. En contraste, instrucciones libres de rol crean una oportunidad para que los sujetos tomen inventario de sus creencias verdaderas. Los sujetos podrían

fortalecer estas creencias y causar un incremento en su grado de independencia de campo. Este sería el caso tanto para los sujetos independientes como para los sujetos dependientes de campo.

Es interesante notar que los sujetos dependientes de campo mostraron un incremento menor en la independencia de campo, que los sujetos independientes de campo bajo las mismas instrucciones, libres de rol y que los sujetos dependientes de campo bajo instrucciones de toma de rol. Estos hechos reflejan el hecho de que las personas con un sentido subdesarrollado de identidad derivan su autodefinición del contexto social.

Otra característica de los resultados del estudio de Bloomberg y Meehan es digno de consideración. Los sujetos independientes de campo, en comparación con los sujetos dependientes de campo, endosaron significativamente más creencias en el control sobre eventos, similares a las creencias previamente atribuidas en su rol simulado de una persona con un locus de control externo o interno. Esto no quiere decir que las personas dependientes de campo tienen una menor habilidad para detectar las cualidades verdaderas de los demás, puesto que ejecutan tan bien como los sujetos independientes de campo bajo instrucciones explícitas para simular los estados cognoscitivos y afectivos de los demás. Pero si pudiera tener implicaciones en cuanto al grado en que los dos grupos se identifican con y literalmente viven los papeles que juegan. El actuar un rol potencialmente cambia

la idea que uno tiene acerca de sí mismo. Una correlación insig-
nificativa hallada por Bloomberg y Meehan entre las calificaciónes
I-E en la primera y segunda administración de la prueba, sugiere
que este pensamiento es aplicable a personas independientes
de campo, pero no a personas dependientes de campo.

Mientras que la posición de Bloomberg y Meehan acerca de
la toma de rol se relaciona con la independencia de campo, pare-
ce contradecir los hallazgos complementarios asociados con un
sentido separado de la identidad y la resistencia ante las fuer-
zas externas. Las mujeres independientes de campo han logrado -
una alta identidad en relación al funcionamiento del ego, a travé-
s de identificaciones significativas con un rol. Aunque éstas
fueron determinadas por los padres, su logro de la identidad no
representa una adopción total de las metas y valores de los pa-
dres. Ocurre de una síntesis de compromisos establecidos con los
padres y de exigencias variadas y con conflicto con sus estados
emocionales internos. El conocimiento de su propia ubicación de-
termina que las mujeres independientes de campo están menos a la
merced de la experiencia inmediata. Debido a una más baja iden-
tidad en relación a las funciones del ego de las mujeres depen-
dientes de campo, éstas sí son altamente susceptibles a las in-
fluencias externas. Esta vulnerabilidad toma la forma de una
complacencia pública a las exigencias de los roles, en vez de -
una verdadera identificación con ellas. Estas mujeres permanec-
cen en un estado auténtico de difusión de la identidad.

En el estudio de Bloomberg y Meehan, el conjunto instruccional per se, no afectó significativamente el cambio en el grado de la independencia de campo. Este hallazgo, aunque contrario a la hipótesis original postulada por los autores, confirma las indicaciones previas acerca de la relación entre el control interno y la independencia de campo y entre el control externo y la dependencia de campo. En realidad, no hay una base empírica para creer en la orientación basada en el yo y en el individuo de los constructos de independencia de campo y del control interno, o en la orientación hacia la sociedad basada en otros, de los constructos de dependencia de campo y del control externo. De acuerdo a lo anterior, Bloomberg y Meehan confirman que los constructos de locus de control y de independencia-dependencia de campo, son distinguibles y dimensiones separadas de la personalidad. Los autores sugieren que la investigación posterior a la suya debe emplear ambas variables en conjunto para hacer predicciones diferenciales del comportamiento. Algunos experimentos (Bloomberg y Soneson, 1975) por ejemplo, en que se ha considerado este enfoque, han delineado hallazgos que de otro modo hubieron permanecido oscuros si se consideraba cada variable en forma singular.

Es relevante aquí señalar que en el estudio arriba referido, se empleó una población femenina. No está claro cómo los resultados apuntados pertenecen a los varones. Además, las diferencias sexuales en la independencia-dependencia de campo y en la susceptibilidad a la influencia social (Gerard, Wilhelmy y

Connolley, 1968), así como en la formación de la identidad no han sido consistentes. Han surgido hallazgos e interpretaciones disimilares al respecto.

También, se ha postulado que la independencia-dependencia de campo es diferente del concepto extraversion-introversión. En general, no se ha podido confirmar una relación entre las medidas de estas dos dimensiones (Cegalis y Leen, 1977; DuPreez, 1967; Lester, 1976).

Otro estilo cognoscitivo que refleja el grado de impulsividad es detectado por el MFFT y manifiesta una relación modesta con la independencia-dependencia de campo (Messer, 1976), aunque la base de esta relación no está del todo claro. Mientras que los controles menos estructurados de las personas relativamente dependientes de campo (Witkin, Goodenough y Oltman, 1979) pudieron jugar un papel en la emisión de respuestas más impulsivas ante el MFFT, es posible también que las diferencias en las estrategias de obtención de conceptos utilizadas característicamente por las personas dependientes e independientes de campo (Goodenough, 1976), pueden también contribuir a las diferencias en la ejecución de la MFFT.

Por otro lado, el patrón de relaciones entre los comportamientos cognoscitivos y sociales es similar a aquél observado a través del análisis factorial en el trabajo de Cattell y sus colegas, acerca de las dimensiones del temperamento en las prue-

bas objetivas (Cattell, 1955, 1957; Cattell y Warburton, 1967; Hudleby, Pawlik y Cattell, 1965). Aunque Cattell no ha empleado pruebas de la percepción de la proyección vertical, este trabajo es de particular relevancia porque al menos una medida de la velocidad de oclusión y otra de la flexibilidad de oclusión, ambas, dimensiones de la reestructuración cognoscitiva, han sido incluidas en el estudio inicial (Cattell, 1948) y definieron un factor temperamental llamado U.I. 19. Visto desde una perspectiva histórica, entonces, la concepción de la independencia-dependencia de campo y del U.I. 19, son convergentes. En los trabajos iniciales sobre el tema, se interpretó el factor U.I. 19 como un factor de exactitud, llamándolo "Exactitud Crítica" o "Practicalidad Crítica" (Cattell, 1957). Conforme la red de evidencia acerca de las características de la personalidad se expandió, el énfasis interpretativo se empezó a modificar. Estas modificaciones se reflejan en los cambios de los títulos "Voluntad Prometeo" versus "Subyugación" (Hudleby, Pawlik y Cattell, 1965) y posteriormente, "Independencia" versus "Subyugación" (Cattell y Warburton, 1967). Aunque existen algunas diferencias entre la interpretación de Cattell de su factor de independencia, y la concepción de Witkin y Goodenough de la independencia de campo, es obvio, al menos para Cattell (1969) y Royce (1973), que hay un traslape importante entre el U.I. 19 y la independencia-dependencia de campo.

La revisión anterior de la literatura servirá como marco de

referencia para la comprensión de los varios aspectos del dominio psicológico que en una forma u otra potencian una relación con la cardiopatía isquémica. Por la aparente semejanza conceptual entre las variables involucradas y la personalidad hasta ahorita patente del paciente isquémico, comprenderemos que es posible extender nuestro conocimiento de los factores que en ella intervienen y apreciar nuevos modos para su medición.

III METODOS

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se empleó un diseño correlacional de cuatro grupos independientes a fin de determinar las relaciones entre un conjunto de variables físicas, familiares, demográficas y psicológicas y el grupo diagnóstico. Con ese propósito las relaciones entre las variables se determinaron mediante el estadístico χ^2 y el coeficiente de correlación de Pearson. Además, se realizó un análisis discriminante en el cual se coordinaron linealmente las variables con mayor poder de diferenciación entre los grupos a fin de maximizar sus diferencias.

DISEÑO DE LA MUESTRA

Se empleó una muestra no probabilística de pacientes del Hospital de Cardiología y Neumología del Centro Médico Nacional. Estos pacientes me fueron remitidos por los cardiólogos del Hospital al Servicio de Psicología de la consulta externa, del mismo hospital.

Como se indicó inicialmente, la muestra estaba compuesta por 488 sujetos pero a consecuencia del sismo de septiembre de 1985, se extraviaron los expedientes de 247 por lo que se consideraron solamente 241 cuyos datos estaban completos. Estaba integrado por 126 pacientes con cardiopatía isquémica, 75 con cardiopatía reumática, 16 con cardiopatía congénita y 24 con cardiopatía hipertensiva.

PROCEDIMIENTO

Se les dió cita con la psicóloga a todos los pacientes que iban a formar parte de la muestra. Se citaron a 15 pacientes por sesión y en grupo la psicóloga les aplicó los instrumentos empleados en este estudio, en el siguiente orden: Cuestionario de Datos Biográficos, Configuración Psicológica Individual, Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad (Formas A y B), Inventario de Rasgos Temperamentales, la Escala de Evaluación de Reajuste Social para la Medición del Stress Psicosocial, Prueba AB, Figuras Ocultas, Escala de Valores y Tiempo de Reacción. Para simplificar las comparaciones entre grupos y para evitar la varianza adicional de los efectos de orden, las tareas se presentaron en el mismo orden para todos los sujetos. Cada sesión duró aproximadamente una hora y media y las citas fueron programadas una o dos veces a la semana hasta que cada paciente terminara con la batería de pruebas. Todos los sujetos fueron informados de la naturaleza y propósitos del estudio y a todos se les citó posteriormente para discutir sobre los resultados de las pruebas que habían presentado y los factores de riesgo coronario implícitos en ellos.

IV RESULTADOS

RESULTADOS

Para cada una de las variables independientes se calcularon las frecuencias de cada uno de sus valores o categorías. Así mismo, para aquellas de carácter cuantitativo o métrico se calcularon las medidas de tendencia central y de variabilidad más comunes. Además se analizó la relación entre cada una de las variables independientes y la variable dependiente (clasificación diagnóstica) mediante al prueba X^2 . En el caso de las variables cuantitativas para que el análisis fuera válido, sus valores se agruparon en un número limitado de intervalos (4), de tal forma que las frecuencias esperadas no fueran inferiores a 5.

A continuación se analizan las relaciones que resultaron estadísticamente significativas.

Sexo Como la mayor parte, 89.7%, de los isquémicos son hombres y un porcentaje alto, 62.5 de los hipertensos también son hombres, el valor de X^2 resultó significativo. En las otras cardiopatías los porcentajes de hombres y mujeres son similares.

Sexo	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Masculino	113	36	9	15	173
	89.7%	48%	56.3%	62.5%	71.8 $X^2=43.80$
Femenino	13	39	7	9	68
	10.3%	52%	43.8%	35.7%	28.2 $P=0.0000$
	126	75	16	24	241

Tabla 1. Frecuencias y Porcentajes de Varones y Mujeres de cada Categoría Diagnóstica

Edad La mayoría de los pacientes en edades mayores a 50 años padecen Cardiopatía Isquémica en tanto que la mayoría de los que tienen menos de 40 años sufren Cardiopatía Congénita.

Edad	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Menos de 40	22	41	14	12	89
	17.5%	54.7%	87.5%	50%	36.9
40 - 50	28	22	1	6	57
	27.2%	29.3%	6.3%	25%	23.7 $\chi^2=67.50$
51 - 60	50	11	1	5	67 $P=0.0000$
	39.7%	14.7%	6.3%	20.8%	27.8
61 & más	26	1	0	1	28
	20.6%	1.3%	0.0%	4.2%	11.6
	126	75	16	24	241

Tabla 2. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica en los Diferentes Intervalos de Edad

Peso La mayoría de los pacientes con pesos mayores de 65 kilos son isquémicos mientras que los pacientes reumáticos y congénitos que pesan menos de 56 kilos superan al número esperado por azar.

Peso	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Menos de 56	30	36	9	7	82
	23.8%	48%	56.3%	29.2%	34
56 - 65	34	27	5	4	70 $\chi^2=36.98$
	27%	36%	31.3%	16.7%	29 P=0.0000
66 - 75	30	9	2	4	45
	23.8%	12%	12.5%	16.7%	18.7
76 ó más	32	3	0	9	44
	25.4%	4%	0.0%	37.5%	18.3
	126	75	16	24	241

Tabla 3. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica en Cada Intervalo de Peso

Estatura La mayoría de los pacientes con estaturas mayores a 1.61 cms. padecen Cardiopatía Isquémica mientras que los pacientes reumáticos y congénitos que miden menos de ese valor superan el número esperado por azar.

Estatura	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
menos de 1.51	28	28	6	6	68
	22.2%	37.3%	37.5%	25%	28.2
1.51 -1.60	15	20	4	3	42 $\chi^2=23.65$
	11.9%	26.7%	25%	12.5%	17.4 P=0.0049
1.61 -1.70	31	20	6	10	67
	40.5%	26.7%	37.5%	41.7%	36.1
1.71 ó más	32	7	0	5	44
	25.4%	9.7%	0.0%	20.8%	18.3
	126	75	16	24	241

Tabla 4. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de Cada Categoría Diagnóstica en Cada Intervalo de Estatura

Estado Civil Un alto porcentaje, 56.3%, de los congénitos son solteros mientras que la mayoría de los isquémicos, 85% son casados. Las otras condiciones civiles se presentan con una frecuencia muy pequeña para hacer generalizaciones válidas.

Estado Civil	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Soltero	4 3.5%	15 22.7%	4 56.3%	3 12.5%	31 14.2
Casado	96 85%	47 71.2%	6 37.5%	16 75%	167 76.3
Viudo	4 3.5%	1 1.5%	0 0.0%	1 4.2%	6 2.7
Divorciado	3 2.7%	0 0.0%	1 6.3%	1 4.2%	5 2.3
Separado	6 5.3%	3 4.5%	0 0.0%	1 4.2%	10 4.6
	113	66	16	24	219

Tabla 5. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de Cada Categoría Diagnóstica para Cada Estado Civil

Diabetes De los enfermos con Cardiopatía Isquémica e Hipertensiva, más del 60% tienen antecedentes heredofamiliares de diabetes, mientras que cerca del 40% de los otros cardiopatas tienen este tipo de antecedente.

Diabetes	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Con Diabetes	64 61.5%	27 39.7%	7 43.8%	13 61.9%	111 53.1 $\chi^2=9.08$
Sin Diabetes	40 38.5%	41 60.3%	9 56.3%	8 38.1%	98 $P=0.0281$ 46.9
	104	68	16	21	209

Tabla 6. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de Cada Categoría Diagnóstica con y sin Antecedentes Heredofamiliares de Diabetes

Infarto del Miocardio La mayoría, 63.2% de los pacientes que tienen antecedentes hereditarios de infarto del miocardio son isquémicos y ninguno de los congénitos considerados tienen este tipo de antecedente.

Infarto	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Con Infarto	48 63.2%	20 26.3%	0 0.0%	8 10.5%	76 39.2 $\chi^2=14.37$
Sin Infarto	44 47.8%	46 69.7%	15 100%	13 61.9%	118 $P=0.0004$ 60.8
	92	66	15	21	194

Tabla 7. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica con y sin Antecedentes Hereditarios de Infarto del Miocardio

Hipertensión Arterial El porcentaje de pacientes reumáticos con antecedentes heredofamiliares de hipertensión arterial es inferior al número esperado por azar, 38.04 mientras que el porcentaje de hipertensos que tuvieron este tipo de antecedente heredofamiliar, es superior a dicho valor. El porcentaje de pacientes con Cardiopatía Reumática que tuvieron antecedentes heredofamiliares de Hipertensión Arterial es muy pequeño comparado con el porcentaje que no los tuvieron. En el caso de la Cardiopatía Isquémica, la diferencia es menor.

Hipertensión Arterial	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Coronaria	Cardiopatía Hipertensiva	
Con Hipertensión Arterial	35 40.27	18 26.92	6 401	13 61.92	76 $3\sigma X^2=8.84$
Sin Hipertensión Arterial	5 59.82	49 73.11	4 601	6 38.11	124 P=0.0314 62
	97	67	15	21	200

Tabla 8. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de Cada Categoría Diagnóstica con y sin Antecedentes Heredofamiliares de Hipertensión Arterial

Padre La mayoría, 81%, de los pacientes con Cardiopatía Isquémica no tienen padre mientras que aproximadamente la mitad de los congénitos y reumáticos lo tienen.

Padre	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Con padre	19	31	8	7	65
	19%	47%	53.3%	30.8%	32.5 $\chi^2=17.73$
Sin padre	81	35	7	12	135 $P=0.0005$
	81%	53%	46.7%	63.2%	67.5
	100	66	15	19	200

Tabla 9. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de Cada Categoría Diagnóstica con y sin Padre

Madre El porcentaje, 59%, de los isquémicos cuya madre ha fallecido es mayor que el número esperado por azar mientras que en las otras categorías diagnósticas los porcentajes son menores a dicho número. Esta interacción, como la anterior, relacionada con el padre, se explica en virtud de que la media de edad de los isquémicos es superior a la de los otros grupos.

Madre	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Con madre	41	47	12	14	114
	41%	72.3%	80%	70%	57 $\chi^2=21.27$
Sin madre	59	18	3	6	86 $P=0.0001$
	59%	27.7%	20%	30%	43
	100	65	15	20	200

Tabla 10. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica con y sin Madre

Estrés En cuanto a esta variable que se valoró de acuerdo a la aparición en el expediente clínico de cada paciente, de una evaluación empírica hecha por su cardiólogo tratante, el porcentaje de isquémicos que sufren estrés es mayor que el número esperado por azar (80.9), mientras que los porcentajes correspondientes a las otras categorías diagnósticas son inferiores a dicho número.

Estrés	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Con estrés	58	6	2	6	72
	87.9%	60%	66.7%	60%	80.9 $\chi^2=8.12$
Sin estrés	8	4	1	4	17 P=0.04
	12.1%	40%	33.3%	40%	19.1
	66	10	3	10	89

Tabla 11. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de Cada Categoría Diagnóstica con y sin Estrés

Años Tomando El porcentaje de isquémicos que no beben es mayor

que el esperado por azar (6.2) mientras que el porcentaje de hipertensos que han bebido durante más de 20 años es mayor que el esperado por azar (90.9). El valor de χ^2 está en el límite de la significación estadística. En todas las categorías diagnósticas el porcentaje de sujetos se incrementa con los años de estar bebiendo alcohol, lo cual se puede explicar parcialmente por la correlación entre esta variable con la edad.

Años Tomando	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
0 años	12 9.5%	3 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	15 6.2 $\chi^2=12.26$
1 - 20	4 3.2%	1 1.3%	2 12.5%	0 0.0%	7 2.9 P=0.056
21 ó más	110 87.3%	71 94.7%	14 87.5%	24 100%	219 90.9
	126	75	16	24	241

Tabla 12. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica en cada Intervalo de Años de Beber

Hábito del Consumo del Tabaco La proporción de isquémicos cuyo hábito de consumo de tabaco es intenso, es mayor que la esperada por azar mientras que las proporciones correspondientes a las otras categorías diagnósticas son menores. Altos porcentajes de reumáticos, congénitos e hipertensos no fuman.

Hábito del Consumo del Tabaco	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
1 - 2	24 24%	33 53.2%	10 66.7%	9 50%	76 39 $\chi^2=27.23$
3	20 20%	13 21%	4 26.7%	3 16.7%	40 P=0.0007 20.5
4 - 5	26 26%	8 12.9%	1 6.7%	3 16.7%	38 19.5
6 ó más	30 29%	8 12.9%	0 0	3 16.7%	41 20.5
	100	62	15	18	195

Tabla 13. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica en cada Intervalo de Años de Fumar

Analgésicos El porcentaje de isquémicos que ingieren analgésicos es mayor que el porcentaje esperado por azar (25.2) mientras que los porcentajes correspondientes a las otras categorías diagnósticas son menores.

Analgésicos	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Con Analgésicos	19 38%	8 19%	2 15.4%	0 0	29 25.2
Sin Analgésicos	31 62%	34 81%	11 84.6%	10 100%	86 74.8
	50	42	13	10	115

Tabla 14. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que Sí Ingieren y No Ingieren Analgésicos

Antibióticos Los porcentajes de isquémicos e hipertensos que no reciben antibióticos es mayor que el valor esperado por azar (58.3) mientras que los porcentajes de reumáticos y congénitos que si los reciben y que no los reciben son similares.

Antibióticos	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensa	
Con Antibióticos	18 36.7%	24 54.5%	6 46.2%	0 0	48 41.7 $\chi^2=10.02$
Sin Antibióticos	31 63.3%	20 45.5%	7 53.8%	9 100%	67 $P=0.0182$ 58.3
	49	44	13	9	115

Tabla 15. Frecuencias y Porcentajes de pacientes de Cada Categoría Diagnóstica que Reciben y No Reciben Antibióticos

Vasodilatadores Casi todos los isquémicos ingieren vasodilatadores en tanto que muy pocos congénitos lo hacen.

Vasodilatadores	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensa	
Con Vasodilatadores	86 94.5%	11 25.6%	1 7.7%	9 60%	107 66 $\chi^2=84.25$
Sin Vasodilatadores	5 5.5%	32 74.4%	12 92.3%	6 40%	55 P=0.0000 34
	91	43	13	15	162

Tabla 16. Frecuencias y Porcentajes de pacientes de cada Categoría Diagnóstica que Reciben y No Reciben Vasodilatadores

Bloqueadores β Adrenérgicos La mayoría de los hipertensos e isquémicos ingieren bloqueadores β adrenérgicos en tanto que relativamente pocos reumáticos y congénitos lo hacen.

Bloqueadores β	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Con Bloqueadores β	52 70.1%	7 16.7%	3 23.1%	15 93.8%	77 53.1 $\chi^2=46.46$
Sin Bloqueadores β	22 29.7%	35 83.3%	10 76.9%	1 6.3%	68 P=0.0000 46.9
	74	42	13	16	145

Tabla 17. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de Cada Categoría Diagnóstica que Ingieren o no Ingieren Bloqueadores β Adrenérgicos

Anticoagulantes Ninguno de los congénitos e hipertensos reciben este tipo de medicamento mientras que aproximadamente el 50% de los isquémicos y reumáticos si lo reciben.

<u>Anticoagu lantes</u>	<u>Cardiopatía Isquémica</u>	<u>Cardiopatía Reumática</u>	<u>Cardiopatía Congénita</u>	<u>Cardiopatía Hipertensiva</u>	
<u>Con Anticoagu lantes</u>	25 47.22	33 56.9%	0 0.02	0 0.02	58 43.3 $\chi^2=22.25$
<u>Sin Anticoagu lantes</u>	28 52.82	25 43.1%	13 100%	10 100%	73 P=0.0001 56.7
	53	58	13	10	134

Tabla 18. Frecuencias y Porcentajes de pacientes de cada Categoría Diagnóstica que Reciben y No Reciben Anticoagulantes

Antiadhesivos Plaquetarios y Vasodilatadores El porcentaje de isquémicos, 75%, que reciben este medicamento sobrepasa el número esperado por azar mientras que los porcentajes correspondientes a las otras cardiopatías son inferiores a dicho número

Antiadhesivos Plaquetarios y Vasodilatadores	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Con	45	15	1	0	61 $\chi^2=39.60$ 47.3 P=0.0000
Antiadhesivos Plaquetarios y Vasodilatadores	75.0%	32.6%	7.7%	0.0%	
Sin	15	31	12	10	68
Antiadhesivos Plaquetarios y Vasodilatadores	25.0%	67.4%	42.3%	100%	52.7
	60	46	13	10	129

Tabla 19. Frecuencias y Porcentajes de pacientes de cada Categoría Diagnóstica que Reciben y No Reciben Antiadhesivos Plaquetarios y Vasodilatadores

Bloqueadores α Adrenérgicos La mayoría de los hipertensos,

(70%), reciben este tipo de medicamento en tanto que nin-
guno de los reumáticos y congénitos lo consumen.

Bloqueadores α Adrenérgicos	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Con Bloqueadores α Adrenérgicos	14 28.6%	0 0%	0 0%	7 70%	21 18.4 $\chi^2=33.48$
Sin Bloqueadores α Adrenérgicos	35 71.4%	42 100%	13 100%	3 30%	93 81.6
	49	42	13	10	114

Tabla 20. Frecuencias y Porcentajes de pacientes de Cada Catego-
ría Diagnóstica que Reciben Bloqueadores α Adrenérgi-
cos o No lo Reciben

Diuréticos La mayoría (90%) de los reumáticos e hipertensos usan estos medicamentos mientras que son pocos los congénitos que lo hacen.

Diuréticos	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Con Diuréticos	23 42.6%	52 91.2%	2 15.4%	10 90.9%	87 64.4 $\chi^2=46.11$
Sin Diuréticos	31 57.4%	5 8.8%	11 84.6%	1 9.1%	48 $P=0.0000$ 35.6
	54	57	13	11	135

Tabla 21. Frecuencias y Porcentajes de pacientes de Cada Categoría Diagnóstica que Consumen Diuréticos o que no los Consumen

Digitálicos La mayoría de los reumáticos reciben este medicamento y son pocos los pacientes de las otras cardiopatías que lo requieren.

Digitálicos	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Con Digitálicos	14 26.9%	52 86.7%	2 15.4%	0 0.0%	68 50.4 $\chi^2=54.57$
Sin Digitálicos	38 73.1%	8 13.3%	11 84.6%	10 100%	67 P=0.0000 49.6
	52	60	13	10	135

Tabla 22. Frecuencias y Porcentajes de pacientes de Cada Categoría Diagnóstica que Reciben Digitálicos y No los Reciben

Hipoglucemiantes Un porcentaje de isquémicos mayor que el esperado por azar recibe ese medicamento mientras que ninguno de los pacientes con otras cardiopatías lo requieren.

Hipoglucemiantes	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Con Hipoglucemiantes	14 24.6%	0 0%	0 0%	0 0%	14 11.5 $\chi^2=18.03$
Sin Hipoglucemiantes	43 75.4%	42 100%	13 100%	10 100%	108 P=0.0004 88.5
	57	42	13	10	122

Tabla 23. Frecuencias y Porcentajes de pacientes de Cada Categoría Diagnóstica que Reciben Hipoglucemiantes y que No los Reciben

Sedentarismo El porcentaje de isquémicos que son sedentarios sobrepasa el número esperado por azar (78.7), mientras que los porcentajes correspondientes a las otras cardiopatías son inferiores a dicho número. Los pacientes congénitos no son sedentarios.

Sedentarismo	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Sedentarios	45 83.3%	11 78.6%	0 0%	3 60%	59 $\chi^2=9.11$ 78.7 P=0.0278
No Sedentarios	9 16.7%	3 21.4%	2 100%	2 40%	16 21.3
	54	14	2	5	75

Tabla 24. Frecuencias y Porcentajes de pacientes de Cada Categoría Diagnóstica que son sedentarios y No lo son.

Obesidad La variable obesidad cuyo valor fue determinado por las anotaciones hechas por los cardiólogos tratantes de los pacientes en sus expedientes, tuvo una mayor frecuencia entre isquémicos e hipertensos, pues los porcentajes de estos pacientes que son obesos sobrepasan el porcentaje esperado por azar (49.6%) en tanto que los reumáticos y congénitos tienden a ser delgados.

Obesidad	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensa	
Obesos	49	7	1	10	67 $\chi^2=36.05$ 49.6 P=0.0000
	69%	17.1%	11.1%	71.4%	
No Obesos	22	34	8	4	68 50.4
	31%	82.9%	88.9%	28.6%	
	71	41	9	14	135

Tabla 25. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que Son o No Obesos

Complicaciones Intrahospitalarias Los reumáticos y los congénitos

tienden a tener complicaciones intrahospitalarias menores mientras que más de la mitad de los isquémicos no tienen ninguna complicación.

Complicaciones Intrahospitalarias	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita		
Mayores	12	10	0	22	
	20.3%	21.7%	0.0	18.5	
Menores	14	25	10	49	$\chi^2=19.48$
	23.7%	54.3%	71.4%	41.2	$P=0.0006$
Ninguna	33	11	4	48	
	55.9%	23.9%	28.6%	40.3	
	59	46	14	119	

Tabla 26. Frecuencias y Porcentajes de cada Categoría Diagnóstica en que presentan los Pacientes o No Complicaciones Intrahospitalarias

Página 2 de la Prueba de Figuras Ocultas La media más baja (217), de independencia de campo la obtuvieron los reumáticos y la más alta (297), los congénitos. Los porcentajes de congénitos e hipertensos que obtuvieron las puntuaciones más altas sobrepasa el número esperado por azar.

Puntuaciones	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
150 ó menos	56	25	2	6	89 $\chi^2=13.47$
	44.4%	33.3%	12.5%	25%	36.9 P=0.036
151 - 250	39	25	4	9	77
	31%	33.3%	25%	37.5%	32
251 ó más	31	25	10	9	75
	24.6%	33.3%	62.5%	37.5%	31.1
	126	75	16	24	241

Tabla 27. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que se Encuentran en Cada Intervalo de Puntajes

Inteligencia, Factor B del 10 FP, Forma B La media más baja,

5.74, la obtuvieron los reumáticos y la más alta, 7.12, los congénitos. Los porcentajes de isquémicos y de congénitos que obtuvieron las puntuaciones más altas sobrepasa el número esperado por azar.

Calificaciones en el Factor B	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
7 ó menos	67 53.2%	58 77.3%	10 62.5%	14 58.3%	149 61.8
8 - 12	34 27.0%	13 17.3%	6 37.5%	6 25.0%	59 $\chi^2=17.14$ 24.5 P=0.008
13 ó más	25 19.8%	4 5.3%	0 0.0%	4 16.7%	33 13.7
	126	75	16	24	241

Tabla 28. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que se Encuentran en cada Intervalo de Puntajes.

Aptitud Situacional, Factor H del 16 FP, Forma B La media más ba-

ja 11.31, lo obtuvieron los congénitos y la más alta, 15.22, los isquémicos, lo cual indica la tendencia a ser desinhibido y audaz en estos últimos. El porcentaje de isquémicos que obtuvo las puntuaciones más altas sobrepasa el número esperado por azar.

Calificaciones en el Factor H	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
7 ó menos	10	12	4	3	29
	7.9%	16%	25%	12.5%	12
8 - 12	23	20	6	7	56 $\chi^2=12.69$
	18.3%	26.7%	37.5%	29.2%	23.2 $P=0.048$
13 ó más	93	43	6	14	156
	73.8%	57.3%	37.5%	58.3%	64.7
	126	75	16	24	241

Tabla 29. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes en cada Categoría Diagnóstica que se Encuentran en cada Intervalo de Puntajes

Emotividad, Factor I del 16 FP, Forma B La media más baja 9.31,

la obtuvieron los congénitos y la más alta, 11.25, los hipertensos, lo que indica su tendencia a ser afectuosos y sensitivos. Consecuentemente, el porcentaje de hipertensos que obtuvieron las puntuaciones más altas sobrepasa el número esperado por azar.

Calificaciones en el Factor I	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
7 ó menos	23	9	5	3	40
	18.3%	12%	31.3%	12.5%	16.6
8 - 12	54	48	7	10	119 $\chi^2=12.65$
	42.9%	64%	43.8%	41.7%	49.4 $P=0.048$
13 ó más	49	18	4	11	82
	38.9%	24%	25%	45.8%	34
	126	75	16	24	241

Tabla 30. Frecuencias y Porcentajes de pacientes de cada Categoría Diagnóstica que se Encuentran en Cada Intervalo de Puntajes

Sutileza, Factor N del 16 FP, Forma B Las medias más bajas, 10,

las obtuvieron los congénitos y los hipertensos, y las más altas, 11, los isquémicos y los reumáticos, lo cual indica que son mínimas las diferencias entre las personas con diferentes cardiopatías en este factor. No obstante, la proporción de isquémicos que obtuvieron puntuaciones más altas es mayor que el número esperado por azar (36.9%).

Calificaciones en el Factor N	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
7 ó menos	7	2	5	1	15
	5.6%	2.7%	31.3%	4.2%	6.2
8 - 12	60	52	8	17	137 $\chi^2=30.09$
	47.6%	69.3%	50%	70.8%	56.8 $P=0.0000$
13 ó más	59	21	3	6	89
	46.8%	28%	18.5%	25%	36.9
	126	75	16	24	241

Tabla 31. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que se Encuentran en cada Intervalo de Puntajes

Estado de Ansiedad, Factor Q₁ del 16 FP, Forma B La media más ba-

ja, 9, la obtuvieron los reumáticos y los hipertensos, y la más alta, 11, los congénitos. El porcentaje de isquémicos que obtuvieron las puntuaciones más altas sobrepasa el número esperado por azar (39.4%), mientras que lo contrario ocurre con los reumáticos. Los puntajes altos indican tensión y frustración.

Calificaciones en el Factor Q ₁	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
7 ó menos	40	23	4	7	74
	31.7%	30.7%	25%	29.2%	30.7
8 - 12	24	34	6	8	72 $\chi^2=19.20$
	19%	45.3%	37.5%	33.3%	29.9 P=0.0038
13 ó más	62	18	6	9	95
	49.2%	24%	37.5%	37.5%	39.4
	126	75	16	24	241

Tabla 32. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que se Encuentran en cada Intervalo de Puntajes

Lealtad Grupal, Factor G del 16 FP. Forma A Las diferencias en

este factor son mínimas ya que la media menor, 12.95, la obtuvieron los reumáticos, y la más alta, 14.64, los isquémicos. El porcentaje de reumáticos que obtuvieron las puntuaciones más altas es inferior al número esperado por azar (72.6%) en tanto que lo contrario ocurre en las otras cardiopatías.

Calificaciones en el Factor G	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
7 ó menos	1 0.8%	3 4%	0 0%	0 0%	4 1.7
8 - 12	28 22.2%	44 37.3%	3 18.8%	3 12.5%	62 $\chi^2=13.40$ 25.7 P=0.03
13 ó más	97 77%	44 58.7%	13 81.3%	21 87.5%	175 72.6
	126	75	16	24	241

Tabla 33. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que se Encuentran en cada Intervalo de Puntajes

Variable 12-Embarazo El porcentaje de reumáticos que tuvieron un embarazo sobrepasa el número esperado por azar. (6%), mientras que lo contrario ocurre en los isquémicos. Sin embargo, el número es pequeño ya que la mayoría de los pacientes en todas las categorías son varones.

Embarazo	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Con Embarazo	1 1%	9 13.4%	1 6.7%	1 5%	12 $6 \chi^2=10.91$
Sin Embarazo	97 99%	58 86.6%	14 93.3%	19 95%	188 P = 0.01 94
	98	67	15	20	200

Tabla 34. Frecuencias y Porcentajes de pacientes de cada Categoría Diagnóstica que se Embarazaron y No se Embarazaron

Variable 18-Cambio de un Empleo a Otro El porcentaje de reumáticos que cambió de empleo es inferior al esperado por azar (18%) mientras que lo contrario ocurre entre los congénitos.

Cambio de un Empleo a Otro	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Sí	20	7	6	3	36
	20.4%	10.4%	40%	15%	18 $\chi^2=8.01$
No	78	60	9	17	164 $P=0.04$
	79.6%	89.6%	60%	85%	82
	98	67	15	20	200

Tabla 35. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que Cambiaron y No Cambiaron de Empleo

Variable 23-Hijo o Hija se van de la Casa El porcentaje de hipertensos que reportaron la salida de un hijo del hogar sobrepasa el número esperado por azar (9.5%), en tanto que lo contrario ocurre entre los congénitos.

Hijo o Hija se van de la Casa	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Si	7	7	0	5	19
	7.1%	10.4%	0	25%	$9.5 \chi^2=7.86$
No	91	60	15	15	181
	92.9%	89.6%	100%	75%	$P=0.04$ 90.5
	98	67	15	20	200

Tabla 36. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que Reportaron la Salida de un Hijo o No lo Reportaron

Variable 27-Iniciar o Terminar la Escuela Los porcentajes de is-
quémicos e hipertensos que reportaron el inicio o termina-
ción de estudios es inferior al esperado por azar. Lo con-
trario ocurre con los congénitos.

Iniciar o Terminar la Escuela	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Si	5 5.1%	10 14.9%	6 4.0%	0 0.0%	21 $\chi^2=20.67$
No	93 94.9%	57 85.1%	9 6.0%	20 100%	179 P=0.0001
	98	67	15	20	200

Figura 37. Frecuencias y Porcentajes de pacientes de cada Categoría Diagnóstica que Reportaron el Inicio o Terminación de Estudios o No lo Reportaron

Ensayo 1-Tiempo de Reacción La media más baja de tiempo de reacción, 820.94, en el primer ensayo la obtuvieron los hipertensos y la más alta, 1020, los reumáticos. El porcentaje de reumáticos que obtuvieron los puntajes más altos es mayor que el esperado por azar (22%).

Tiempo de Reacción	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Hasta 650	53 42.1%	14 18.7%	4 25%	11 45.8%	82 34
651 - 800	19 15.1%	17 22.7%	3 16.8%	5 20.8%	44 18.3 $\chi^2=19.74$
801 - 1000	34 27%	19 25.3%	6 37.5%	3 12.5%	62 25.7 P=0.01
1001 ó más	20 15.9%	25 33.3%	3 16.8%	5 20.8%	53 22
	126	75	16	24	241

Tabla 38. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que Cayeron en cada Intervalo de Puntajes

Ensayo 4-Tiempo de Reacción La media más baja de tiempo de reacción (670), en el cuarto ensayo la obtuvieron los congénitos y la más alta (837) los reumáticos. El porcentaje de reumáticos que obtuvieron los puntajes más altos es mayor que el esperado por azar (6.6%) en tanto que lo contrario ocurre en los congénitos y los isquémicos.

Tiempo de Reacción	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
650 ó menos	75	25	9	11	120
	59.5%	31.3%	56.3%	45.8%	49.8
651 - 800	32	24	5	9	70
	25.4%	32%	31.3%	37.5%	29 $\chi^2=18.98$
801 - 1000	14	17	2	2	35 $F=0.02$
	11.1%	22.7%	12.5%	8.3%	14.5
1001 ó más	5	9	0	2	16
	4%	12%	0.0%	8.3%	6.6
	126	75	16	24	241

Tabla 39. Frecuencias y Porcentajes de cada Categoría Diagnóstica que se Encuentran en Cada Intervalo de Puntajes

Ensayo 5-Tiempo de Reacción El promedio más bajo 707, de tiempo de reacción en el quinto ensayo la obtuvieron los congénitos y el más alto, 795, los reumáticos. El porcentaje de reumáticos que obtuvieron los puntajes más altos es mayor que el esperado por azar. El porcentaje de reumáticos que obtuvieron las puntuaciones más altas es mayor que el esperado por azar (6.2%) en tanto que lo contrario ocurre en los isquémicos. La tendencia de los reumáticos a tener los tiempos de reacción más lentos es sistemática en los tres ensayos considerados.

Tiempo de Reacción	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
650 ó menos	73 57.9%	26 34.7%	8 50%	13 54.2%	120 49.8
651 - 800	36 24.6%	27 36%	5 31.3%	7 29.2%	75 31.1 $\chi^2=19.47$
801 - 1000	15 11.9%	11 14.7%	2 12.5%	3 12.5%	31 12.9 $P=0.02$
1001 ó más	2 1.6%	11 14.7%	1 6.3%	1 4.2%	15 6.2
	126	75	16	24	241

Tabla 40. Frecuencias y Porcentajes de pacientes de cada Categoría Diagnóstica que se Encuentran en cada Intervalo de Puntajes

Activo La media más baja, 8.26, en la escala Activo del Inventario de Rasgos Temperamentales de Thurstone, la obtuvieron los reumáticos, y la más alta, 10.61, los hipertensos. El porcentaje de isquémicos que tienen las puntuaciones más altas en esta área es mayor que el esperado por azar. Lo contrario ocurre en las demás cardiopatías.

Calificaciones en la escala Activo	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Hasta 7	29	26	4	3	62
	23%	34.7%	25%	12.5%	25.7
8 - 10	24	27	5	7	63
	19%	36%	31.3%	29.2%	26.1 $\chi^2=39.90$
11 - 13	28	13	4	9	54 $P=0.0000$
	19%	36%	31.3%	29.2%	22.4
14 ó más	45	9	3	5	67
	35.7%	12%	13.8%	20.8%	22.4
	126	75	16	24	241

Tabla 41. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que se Encuentran en cada Intervalo de Puntajes

Vigoroso La media más baja, 7.10, en el área de vigoroso del Intervalo de Rasgos Temperamentales de Thurstone, la obtuvieron los reumáticos y la más alta, 9.47, los isquémicos. El porcentaje de isquémicos que obtuvieron los puntajes más altos es mayor que el esperado por azar (27.4%). Lo contrario ocurre en las demás cardiopatías.

Calificaciones en la Escala Vigoroso	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Hasta 7	30	42	4	9	85
	23.8%	56%	25%	37.5%	35.3
8 - 10	24	11	2	8	45
	19%	14.7%	12.5%	33.3%	18.7 $\chi^2=39.90$
11 - 13	24	11	8	2	45
	19%	14.7%	50%	8.3%	18.7 $P=0.0000$
14 ó más	48	11	2	5	66
	38.1%	14.7%	12.5%	20.8%	27.4
	126	75	16	24	241

Tabla 42. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que caen en cada Intervalo de Puntajes

Impulsivo Las diferencias entre las medias obtenidas en esta área por los pacientes con las distintas cardiopatías son mínimas. Así, la media más baja, 8.61, la obtuvieron los reumáticos y la más alta, 9.14, los isquémicos.

Calificaciones en la Escala Impulsivo

	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Hasta 7	34 27%	24 32%	7 43.8%	7 29.2%	72 29.9 $\chi^2=17.24$
8 - 10	32 25.4%	27 36%	1 6.3%	7 29.2%	67 27.8 P=0.04
11 - 13	20 15.9%	15 20%	5 31.3%	6 25%	46 19.1
14 & más	40 31.7%	9 12%	3 18.8%	4 16.7%	56 23.2
	126	75	16	24	241

Tabla 43. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que caen en cada Intervalo de Puntajes

Estable En la escala estable del mismo Inventario de Rasgos Temperamentales de Thurstone, la media más baja, 8.98, la obtuvieron los reumáticos y la más alta, 10.75, los isquémicos. La diferencia es pequeña. Sin embargo, la proporción de isquémicos que obtuvieron las puntuaciones más altas sobrepasa la esperada por azar (35.3%).

Calificaciones en la Escala Estable	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Hasta 7	21	25	3	9	58
	16.7%	33.3%	18.8%	37.5%	24.1
8 - 10	29	21	5	3	58 $\chi^2=20.05$
	23%	28%	31.3%	12.5%	24.1 p=0.01
11 - 13	19	14	4	3	40
	15.1%	18.7%	25%	12.5%	16.6
14 ó más	57	15	4	9	85
	45.2%	20%	25%	37.5%	35.3
	126	75	16	24	241

Tabla 44. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que caen en cada Intervalo de Puntajes

Responsabilidad En esta escala del CPI, el promedio más bajo, 25.49, lo obtuvieron los reumáticos y el más alto 27.13, los isquémicos. El porcentaje de isquémicos que tienen los puntajes más altos sobrepasa el número esperado por azar. Lo contrario ocurre en los reumáticos.

Calificación en la Escala Responsabilidad	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Hasta 16	2 1.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.8
17 - 20	4 3.2%	13 17.3%	3 18.8%	2 8.3%	22 $\chi^2=18.07$ 9.1 P=0.03
21 - 30	84 66.7%	51 68%	9 56.3%	16 66.7%	160 66.4
31 ó más	36 28.6%	11 14.7%	4 25%	6 25%	57 23.7
	126	75	16	24	241

Tabla 45. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica, que caen en cada Intervalo de Puntajes

Socialización En esta escala del CPI, la media más baja, 37.45,

lo obtuvieron los hipertensos, y la más alta, 40.58, los reumáticos. Los porcentajes de hipertensos y congénitos que obtuvieron las puntuaciones más altas son mayores que el número esperado por azar (80.1%).

Calificaciones en la Escala Socialización	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
17 - 20	0 0%	1 1.3%	0 0%	1 4.2%	2 0.8
21 - 30	27 21.4%	18 24%	1 6.3%	0 0%	46 $\chi^2=13.32$ 19.1 P=0.03
31 ó más	99 78.6%	56 74.7%	15 93.8%	23 95.8%	193 80.1
	126	75	16	24	241

Tabla 46. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que caen en cada Intervalo de Puntajes

Dominancia En la escala de Dominancia del CPI, la media más baja, 21.68, la obtuvieron los congénitos y la más alta, 25.67, los isquémicos. El porcentaje de isquémicos que obtuvieron las puntuaciones altas sobrepasa el número esperado por azar (15.8%). Lo contrario ocurre en los demás pacientes.

Calificacio- nes en la Escala Domi- nancia	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
Hasta 16	6 4.8%	14 18.7%	2 12.5%	3 12.5%	25 10.4
17 - 20	19 15.1%	18 24%	5 31.3%	7 29.2%	49 $\chi^2=19.98$ 20.3 P=0.01
21 - 30	74 58.7%	35 46.7%	8 50.0%	12 50.0%	129 53.5
31 ó más	27 21.4%	8 10.7%	1 6.3%	2 8.3%	38 15.8
	126	75	16	24	241

Tabla 47. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que caen en cada Intervalo de Puntajes

Estético. En el valor "estético" del Estudio de Valores, la media más baja, 37.45, la obtuvieron los hipertensos y la más alta, 40.50, los reumáticos. Los porcentajes de reumáticos y congénitos que obtuvieron las puntuaciones más altas sobrepasan el número esperado por azar (12.4%), lo cual indica la importancia del valor estético para estos pacientes.

Calificaciones en la Escala Estético	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
33 ó menos	56	17	2	12	87
	44.4%	22.7%	12.5%	50%	36.1
34 - 38	25	18	7	2	52
	19.8%	24%	43.8%	8.3%	21.6 $\chi^2=22.76$
39 - 45	33	26	4	8	71 $P=0.02$
	26.2%	34.7%	25%	33.3%	29.5
46 ó más	11	14	3	2	30
	8.7%	18.7%	18.8%	8.3%	12.4
	125	75	16	24	240

Tabla 48. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que caen en cada Intervalo de Puntajes

Social En el valor social, la media más baja, 39.86, la obtuvieron los congénitos y la más alta, 41.85, los hipertensos, siendo este valor muy cercano al de los otros grupos. Las diferencias entre las medias de los diferentes grupos de cardiopatías son mínimas. Por lo tanto, el valor social es muy similar en todos los pacientes aún cuando hay diferencias en la frecuencia con que se presentan los diferentes niveles de puntajes en los distintos grupos. Sin embargo, la proporción de reumáticos que obtuvieron las puntuaciones más grandes sobrepasa el número esperado por azar, 21.6%.

Calificaciones en la Escala Social	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía Reumática	Cardiopatía Congénita	Cardiopatía Hipertensiva	
33 ó menos	45 35.7%	13 17.3%	5 31.3%	5 20.8%	68 28.2
34 - 38	15 11.9%	19 25.3%	0 0%	5 20.8%	39 16.2 $\chi^2=22.78$
39 - 45	40 31.7%	22 29.3%	10 62.5%	10 41.7%	82 P=0.006 34
46 ó más	26 20.6%	21 28%	1 6.3%	4 16.7%	52 21.6
	126	75	16	24	241

Tabla 49. Frecuencias y Porcentajes de Pacientes de cada Categoría Diagnóstica que caen en cada Intervalo de Puntajes

INTEGRACION DE LOS RESULTADOS DE X^2 Y DEL ANALISIS DISCRIMINANTE

Con base en los resultados de X^2 que determinaron las relaciones entre cada variable y el grupo diagnóstico y en los del análisis discriminante, se puede caracterizar a cada grupo de la siguiente manera.

Grupo 1: Cardiopatía Isquémica

La mayoría de estos pacientes son varones y sus promedios de edad y peso son los más altos 51.7 y 70.5 respectivamente, de todos los grupos. Entre sus antecedentes heredofamiliares sobresale el infarto con mayor frecuencia que en los otros grupos de cardiopatías.

Tienden a ser desinhibidos sociales y audaces, pues alcanzaron los promedios más altos en el Factor H del 16 EP. También, muestran cierta tendencia a permanecer tranquilos en situaciones críticas como lo indican sus altos puntajes de estabilidad en el Inventario de Rasgos Temperamentales de Thurstone. El haber obtenido las puntuaciones más altas en "vigoroso" del mismo inventario indica su involucración en actividades que requieren un desgaste de energía. Además, sus puntuaciones altas en la escala de Dominancia del CPI señalan su tendencia a ser dirigentes, tomar iniciativas y asumir responsabilidades. Esta afirmación es confirmada por el desempeño de estos pacientes en la escala de responsabilidad del mismo CPI.

Grupo 2: Cardiopatía Reumática

Los niveles de ejecución de los reumáticos en la Prueba de Figuras Ocultas son bajos, lo cual implica dependencia de campo. Esto puede explicarse en parte por su poca agilidad mental y tendencia al pensamiento concreto, como muestran sus bajas puntuaciones en el Factor B del 16 FP. Sus tiempos de reacción en los ensayos 1, 4 y 5 son los más grandes, hecho que avala lo anterior y que es además asociado a rasgos temperamentales como lo indica su desempeño en el inventario de Thurstone. Sus bajas puntuaciones en las áreas de Activo y Vigoroso reflejan su poca disposición a estar en movimiento y su tendencia a ser lento y pausado.

En contrapartida los individuos de este grupo mostraron el mayor aprecio por el valor estético en el Estudio de Valores. Esto pudiera asociarse a sus bajas puntuaciones en el Factor Q4 del 16 FP que indican una tendencia a ser relajado, tranquilo y sereno, así como una adecuación estable y equilibrio emocional. En este sentido, los reumáticos muestran madurez, integridad y rectitud social dadas sus puntuaciones en la escala de socialización del CPI.

Grupo 3: Cardiopatía Congénita

Estos pacientes eran en promedio los más jóvenes (28.18 años) y más ligeros (57.21 kg. de peso corporal). Sus puntuaciones en la Prueba de Figuras Ocultas son las más altas, lo que indica un

estilo cognoscitivo independiente de campo. Estas y sus altas calificaciones en el Factor B del 16 FP, revelan agilidad mental y una tendencia al pensamiento abstracto. Sus tiempos de reacción en los ensayos 4 y 5 son los menores obtenidos por los cuatro grupos y pueden ser asociados a su comprobada agilidad mental.

Además, en la esfera de lo emocional, los congénitos tienden a ser recatados, tímidos y reprimidos como lo indican sus bajas puntuaciones en el Factor H del 16 FP. Su conducta se caracteriza por el retraimiento social y susceptibilidad a las amenazas ambientales. Así mismo, sus bajas puntuaciones en la escala de Dominancia del CPI indican su poca disposición a tomar iniciativas y a asumir responsabilidades. Por otro lado, las bajas puntuaciones obtenidas por los congénitos en el Factor I también de la prueba CPI, sugieren la tendencia a ser realista, práctico, calculador y a ser confiado en uno mismo.

Grupo 4: Cardiopatía Hipertensiva

Estos pacientes tienden a ser afectuosos, sensitivos y dependientes como lo indican sus altas puntuaciones en el Factor I del 16 FP. No obstante su sensibilidad, su aprecio por los valores estéticos es el menor de los cuatro grupos. Sus tiempos de reacción en el ensayo 1, fueron los más cortos aunque también fueron pequeños sus tiempos de reacción en el ensayo 5. Este resultado puede acoplarse en interpretación con las altas calificaciones obtenidas por los pacientes en este grupo en la escala Activo del

Inventario de Thurstone. Estas indican rapidez en los movimientos y en el pensamiento.

InterCorrelaciones y Confiabilidad de Algunas de las Pruebas

16 FP

Dado que se aplicaron las formas A y B del Cuestionario 16 FP, se calculó la confiabilidad de las puntuaciones de cada uno de sus factores en el grupo de isquémicos por ser el más numeroso. Los coeficientes de confiabilidad representan la correlación entre las dos puntuaciones obtenidas en cada factor por los pacientes de dicho grupo. Los coeficientes mayores que .50 se presentan en la siguiente tabla.

Factor	Coeficiente
C - Fuerza del Yo Inestabilidad Emocional o Debilidad del Yo vs. Fuerza Superior del Yo	.51
F - Impulsividad Retraimiento vs. Impetuosidad	.51
H - Aptitud Situacional Timidez vs. Audacia	.70
O - Conciencia Adecuación Serena vs. Propensión a la Culpabilidad	.76
Q ₄ - Estado de Ansiedad Tranquilidad vs. Tensión	.68

Tabla 50. Coeficientes de Confiabilidad de Factores del 16 FP
Mayores de .50

Los coeficientes menores que .50 se presentan en la siguiente tabla. Uno de ellos, el del Factor Q₁, es casi igual a cero.

Factor	Coeficiente
A - Expresividad Emocional Soliloquio vs. Sociabilidad	.49
B - Inteligencia Inteligencia baja vs. Inteligencia Alta	.42
E - Dominancia Sumisión vs. Ascendencia	.43
G - Lealtad Grupal Superego Débil vs. Superego Fuerte	.29
I - Emotividad Severidad vs. Sensibilidad Emocional	.25
L - Credibilidad Confianza vs. Desconfianza	.42
M - Actitud Cognitiva Objetividad vs. Subjetividad	.27
N - Sutileza Ingenuidad vs. Astucia	.18
Q ₁ - Posición Social Conservadurismo vs. Radicalismo	-.01
Q ₂ - Certeza Individual Dependencia Grupal vs. Autosuficiencia	.32
Q ₃ - Autoestima Indiferencia vs. Control	.39

Tabla 51. Coeficientes de Confiabilidad de Factores de 16 FP Menores de .50

Estos resultados en general limitan el significado de las puntuaciones obtenidas en dicho cuestionario, particularmente en los factores cuya confiabilidad resultó muy baja.

Tiempo de Reacción

El análisis de las intercorrelaciones de los tiempos de reacción en los diferentes ensayos indica que el ensayo más confiable fue el 5, ya que sus correlaciones con los demás ensayos fueron las más grandes. Se presentan en la siguiente tabla.

	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄
E ₅	.58	.40	.33	.63

Tabla 52. Correlaciones entre los Tiempos de Reacción en el Ensayo 5 y los Ensayos 1 - 4

La Prueba de Figuras Ocultas

La correlación entre las puntuaciones en las páginas uno y dos obtenidas en la Prueba de Figuras Ocultas es de .90, lo que representa el valor más alto de confiabilidad alcanzado por las pruebas utilizadas.

Análisis de las Correlaciones entre las Variables Predictores más Confiables

En lo que respecta a los factores del 16 FP únicamente se consideran aquellos cuyos coeficientes de confiabilidad fueron altos, es decir, los Factores H, O y Q_4 . El Factor H de la Forma B tiene correlaciones altas y negativas con los otros Factores O y Q_4 de las dos formas, como lo muestra la siguiente tabla.

	Forma B, Factor O	Forma A, Factor O
	-.55	-.60
Forma B, Factor H		
	Forma A, Factor Q_4	Forma B, Factor Q_4
	-.41	-.46

Tabla 53. Correlaciones entre el Factor H de la Forma B del FP y los Factores O y Q_4 de las Formas A y B del 16 FP

Estas correlaciones apoyan la validez de dichos factores ya que el rasgo de timidez y audacia es medido por el Factor H y los otros dos Factores, O y Q_4 pretenden medir los rasgos seguridad-aprensión y tranquilidad-tensión, respectivamente. Por lo tanto se esperaría que los individuos tímidos tenderán a ser aprensivos y tensos y ésto es lo que sucede ya que la correlación entre el Factor H y el Factor O es .60. Además, se esperaría que la correlación entre el Factor Q_4 y el Factor O fuera alta y positiva y su valor resultó ser .56.

Las dos puntuaciones de independencia de campo de las páginas 1 y 2 tienen correlaciones negativas con el Factor O y positivas con el Factor C como lo muestra la siguiente tabla.

	Forma B, Factor O	Forma B, Factor C	Forma B, Factor Q ₄
PG 1	-.22	.18	
PG 2	-.26	.23	-.26

Tabla 54. Correlaciones entre las Puntuaciones obtenidas en las Páginas 1 y 2 de la Prueba de Figuras Ocultas y los Factores O, C y Q₄ del Cuestionario de 16 FP

V DISCUSSION

DISCUSION

La mayoría de los criterios clínicos son resultantes complejos de la operación de varios factores de la personalidad. Por lo anterior, es necesario conocer la acción y efecto que éstos tienen en la personalidad total. Es por ello que a continuación se analizan los resultados de esta investigación pertinentes a la contribución de las variables psicológicas, físicas, demográficas, familiares, escolares y ocupacionales a la Cardiopatía.

Relaciones entre las Variables Psicológicas y los Grupos Diagnósticos

La cantidad de información que se puede obtener de la interpretación de un inventario psicológico depende en parte de lo completo que sea el instrumento. Por lo tanto, se emplearon varias pruebas de personalidad en consideración de la naturaleza multifactorial de la Cardiopatía Isquémica, suponiendo que se podría afirmar un diagnóstico psicológico de estos pacientes con certidumbre y para asegurar una mayor validez en los resultados. Para que el constructo de la Personalidad Tipo A sea de valor, debería manifestarse en una serie de comportamientos observables y medibles. Debería detectar actitudes y modos de responder que perduran. El constructo de la Personalidad Tipo A u otra asociada a la Cardiopatía Isquémica debería también de ser identificable en comportamientos, actitudes y modos de respuesta incluidos en las varias pruebas empleadas en este estudio.

Como demuestran sus más altas calificaciones en el factor H del 16PF, los individuos que padecen Cardiopatía Isquémica en comparación con los que sufren de la Cardiopatía Reumática, congénita o hipertensiva, son audaces. Esto concuerda con adjetivos de la lista de Couch utilizado por Herman (1981) que discriminaron a los individuos con una personalidad Tipo A. Estos consistían en asertivo, aventurero, exhibicionista y hablador. Asimismo la audacidad comparte otras características con los psicotipos propensos a la Cardiopatía Isquémica como la agresión, la extraversión social y el vigor, energías. Habría que considerar estas asociaciones a la luz de que el individuo Tipo A puede ser inconsciente de su hostilidad, de su lucha y de su egocentrismo, y distorsionar su autopercepción en una dirección socialmente aceptable, por lo que tienden a describirse como audaces y no como hostiles, irritables y mandones.

El factor H ha demostrado tener asociaciones constitucionales y autónomas fundamentadas estadísticamente en tanto que hay evidencia que el polo H₁, indicativo de audacia, está asociado con ataques al corazón (Staffel et al., 1964). Otras pruebas objetivas han mostrado su correlación con el factor H₁ (Citell, Eber y Tassouka, 1980). De allí que los que obtienen calificaciones altas en el factor H tienen la tendencia a recordar temas emocionales más que no emocionales y es aparente en ellos una ausencia de fatiga autonómica (o "inhibición reactiva") (ibid). La hipótesis en voga con respecto a la H₁, por lo menos hasta 1980, es que

representa una baja reactividad fisiológica a la amenaza lo cual subraya la importancia del hallazgo que asocia el H* con los ataques de corazón. Otro hallazgo pertinente a la discusión es que el factor H, cuya alta confiabilidad en el grupo de isquémicos ha sido comentado en la sección anterior, encabezada Intercorrelaciones y confiabilidad de algunas de las pruebas, es uno de los factores que se heredan con mayor frecuencia (ibid). De acuerdo a esta hipótesis el individuo (H*) muestra poca inhibición ante la amenaza ambiental, es calificado de flojo durante su infancia e insensible en la interacción social lo cual concuerda con los descriptores de la persona Tipo A. Esta no susceptibilidad constitucional a la inhibición, genera a su vez, lo peculiar, en lo social, sexual, emocional, y situaciones de peligro físico, que brota en los individuos (H*). Esta consideración es relevante a la cuestión planteada en la Revisión de la Literatura (De Faire Ulf, 1975; Björck, 1959; Friedman y Rosenman, 1959; Liljefor, 1970), de si el comportamiento asociado a la Cardiopatía Isquémica es aprendido o heredado y de si la Cardiopatía Isquémica es una enfermedad psicósomática o no.

Un trabajo inicial por Cady (1959, citado en Cattell, Eber y Tatsuka, 1980) muestra que los ataques reales al corazón están más asociados con individuos extrovertidos, especialmente con alta sociabilidad A, y audacia H, lo que puede ser comprensible en términos de energía y actividad con las que éstos se entregan a sus actividades. En este sentido otros autores cuyos hallazgos fueron tratados en la Revisión de

la literatura de este trabajo han enfatizado la característica de una incesante obsesión con el trabajo en pacientes con componentes de la Cardiopatía Isquémica (Osler, 1910; Task Force on Cardiovascular Rehabilitation of the National Heart and Lung Institute; Zyzanski y Jenkins, 1970; Matthews, 1978; Glass, 1977; Howard, Cunningham y Rechnittzer, 1977). Lo anterior pone en duda las conclusiones de Keningsberg (1974) y de Jenkins, Zyzanski y Rosenman (1971) que fueron que los sujetos con enfermedad coronaria calificaron más en una dirección "Tipo A" que los sujetos controles, en todas las escalas con la excepción de la del involucramiento en el Trabajo, y hace evidente la posibilidad de afirmar la suposición de Keningsberg que los individuos enfermos se involucran menos en la persecución de sus metas vocacionales. Además, otros investigadores confirman los rasgos señalados por Cady. Un recuento en situaciones de grupo muestra que las personas (H+) sienten libertad para participar reciben más votos que el promedio como oradores inefectivos (de largos discursos) y hacen más observaciones socioemocionales (amigables) que orientadas hacia las labores (Cattell y Stice, 1953).

El H+ tiende a aumentar con la edad, a medida que la gente se vuelve menos tímida, lo cual concuerda con los hallazgos de la presente investigación en tanto que las personas que más altas calificaciones en el factor H obtuvieron, eran también de mayor edad en comparación con los individuos que padecían la Cardiopatía Congénita, quienes obtuvieron bajas calificaciones en el

factor H, las cuales implican timidez, y eran de mucho menor edad. La media de edad de los isquémicos fue 51.76 años, mientras que la de los congénitos fue de 43 años.

No obstante la vacuidad de sus discursos, la fortaleza y social bilidad particular de los que padecen la Cardiopatía Isquémica, se traducen significativamente con mayor frecuencia en que son electos como dirigentes. Esto viene a copilación con las descripciones origi nales de la personalidad Tipo A que incluían "ejecutivo", en cuanto a la ocupación de los que la padecen (Friedman y Rosenman, 1974) y con el hecho de que las personas isquémicas participantes en la presente investigación eran ejecutivos con mayor frecuencia que las personas integrantes de los otros grupos diagnósticos. Pero, hay que tomar en cuenta el factor edad al considerar este hecho. Es más probable que los individuos mayores de edad, como son los isquémicos, tengan los beneficios de años de experiencia profesional y académico en comparación con los de los otros grupos diagnósticos más jóvenes, que les permite gozar de altos puestos en sus ocupaciones.

En lo que respecta a ocupaciones, el factor H es alto en aviadores y administradores y bajo en granjeros, como podía esper arse. El factor H es muy importante entonces para juzgar la conveniencia para esas ocupaciones que exigen capacidad para enfrentar situaciones de "deterioro" al tratar con gente y situacio nes emocionales difíciles. Las altas puntuaciones de los isquémicos en los factores B-Inteligencia, N-Subleza y G-Lealtad Grupal,

también del 16FP, discutidos más adelante así como en las escalas Activo, Vigoroso y Estable del Inventario de Rasgos Temperamentales y en las de Responsabilidad y Dominancia del CPI, sugieren estas características, también, lo cual explica su significación en este estudio en relación al Factor H*. Personas con una alta puntuación H tienen en su historial, el haber estado dedicados con mayor frecuencia a la organización de clubes y equipos. En el estudio de Kelly y Fiske (1951) en la selección de grupos clínicos, personas con (H*) puntuaron significativamente mejor en terapia y especialmente en terapia de grupo.

El trabajo de Bakker y Levenson (1967), referido en la introducción de este trabajo, por otro lado, confirmó que el grupo de pacientes que padecían la angina de pecho fue más bajo en el factor H, y más alto en el factor M. Este hallazgo considerado a la luz del de Cady, mencionado arriba y también en la introducción a este trabajo, revela que las puntuaciones en los factores H y M, son potencialmente capaces de distinguir a los individuos que posteriormente se van a infartar de los que desarrollarán otra manifestación de la Cardiopatía Isquémica, la angina de pecho.

Esta consideración nos lleva a meditar acerca de la cuestión de si los sujetos con angina de pecho son también independientes de campo, dado que la alta calificación en el factor M alude a las características propias de la independencia de campo. Una alta calificación en el factor M es índice de una gran subjetividad y una vida mental interior. Aunque el individuo M*

se deja llevar por oleadas interiores de confianza, y es definitivamente inclinada a olvidarse de asuntos prácticos, en realidad, tiene una ansiedad intermitente interna más alta que la persona praxérmica. Habla y camina en su sueño y alterna períodos de plácida omisión de cuestiones prácticas con períodos histeroides de conducta relativamente inmadura, exigente y sobreexcitada. Todo apunta a un pensamiento autístico o al menos internamente autónomo que contrasta con una seria preocupación práctica por detalles externos engorrosos. Nombres alternantes como "Burgués vs. Bohemio", han sido usados algunas veces (Cattell, Eber y Tatsuoka, 1980) para captar la cualidad de esta dimensión.

Se ha pensado que M* enfatiza una capacidad temperamental y parcialmente constitucional, para diferenciar entre sistemas ideacionales y recuerdos (Cattell, 1957). Esto puede extraerse de alguna cualidad neurológica que determina una completa intensidad de ideas y sentimientos, aún cuando sea también distinguible alguna relación con un ambiente familiar, indulgente y protectora. Las personas que obtienen una alta calificación en el factor M, en grupo, emiten sentimientos de inaceptación aunque no se preocupen por ellos. Proponen y hacen sugerencias directivas originales. Manifiestan significativamente más inconformidad con la unidad del grupo y la observancia del grupo por las reglas del procedimiento. Los grupos con una media alta M son significativamente bajos en perseverancia moral (Cattell y Stice, 1953). Ocupacionalmente, la M se presenta en artistas, investigadores, ejecu

tivos de planeación y muchos editores. Como se mencionó en la Revisión de la Literatura de este trabajo, la orientación caracterológica de las personas independientes de campo, también las ubica en carreras y profesiones semejantes. Además, Drevdahl (1956) y Cattell y Drevdahl (1955) han encontrado que una M alta es muy significativa para distinguir a los investigadores más creativos y a los artistas de los administradores y maestros del mismo nivel. También distingue los publicistas creativos de los vendedores rutinarios de la misma área. Las personas independientes de campo demuestran características similares a las que distinguen a los individuos que obtienen altas calificaciones en el Factor M, como: la tendencia a imponer estructura a un campo que carece de una organización clara inherente (Witkin, et al., 1962), la capacidad de reestructuración (Glucksberg, 1956), una orientación impersonal y las demás elaboradas en la sección de este trabajo que corresponde a la Revisión de la Literatura.

En investigaciones futuras habría que dividir a los isquémicos en grupos de acuerdo a sus manifestaciones de la Cardiopatía Isquémica, por ejemplo, en uno de sujetos que se han infartado, y en otro de sujetos que padecen de angina de pecho, para que resalte la naturaleza de la asociación, en este trabajo hipotetizada, pero no comprobada completamente entre la Cardiopatía Isquémica y la independencia de campo. Además del trabajo de Bakker y Levenson (1967) mencionado arriba, los de Bakker (1952), Caffrey (1970), Nowlin, Williams y Wilkie (1972), D'Ostfeld, Lebovits y Shekelle

(1964) y de Cady (1959, citado en Cattell, Eber y Tatsuoka) mencionados en la introducción de esta tesis, han comprobado que diferentes características psicológicas son asociadas a las dos manifestaciones. El característico autoinvolucramiento de los individuos con una personalidad Tipo A propensos a la Cardiopatía Isquémica (Scherwitz, 1978) debe relacionarse con un alto factor M en función de la subjetividad relacionado y a la independencia de campo, de modos distintos en los diferentes grupos de individuos con distintas manifestaciones de la Cardiopatía Isquémica. Los hallazgos de Scherwitz et al. (1978) retan este tipo de hipótesis. Estos estipulan que los individuos dependientes de campo usan autoreferencias (medida del grado de autoinvolucramiento característico de las personas Tipo A), más frecuentemente durante el habla (Witkin y Goodenough, 1977) y experimentan una mayor intensidad emocional en respuesta a estímulos interpersonales (que podría conceptualizarse como una medida de subjetividad comprendida en la calificación M*), y de otro tipos (Witkin, 1965), que las personas independientes de campo. Sería interesante resolver el dilema evidente en un futuro estudio.

El hecho de que los isquémicos e hipertensos calificaron más alto en el factor B (Inteligencia) del IFFT que los reumáticos, podría conceptualizarse de la siguiente manera. La lucha crónica que caracteriza a los isquémicos y potencialmente a las personas hipertensas propensas a la isquemia, implica que éstos hayan enfrentado a un sinnúmero de situaciones y problemas que potencialmente les brindaron experiencia académica y profesional,

que explica en parte su inteligencia. Habría que considerar también la posibilidad de que se han involucrado en competencias y luchas relacionadas a sus metas en función de su mayor experiencia con el logro, que las personas en los otros grupos. En este caso, el logro actuaría como un reforzador positivo que aumenta el mismo comportamiento de lucha. Así, las repercusiones de una lucha constante en términos de logro, significan experiencia.

En esta investigación se dedicó el mismo tiempo a la inteligencia general como a otras dimensiones para mantener un equilibrio en cuanto a su importancia. En la práctica tradicional se mide frecuentemente varias capacidades y no sólo un factor de la personalidad como se ha hecho en este estudio, y probablemente las calificaciones obtenidas en este factor no serían tan altas como en las pruebas de inteligencia comúnmente usadas. Sin embargo, la intención de averiguar las puntuaciones en esta escala de los individuos en los diferentes grupos diagnósticos fue, además de saber su relación con la Cardiopatía Isquémica, conceptualizar su peso comparativo en relación a las puntuaciones de la escala Ei-Eficacia Intelectual del CPI y a la independencia de campo. Sin embargo, no hubo relaciones significativas entre estas últimas dos dimensiones y a la Cardiopatía Isquémica, lo cual limita las interpretaciones que se puede hacer acerca del factor B y su relación con esta enfermedad.

Los hallazgos del presente estudio que se refieren a las más altas calificaciones de los hipertensos en el Factor I (Emo-

tividad) del 16FP, son interesantes a la luz de la etiología de la Cardiopatía Isquémica, pues esta enfermedad sigue de la hipertensión como la sombra al hombre. Al revisar entonces las implicaciones de una alta calificación en el factor I de los hipertensos, podemos darnos cuenta de algo de la personalidad pre isquémico. Si estas características de la personalidad se metamorfosean conforme se manifiesta la Cardiopatía Isquémica o si permanecen estables, será una cuestión que debe de ser tratada en futuras investigaciones semejantes en sus propósitos, a ésta. Una alta calificación en este factor es índice de un individuo melindroso y a disgusto con personas toscas y ocupaciones rudas. Esto llega a ser especialmente aparente cuando el individuo Tipo A hipertenso, propenso a la Cardiopatía Isquémica, se enfrenta a otro individuo Tipo A. La alta calificación en este factor también define en los isquémicos un gusto romántico por los viajes y nuevas experiencias y una mente estéticamente imaginativa y un tanto irreal. Se atraen a lo dramático e impráctico. Se ha dicho que las calificaciones en este factor son susceptibles a las influencias culturales y ambientales (Cattell, Blewett y Beloff, 1955; Cattell, Eber y Tatsuoka, 1980), lo cual nos lleva a considerar a la cultura Mexicana que están reflejando, en estos términos. Se ha visto también que los neuróticos califican más alto que los normales en este factor (ibid). Las actuaciones de grupo tienden a ser más pobres en grupos cuyos miembros tienen un promedio más alto de I+. Así, los individuos con I+ han sido descritos como fastidiosos, retrasando la actuación del grupo a tomar

decisiones y hacen observaciones negativas socio-emocionales. Este factor es la matriz de actitudes de las cuales pueden surgir desajustes neuróticos, especialmente los síndromes de histeria de conversión y la hipocondriasis. Esto explica la aparición tan frecuente de la hipertensión reactiva como manifestación psicósomática. A este respecto Wittenborn (1951), Lorr (1966) y Huffman han avalado lo anterior enfatizando una alta incidencia de males psicósomáticos en sujetos que califican alto en este factor. Se relaciona también con conducta sociopática y farmacodependiente. Dado esta asociación, se debería analizar la psicopatología que se da en los isquémicos que primeramente fueron hipertensos en futuros estudios de naturaleza longitudinal. La conducta farmacodependiente y el tabaquismo relacionado a la calificación I* (Cattell y Krug, 1967) ciertamente llevan implícitos un carácter oral dependiente de acuerdo a las posturas psicoanalíticas y con ello una psicopatología sui generis asociada a la hipertensión.

La sensibilidad emocional comprendida por una alta calificación I es asociada básicamente a una educación sobreprotectora o por lo menos de refugio contra exigencias urgentes de la vida. Este tipo de educación estimula la dependencia emocional y esta concuerda a su vez con la hipótesis que el primogénito tiene una relación infartogena con su madre por la atención y cuidado particular que ésta le da. Esta relación pudiera fomentar la dependencia emocional que a su vez pudiera asociarse con la hipertensión como se ha visto (Kolb, 1977) y tal vez con la Cardiopatía

Isquémica. Se ha visto que esta dependencia data de años atrás, pues existe evidencia de que los niños que obtienen altas calificaciones en el factor I son dependientes del maestro e interesados en el trabajo escolar, y no manifiestan agresividad (Cattell, Eber y Tatsuoka, 1980). Además, se ha confirmado que entre estudiantes, tiende a haber una relación con hogares más indulgentes (lo cual se halla también en relación a una M* típica de isquémicos (Cady, 1959; citado en Cattell, Eber y Tatsuoka, 1980), pero que no se dió en este estudio), y más dedicados a la cultura (ibid), lo cual apoya los hallazgos de Cattell, Blewett y Beloff, 1955) en cuanto a lo importante de la influencia ambiental en los que califican alto en este factor. De allí que antecedentes de bajo estatus que producen calificaciones I* (Cattell, 1957) que son asociados a la indulgencia, la sobreprotección y el sentimentalismo y no con hogares de un alto estatus, espartanos y exigentes en sus normas, favorecen también una actitud dependiente.

Lo que se ha dicho aquí con respecto a las implicaciones de las altas calificaciones I de los hipertensos debe de apreciarse en función del aprendizaje como elemento primordial en la hipertensión y de sus importantes repercusiones en la Cardiopatía Isquémica.

Por otro lado, la orientación dependiente de los hipertensos que enfatizan sus altas calificaciones en el factor I contrapone a otros resultados de este trabajo que fundamentan que los hipertensos son más independientes de campo que los individuos de los otros grupos de Cardiopatías. Aunque algunos piensan que la

dependencia perceptual no se relaciona con la dependencia emocional, como se leyó en la Revisión de la Literatura de este trabajo, los resultados conflictivos pueden ser comprendidos en base a que los individuos con desórdenes psicofisiológicos como la hipertensión muestran una fachada sobrecompensatoria de autosuficiencia, independencia y autocontrol. Dependen de las defensas de negación y represión y parecen ser emocionalmente estables, concientes, luchadores y competitivos (Cameron, 1963). Existe una preocupación excesiva por controlar sus impulsos hostiles y agresivos (Alexander, 1950; Wolf, Cardon, Shepard, Wolf, 1955) y por comportarse en modos socialmente deseables (Wennerholm, 1976). Ciertamente, ésto avala los rasgos neuróticos que se dan en los hipertensos, además de sus altas calificaciones en el factor I.

Como se dijo en la introducción a este trabajo, aunque el hipertenso aparenta ser sereno, experimenta un conflicto entre el expresar su agresividad hostil y conformarse para mantener relaciones con las figuras de autoridad, de las cuales suele ser dependiente (Kolb, 1977). En forma crónica, reprime la ira, el resentimiento y la hostilidad, lo que se traduce en un comportamiento compulsivo que incapacita la expresión de los afectos y genera sentimientos de culpa. La taquicardia y las arritmias cardíacas que se relacionan con la hipertensión son expresiones de la agresividad. Asimismo, la depresión es expresión de los conflictos interpersonales ocasionados por el modus vivendi del hipertenso.

Todo ello confirma los hallazgos que se mencionan a lo largo

de este trabajo que describen a la neurosis, a la ira, al resentimiento y a la hostilidad como rasgos de la Personalidad Tipo A o de la persona propensa por otras características de la personalidad no incluidas en este perfil, a la Cardiopatía Isquémica. Vale la pena recordar los trabajos de Friedman y Rosenman (1959), de Rahe (1978) y de Herman (1981) que señalan el síndrome de agresividad como descriptor del comportamiento Tipo A. Asimismo, Matthews (1978), Jenkins (1978), Zyzanski (1978) y Williams, Haney y Gentry (1978) enfatizaron la naturaleza "flotante" de la hostilidad característica de la persona Tipo A.

Lovallo (1980) habló acerca de las más altas calificaciones obtenidas por las personas Tipo A en la escala de Neuroticismo del Eysenck Personality Inventory, en comparación con las personas Tipo B. Jenkins (1976) también postuló una asociación entre el neuroticismo y la enfermedad coronaria.

Arlow (1945, 1952), Dunbar (1943), Bruhn, Chandler y Wolf (1969), Rimé y Bonami (1973), Zyzanski Jenkins, Ryan, Flessas y Everist (1976), Bakker (1952), Jenkins (1976), Parkes (1972), Dimsdale (1977) y Ostfeld et al (1964) escribieron acerca de la ansiedad como rasgo como precursor de la enfermedad coronaria. Se mencionaron varios trabajos que no confirmaron la asociación entre la ansiedad y la enfermedad coronaria (White, Blank y Miskall, 1943; Blumenthal, Thompson, Williams y Kong, 1979; Wardwell y Bahnson, 1973 y Fin et al., 1974), pero esto probablemente se debió a una confusión conceptual entre la ansiedad como estado

y la ansiedad como rasgo, entre la ansiedad y el neuroticismo (Blumenthal et al, 1979) o al hecho de que los pacientes con enfermedad coronaria, al concientizarse de su diagnóstico, se aseguran del tipo de resultados a presentarse en las pruebas de función cardiovascular y así califican más bajos en la ansiedad. También puede deberse a que la ansiedad se asocia con manifestaciones específicas de la Cardiopatía Isquémica. Por ejemplo, se ha dicho que se asocia más con la angina de pecho que con el infarto miocárdico (Eastwood y Trevelyan, 1971). Puede deberse además a la confusión en la conceptualización de la ansiedad como causa (Dimsdale, et al., 1978; Jenkins, 1976; Parkes, 1972; Dimsdale, 1977) o efecto (Fieding, 1980; Kline et al, 1968; Eastwood y Trevelyan, 1971; Nagle et al., 1971; Cay et al., 1972 a, b, 1973, a, b; Bengtsson et al., 1973; Mayou, 1973; Medalie et al., 1973; Thiel et al., 1973; Garrity y Kline, 1975; Evanski et al., 1976; Kushmir, 1977) de la enfermedad coronaria. Caffrey (1968) y Friedman (1969) avalaron que el comportamiento propenso a la enfermedad coronaria no está relacionado con la ansiedad como rasgo. Nielson et al., (1980) y Glass (1977) comprobaron correlaciones bajas entre algunas medidas de ansiedad como rasgo y el JAS que detecta la Personalidad Tipo A. No obstante, la asociación entre el neuroticismo y la enfermedad coronaria es tenible (Cattell, 1973).

Graulich (1975) ligó altos niveles de la ansiedad manifiesta y de la depresión con los pacientes anginosos. Wishnie, Hackett y Cassem (1971) ligaron los mismos síntomas con el infarto del

miocardio. Bruhn, Chandler y Wolf (1969), Engel (1967, 1968), Glass (1977), Dimsdale (1978), Jenkins et al., (1977), Dreyfuss, Shanan y Sharon (1966), Tibbling (1972), Abramov y Dreyfuss (1971), Dreyfuss (1959), Bruhn, McGrady y DuPlessis (1968), Cassem y Hackett (1971), Wolf (1967) y Bruhn et al. (1974) han precisado la naturaleza de la asociación entre la depresión y la Cardiopatía Isquémica.

Finalmente, existe la posibilidad de que todos los componentes de la esfera emocional que son reprimidos en los pacientes hipertensos, son expresados en los pacientes anginosos ó que han sufrido de un infarto del miocardio. Ciertamente la hostilidad, por ejemplo, concuerda con los rasgos de la Personalidad Tipo A. Nuevamente estamos ante la necesidad de separar los grupos que integrarán futuras investigaciones de acuerdo a sus manifestaciones de Cardiopatía Isquémica y de incluir en uno de ellos, sujetos cuya manifestación principal de la Cardiopatía Isquémica y preisquémica es la hipertensión.

El conflicto entre el hecho de que las personas hipertensas son independientes de campo y el hecho de que califican alto en el factor I del 16FP, lo cual indica dependencia, debe considerarse a la luz de que no se comprobó una mayor independencia de campo en los individuos isquémicos en la presente investigación que en los individuos con otras Cardiopatías y a la luz de la semejanza física entre los isquémicos e hipertensos. Quizá el paciente que padece Cardiopatía Isquémica, en función de su personalidad.

Tipo A, es independiente (lo cual llevó a la formulación de la hipótesis de su mayor independencia de campo en relación a otros individuos con diferentes Cardiopatías), como una sobrecompensación por su extrema dependencia. Los resultados de la presente investigación entonces, aunque no compueban la hipótesis pertinente a la mayor independencia de campo en isquémicos, hablarían en favor de la profundidad del constructo de independencia-dependencia de campo. Por otro lado, habría que pensar más afirmativamente en la sugerencia de que la independencia-dependencia perceptual no indica la independencia-dependencia emocional. En este sentido, quizá los resultados de la Prueba de Figuras Ocultas sólo comprueban rasgos semejantes a la independencia emocional en los pacientes hipertensos, pero no la independencia emocional en sí. Esto implica que en efecto el hipertenso es emocionalmente dependiente como indica su calificación I*, y perceptualmente independiente.

Lo anterior puede encontrar apoyo en el estudio de Gordon (Gordon, 1953) en el cual se encontró dependencia de campo en una muestra de pacientes con úlceras, enfermedad que ha sido continuamente conceptualizada como psicósomática y aprendida. Además, los médicos de estos pacientes los calificaron como más dependientes de los demás en una escala especial, aunque la autocalificación de los pacientes indicaba una mayor independencia que la de sus médicos. Witkin (1965) interpretó que estos hallazgos eran más consistentes con descripciones clásicas de tipo psicoanalítica del paciente con úlceras. Es posible, a la luz de la

naturaleza psicossomática de la úlcera, que estos hallazgos sean extendidos para incluir a los isquémicos e hipertensos. De acuerdo a éstos, el paciente con úlceras es una persona que se esfuerza en exceso. Por medio de tal esfuerzo, busca compensar una pasividad y necesidad de dependencia, persistentes y profundamente arraigadas. Esta persona trata de hacerse aparecer como más activo de como es y como capaz de funcionar independientemente de apoyo externo (Witkin, 1965). Argumentos parecidos han sido avanzados por muchos investigadores para comprender la dinámica de la personalidad profundamente arraigada de los pacientes coronarios (Rimé y Bonami 1979). Tal vez, el individuo Tipo A, dependiente de campo, está menos orientado hacia el esfuerzo autónomo y el logro y tiene una gran necesidad de ser guiado por otros. La expresión de su ambición e independencia entonces, es en realidad, una expresión de su intento a negar y reprimir sus tendencias pasivo dependientes. Las incongruencias definirían la fuente del estrés y de la tensión crónica que caracterizan su ser. Aplicado al hipertenso y al isquémico, este pensamiento debilitaría la validez con que la característica de independencia es adjudicada al perfil de la personalidad Tipo A y debilitaría los resultados actuales de mayor independencia de campo en el hipertenso si es que tal concepto incluye la independencia emocional, que queda por investigar.

El hecho de que un porcentaje significativo de isquémicos obtuvieron altas calificaciones en el factor N (Sutileza) significa que son ingeniosos, flexibles en su punto de vista, inclinados a

"estudiar las distintas alternativas", características asociadas también con su alta calificación en el factor B y en la escala de dominancia del CPI (Cattell, Eber y Tatsuoka, 1980). Además, el N+ sugiere que los isquémicos son observadores de modales, de obligaciones sociales y de las relaciones sociales de otros. Denota una forma de desarrollo intelectual-educacional. Cattell, Eber y Tatsuoka (1980), hacen hincapié en que aún cuando el N+ da la impresión de ser un patrón de habilidades, es socialmente adquirido. Por otra parte es negativamente asociado con patología, por ejemplo con esquizofrenia y neurosis y por lo tanto puede tratarse de una viveza mental generalizada, provechosa en otros campos, más que en el de ajuste social solamente (ibid). Se ha comprobado que las personas con altas calificaciones en este factor no son fácilmente aceptados ni se les tiene mucha confianza (ibid). Incluso varios tipos comunes de delinquentes han mostrado una puntuación bastante alta en N. Estas características concuerdan con la mayor intelectualidad que emocionalidad del individuo Tipo A, así como con su agresividad, hostilidad e hipotetizada baja moralidad. Con toda probabilidad N, como la Personalidad Tipo A, como se ha dicho, es un patrón adquirido, parcialmente estimulado por un ambiente de "sálvese quien pueda", creando inseguridad y sospechas maliciosas. En su aspecto más psicológicamente positivo, puede representar un desarrollo sofisticado, intelectual y autosuficiente, con escepticismo respecto a las más ingenuas suposiciones de la cultura que pueden adoptar ya sea una forma caballerosamente socrática o una de "sabelotodo". Todo esto se relaciona con

las características descriptivas de la Personalidad Tipo A e indica que existe demasiada eficacia y deseos de sobrevivir en los isquémicos como para que éstos sean gentilmente tolerantes con la mayoría de las gentes y sus fracasos. Sin embargo, en dinámicas de grupo las puntuaciones altas del factor N han sido registradas significativamente con mayor frecuencia en personas directivas en discusiones analíticas y orientadas hacia objetivos proporcionando soluciones constructivas de grupo (ibid) características asociadas también con una alta calificación en el factor B y con la personalidad Tipo A. En relación con la personalidad Tipo A la asociación se enfatiza por los calificativos de orientación hacia el logro (Herman, 1981), logro (Rahe, 1978), motivación hacia el logro (Bonami y Rimé, 1972; Appels, 1976), la lucha crónica involucrado en el logro (Matthews, 1978; Friedman y Rosenman, 1959) y la tendencia a dominar (Herman, 1981; Winters, 1973). Winters (1973) habló acerca de la necesidad de poder en personas Tipo A, que se cristaliza en una lucha para producir efectos intencionados en los demás, lo cual concuerda con el propósito (de los individuos que califican alto en el factor N) de observar modales y relaciones de los demás, que es dirigido hacia el mantenimiento de control sobre el ambiente (Glass, 1977).

En cuanto a las calificaciones significativamente altas obtenidas en el factor Q1-Estado de Ansiedad, por los isquémicos, se puede decir que las interpretaciones de las personas al respecto concuerdan con las características de neurosis y de las personas Tipo A, ya

referidas arriba en relación al factor I (Cattell, Eber y Tatsuoka, 1980). Se ha dicho que las personas con alto Q4 raramente alcanza liderazgo, lo que difiere de las suposiciones al respecto, implicadas por una calificación N alta, mencionadas arriba. Quizás los isquémicos que alcanzan el liderazgo son intelectualmente hábiles como indicarían sus altas calificaciones en los Factores B y N, aunque emocionalmente obstaculizados. El mayor valor adjudicado a la capacidad emocional o intelectual entonces determinaría el alcance del isquémico en cuanto al liderazgo. Si la situación que requiere de un líder es social, quizá el isquémico no ocuparía el puesto de líder, pero si la situación requiere de aptitudes y capacidad, es posible que aunque sea muy ansioso emocionalmente, llegue a llenar el puesto. Las personas con una calificación "Q4" consideran que la cualidad de liderazgo existente en grupos es pobre (ibid), en parte debido a su propia insatisfacción. Se ha visto que en cuanto a ocupaciones, califican alto las personas en empleos que pueden manifestar muy poca autoexpresión, pero que descargan una crítica a las demandas ambientales. Esto es consistente con la hostilidad, resentimiento, ira y agresión de las personas Tipo A, que generalmente incorporan los grupos de Cardiopatía Isquémica. También podría ser que las características asociadas a una calificación N+, en conjunto con la frialdad emocional que caracteriza a la calificación Q4+ de los isquémicos, identifican un estilo de liderazgo que implica el tratar con la masa en forma impersonal y no tanto con los individuos por separado en forma personal.

Clinicamente, los resultados de altas puntuaciones en el factor Q4 comparten con los resultados de altas puntuaciones en el factor I, mucha de la diferenciación entre neuróticos y normales. También ha sido asociado con la ansiedad, la psicosis maniaco-depresivo y con la psicopatía (ibid), lo cual nos recuerda una vez más de una baja moralidad que, acompaña los aspectos psicopatológicos de los individuos isquémicos. Este descriptor de los isquémicos, aunque no fue verificado por un más alto índice de divorcio entre los isquémicos, a pesar del hecho de que ésto fue hipotetizado, se asocia, como se mencionó, con las altas puntuaciones N por parte de los isquémicos. La mejor interpretación general de Q4 es que representa un nivel de excitación y tensión. Esto, en conjunto con la evidencia de las calificaciones altas en el Factor G (Superego Fuerte), también obtenidas por los isquémicos y de ser consideradas más adelante, proporciona alguna base para argumentar que la gran carga de tensión es lo suficiente como para pesar sobre el organismo. Esto, a su vez, aporta afirmación a las teorías de estrés y de tensión flotante en la persona Tipo A, como factor potencialmente etiológico de la Cardiopatía Isquémica. Además, la Q4 expresa una "libido" no descargada, usualmente frustrada y pobremente controlable, lo que concuerda con la agresividad y prisa característica de la personalidad Tipo A asociada a la Cardiopatía Isquémica, a la luz del pobre control sobre los impulsos. Ha habido definidos indicios experimentales preliminares, de acuerdo a los cuales, hay una mayor tensión sexual en individuos con un alto Q4 (Wening, 1952). Esto concordaría con los hallazgos

de Abramov (1976) que apuntan un índice más alto de frígidez e in satisfacción sexual entre mujeres Israelitas que entre sujetos control. Sin embargo, la actividad sexual de los integrantes del presente estudio, no fue investigado y por lo tanto no se puede comprobar que la frustración sexual que se presenta en las mujeres isquémicas está asociado con un alto puntaje Q4.

Este alto Q4 en pacientes isquémicos debe de ser mejor interpretado como una necesidad en términos de energía (ello), excitado en exceso, más allá de la capacidad del ego para descargarse, y por lo tanto es mal dirigido, convertido en perturbaciones psicosomáticas, que pueden incluir a las manifestaciones de la Cardiopatía Isquémica, la ansiedad, etc., y generalmente trastorna la adecuación estable y el equilibrio emocional. Esto congenia con las más altas calificaciones en el Factor H por parte de los isquémicos, asociadas a ataques del corazón y con una menor homeostasis emocional en los isquémicos, postulada en las interpretaciones de sus altas calificaciones obtenidas en los Factores I y N. También la explicación es consistente con las descripciones de la Personalidad Tipo A. Además, la interpretación de la alta calificación Q4 como una función de la frustración general es apoyada por el descubrimiento de que entre los factores del 16FP, Q4, tiene la más grande asociación demostrada con la depresión clínica (ibid). Esto nos recuerda la discusión acerca de la influencia de la depresión en personas propensas a la Cardiopatía isquémica (ver la discusión anterior que se refiere a las puntua-

ciones en el Factor I) y acerca del síndrome de rendición descrito por Engel (1968), del síndrome neurasténico-depresivo (Newiah, 1975) y del agotamiento emocional que genera la frustración (Friedman et al., 1974). La frustración que se da en los isquémicos en este estudio alude al sentimiento consecuencia de una lucha crónica para obtener metas pobremente definidas que caracteriza a la Personalidad Tipo A. Asimismo, se refiere a la reacción Sisyphus (Wolf, 1969) mencionado en la Revisión de la Literatura de este trabajo que es un concepto que añade características al perfil del Comportamiento Tipo A. Vale la pena recordar aquí que ésta comprende una orientación hacia el esfuerzo y una lucha contra obstáculos, sin una sensación correspondiente de logro o de satisfacción (Wolf, 1967). Recordaremos también que Wolf (1967) y Bruhn, Paredes, Adsett y Wolf (1974) describieron cómo el sujeto propenso a la enfermedad coronaria, lucha hasta la exhaustión psíquica y emocional sin premio ni satisfacción emocional, siendo este empeño un precursor del infarto del miocardio y de la muerte súbita. Es fácil comprender esta caracterización en función de la frustración.

Por otro lado, el impulso no descargado es típico de la ira reprimida de los hipertensos, ya referido al hablar de la interpretación de sus altas puntuaciones I, y debe ser considerado a la luz de que la hipertensión es un factor primordial en el perfil sintomático de la Cardiopatía Isquémica. Puede constituir una función de a) nivel situacional, frustración y dificultad ambiental,

así como b) alguna incapacidad temperamental del ego (ya que tanto Q4 como H⁺, muestran algo de hereditario), para manejar bien la descarga aún en un ambiente de dificultad ordinaria. Nuevamente, se sabe que hay un pobre control de impulsos en los isquémicos. Consecuentemente, puede pensarse del Q4 como el factor en la depresión que está conectado con el nivel general de frustración, y por lo tanto, no es raro que las manifestaciones observadas expresen la gama de respuestas de frustración que van desde enojo y pugnacidad hasta la ansiedad y la depresión, apenas habiendo sido mencionadas ambas en relación a las características psicológicas de las personas propensas a la Cardiopatía Isquémica.

Las altas calificaciones en el Factor Q4 obtenidas por los sujetos isquémicos en el presente estudio contrastan con la negación de una asociación entre la ansiedad y la enfermedad coronaria y con afirmaciones de una correlación baja entre estas variables, promovidas por White, Bland y Miskall (1943), Blumenthal, Thompson, Williams y Kong (1979), Wardwell y Bahnson (1973), Caffrey (1968), Friedman (1969), Glass (1977), Nielson et al. (1980), y Fin et al. (1974). También generan confusión entre la ansiedad y el comportamiento Tipo A y acerca de la validez discriminante del constructo de la Personalidad Tipo A. Por otra parte, la asociación entre ansiedad y Cardiopatía Isquémica fue confirmada en forma parcial ya que los otros factores del 16FP incluidos en la calificación de la ansiedad total como el Factor O-Propensión a la Culpabilidad y el Factor C-Fuerza del Yo, no

diferenciaron a los grupos de cardiópatas en forma significativa. En el contexto de la presente investigación, llama la atención los resultados obtenidos por parte de los isquémicos en el factor Q4 por ser esta una medida exclusiva de la ansiedad psicósomática (Cattell, 1973).

El hecho de que un número significativo de isquémicos obtuvieron altas puntuaciones en el factor G-Lealtad Grupal refleja un impulso por parte de estos individuos para "hacer lo mejor que sea posible". De allí que las personas con una Personalidad Tipo A, piensan que nadie hace las cosas tan eficaz como ellas. Por otro lado, altas puntuaciones en el factor G, significan una fuerte involucración en los problemas morales del bien y del mal, lo cual no concuerda con las aseveraciones que se ha hecho acerca de las tendencias psicopáticas aparentes en personas que han obtenido altas calificaciones en los otros factores aquí mencionados, pues se correlaciona negativamente con la conducta sociopática (Cattell, Eber y Tatsuoka, 1980). Sin embargo, hay que tener cuidado con la interpretación de estas puntuaciones G altas por el fingimiento que puede existir y por las influencias de la necesidad de conformar al grupo social y de la moralidad de la clase media. El isquémico quizá trata de encubrir su frialdad emocional y baja moralidad expresadas por ejemplo en sus altas calificaciones en los factores mencionados, asociados con la psicopatía, con una calificación G* que además de una moralidad admirable refleja un interés en el análisis de otras personas y una par

ticipación orientada a trabajo de conjunto de todo tipo. Estas dos últimas características sin embargo, sí son consistentes con las calificaciones N* de los isquémicos. Por otro lado, una alta calificación en el factor G describe también una perseverancia en el esfuerzo, la cual apoya las aseveraciones acerca de la lucha crónica, del involucramiento en el trabajo (Matthews, 1978), de la dedicación al trabajo (Friedman y Rosenman, 1959; Osler, 1910), de la tendencia a trabajar con ahínco (Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1971; Friedman y Rosenman, 1959; Jenkins, 1978; Zyzanski, 1978; Kenigsberg, 1974) y de la orientación hacia el logro (Herman, 1981) de las personas con una personalidad Tipo A u otra propensa a la Cardiopatía Isquémica. En general el G* indica una tendencia que impulsa al ego y restringe al ello, que es distintiva del superego, ya que representa un control positivo por ideales definidos, ya tempranamente inculcados. Podremos de nuevo apreciar la influencia del aprendizaje en la potencial etiología de la Cardiopatía Isquémica considerando la calificación G alta, subjetivamente, podríamos afirmar que el isquémico actúa con propiedad y se considera guardián de educación y de moral. Es perseverante, lleno de planes, cauto en sus aseveraciones y prefiere gente eficiente a otros compañeros. Se caracteriza también por la capacidad de dar definición y buena organización en el pensar. Todo ello es compartido con las características de la Personalidad Tipo A.

En un esfuerzo para combatir las dudas existentes acerca de

la validez de la 16FP, las formas A y B de este Cuestionario fueron empleadas para evitar la varianza de error que pudiera haber surgido por la baja inteligencia, por la incompetencia o por los impedimentos culturales. No obstante, cabe mencionar que este Cuestionario es culturalmente inapropiado para algunos sujetos. Algunas preguntas producían reacciones de incredulidad cuando se les preguntó a un campesino o a un herrero jubilado (Goble, 1978). En este estudio pudiera haber pasado algo semejante dado la naturaleza escolar y cultural de la población derechohabiente del IMSS.

El patrón de distorsiones motivacionales y de fingimientos surgen de adultos defensivos o de criminales adultos endurecidos, y pone en duda la confiabilidad de la prueba. Para la evitación de los efectos de la distorsión motivacional, se han creado reactivos "neutrales", de valor en cuanto a la captación de rasgos deseables e indeseables. Además, se incluyen reactivos notoriamente no válidos (que no se refieren al rasgo pero lo miden por correlación), como una medida contra la distorsión. Sin embargo, las características de frialdad emocional y lo negativo de algunos de los rasgos, asociados con la Personalidad Tipo A, deben, por su naturaleza, inspirar esfuerzos de compensación para generar mayor aprobación. Esto a su vez daría lugar a distorsiones motivacionales y fingimientos que no hay que perder de vista. Por otra parte, al considerar la característica de inconformidad de las personas Tipo A, se puede anular la existencia de este tipo

de distorsión motivacional o fingimientos, puesto que los isquémicos no harían un esfuerzo para compensar su frialdad emocional u otras características no deseadas. La aprobación sería de muy poco valor para ellos.

Otra limitación del Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad gira alrededor del hecho de que el uso de las puntuaciones factoriales como pronosticadores, es peligroso, ya que variables ad hoc influyen en el diagnóstico también. Se ha sugerido precisar los rasgos específicos pronosticadores, mediante un análisis de criterio por la factorialización de la medida o de las medidas del criterio, si varios criterios surgen en conjunto a través de las pruebas. Al combinar todos los aspectos de un criterio en un solo cálculo, se puede ignorar los distintos componentes que integran este criterio y que reaccionan diferencialmente en la personalidad. Los rasgos importantes de la Personalidad pueden autoeliminarse. Así es como se devalúa la calidad de la predicción sobre criterios específicos.

Todo lo anterior implica que hay que ejercer cautela en la aceptación de los resultados del 16FP, pero por otro lado, los coeficientes de confiabilidad mayores que 50 de los factores H y Q4, inspiran mayor confianza en las interpretaciones que se han hecho al respecto.

Ahora, al tratar del tiempo de reacción el más corto tiempo de reacción de los hipertensos en el primer ensayo es índice de

la prisa que tanto caracteriza los esfuerzos de los propensos a la enfermedad coronaria. Este resultado podría estar aludiendo a la impulsividad que ha sido asociada con las personas propensas a la enfermedad coronaria (Rahe, 1978; Chesner, Black, Chadwick y Rosenman, 1981; Herman, 1981), que es además avalada en la presente investigación por la alta calificación en Impulsividad en el Thurstone Inventario de Rasgos Temperamentales, obtenida por los isquémicos.

Concuerda con lo anterior, el hecho de que los hipertensos obtienen la media más alta de calificaciones en la escala Activo del Thurstone Inventario de Rasgos Temperamentales. Esta calificación habla de una persona que acostumbra trabajar y moverse con rapidez. Es inquieta aún en circunstancias en que debiera permanecer tranquila. Le gusta estar siempre ocupada el algo y tiene la tendencia a estar de prisa. De ordinario habla, camina, escribe con rapidez, aún cuando estas actividades no lo requieren. Ciertamente, este perfil habla de la persona Tipo A, de su incapacidad para relajar, de la prisa que siempre tiene y de su incesante actividad (Herman, 1981; Jenkins, 1978; Lyzanski, 1978; Matthews, Glass, Rosenman y Bortner, 1977; Friedman y Rosenman, 1959; Rosenman y Friedman, 1958; Rahe, 1978, Gastrof, 1980). Refuerza esta interpretación el hecho de que los isquémicos obtuvieron las más altas calificaciones en la escala Vigoroso del mismo Inventario del que estamos hablando. Esto pone de manifiesto el afán del isquémico para la actividad. Aunque tal resultado contraste con el hecho de que

los isquémicos en la presente investigación fueron más sedentarios, implica de todos modos un desgaste de energía que concuerda con el agotamiento vital que caracteriza a las personas propensas a la enfermedad coronaria. Está relacionado con el reporte de Glass (1977) acerca de que los estudiantes universitarios con comportamiento Tipo A, participan más en deportes y en actividades extra-curriculares. También este rasgo temperamental es "masculino" (Thurstone, 1940), lo cual concuerda con el mayor número de hombres en el grupo de Cardiopatía Isquémica que mujeres.

Las más altas puntuaciones obtenidas por los isquémicos en la escala Impulsivo del mismo Inventario de Rasgos Temperamentales avalan también las características señaladas por las puntuaciones obtenidas en las otras escalas mencionadas y por las asociadas con las Personalidades propensas a la enfermedad coronaria. Avalan también el reporte de Herman (1981) quien encontró que los items del ACL que expresan preocupación por el tiempo como ser apresurado, impulsivo e inquieto, diferencian entre los individuos con los comportamientos Tipo A y B. La impulsividad debe ser mediada por el sentido crónico de impaciencia y de urgencia en relación al tiempo (Jenkins, 1978; Zyzanski, 1978; Mattherws, Glass, Rosenman y Bortner, 1977; Friedman y Rosenman, 1959), que caracteriza a los individuos Tipo A, propensos a la Cardiopatía Isquémica. Friedman y Rosenman, 1959 y Rosenman y Friedman, 1959; hablaron de la propensidad habitual a acelerar el paso en el vivir cotidiano, de los individuos Tipo A. Altos puntajes en esta área

son indicativos de una persona despreocupada, temeraria, confiada en su buena suerte, que actúa bajo la presión del momento y sin medir las consecuencias de sus actos. Estos descriptores tienen que ver con el persistente involucramiento del individuo Tipo A en funciones múltiples (Friedman y Rosenman, 1959; Rosenman y Friedman, 1958). Según sus puntuaciones en esa escala, los isquémicos toman sus decisiones rápidamente. Les agrada la competencia característica del individuo Tipo A (Friedman y Rosenman, 1959; Jenkins, 1978; Zyzanski, 1978; Jennings, 1981; Matthews, 1979) y cambian fácilmente sus actividades. Su decisión para actuar o cambiar es rápida así como la manera como se mueve (Activo) (Friedman y Rosenman 1974; Brand, Rosenman, Jenkins, Sholtz y Zyzanski, 1977; Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Straus y Wurm, 1975; Brand, Rosenman, Sholtz y Friedman, 1976). Expresan agrado por actividad que requiere un notable esfuerzo, lo cual concuerda con sus puntuaciones en la escala Vigoroso y con la lucha crónica, la competitividad, la orientación hacia el logro, el deseo de reconocimiento y avance y la tendencia de trabajar con ahínco que caracteriza a los individuos Tipo A.

Las altas calificaciones en la escala Estable del Inventario de Thurstone logradas por los isquémicos, índice de alegría, tranquilidad, capacidad para enfrentar situaciones críticas con juicio y para concentrarse en medio de muchas distracciones y de la poca propensión a la irritabilidad y prisa no concuerda con los otros resultados mencionados del mismo Thurstone ni con las

caracterizaciones hechas acerca de la Personalidad Tipo A. Entoces, hay que pensar en esta calificación como un intento de los isquémicos para encubrir las características más negativas (impulsividad, hostilidad, impaciencia y rapidez) asociadas con sus puntuaciones en las otras escalas de las pruebas referidas.

Las altas calificaciones obtenidas por los isquémicos en la escala de Responsabilidad del CPI, en el ámbito de la socialización, madurez y reestructuración interpersonal de valores, reflejan una disposición y un temperamento de conciencia, responsabilidad y confiabilidad, así como planificación, capacidad, progresión, dignidad, independencia, cabalidad, ingeniosidad y eficiencia. Debe tomarse en consideración el hecho de que los isquémicos pudieran calificar alto en esta escala en función de su mayor edad en comparación con los demás grupos o bien el hecho de que fingen tener las características asociadas para compensar sus impulsividad e inmadurez. Por otro lado, las personas con una Personalidad Tipo A experimentan la responsabilidad como un reto (Friedman y Rosenman, 1959), lo que seguramente determina los rasgos de involucramiento en el trabajo y la tendencia a trabajar con ahínco, así como su orientación hacia el logro, todos asociados con las características que típicamente definen esta escala.

Por otra parte, las altas calificaciones de sujetos hipertensos en la escala de Socialización del CPI reflejan los rasgos que se han asociado con las altas calificaciones en el factor I del 16 FP, también obtenidas por los integrantes de este grupo.

Representan el afán de que tienen los hipertensos por reprimir y negar emociones agresivas, así como por las actitudes dependientes. Las altas calificaciones significan la tendencia a ser abnegada y capaz de adaptarse y a ser complaciente e inhibido. El lector debe de referirse a la sección anterior que trata las implicaciones de las altas calificaciones I, obtenidas por los isquémicos, para entender las repercusiones de la caracterización aquí ofrecida del hipertenso, en la Cardiopatía Isquémica.

El hecho de que los hipertensos hayan obtenido la más alta media calificaciones en el valor social de Estudio de Valores de Allport, Vernon y Lindzey, a la luz de la discusión que gira alrededor del factor I y que es apoyada por las calificaciones obtenidas en la escala de Socialización por los hipertensos, pudiera indicar que quizá sus valores se centran en ideales sociales. Esto concordaría con una lucha crónica de los individuos Tipo A, entre los cuales hayamos muchos hipertensos, isquémicos y personas propensas a estos padecimientos para cumplirlos.

Puede ser que el ideal social del pre-isquémico (hipertenso) se refleja en el isquémico, en la necesidad de poder. De allí que las más altas puntuaciones en Dominancia del CPI, obtenidos por los isquémicos, en lo que se relaciona con el equilibrio, poder, seguridad en uno mismo y adecuación interpersonal, indican una capacidad para dominar y dirigir, persistencia e iniciativa social. Definen las características de agresividad, confianza, persistencia, planificación, fluidez verbal, vigorosidad, agilidad, rigu-

rosidad, energético e independencia, los cuales refuerzan las interpretaciones que se hicieron arriba, de las altas puntuaciones obtenidas por los miembros de este grupo en la escala Re del CPI, por ejemplo y las que se relacionaron con las personalidades que hacen propensos a la enfermedad coronaria a los individuos que las tienen. Herman (1981), Rahe (1978), Winters y Glass (1977), hablan también de la propensión hacia el dominio de las personas Tipo A. Además, la oportunidad para dominar probablemente significa para el individuo Tipo A, un logro, un reto de responsabilidad e independencia.

Lo que se ve afligido en los isquémicos es el alcance de su independencia. El no haber encontrado por ejemplo, una diferencia a favor de los isquémicos en la escala de logro-independencia del CPI concuerda con un resultado similar de Herman (1981) usando los ítems de ambicioso, industrial y persistente. Este autor halló que estos ítems no discriminaron bien entre los individuos con una Personalidad Tipo A - Tipo B. Asimismo concuerda este hecho con la definición de la Personalidad Tipo A. Esta enfatiza que la persona está involucrada en una lucha crónica de metas pobremente definidas. En relación a la independencia sobresale la lucha pero no el logro. Por supuesto, que ésto compromete los aspectos positivos de la independencia.

El hecho de que la variable estrés fue significativamente relacionada con la Cardiopatía Isquémica, lo cual concuerda con muchos escritos que tratan la Cardiopatía Isquémica, fue parcial-

mente corroborado. El cardiólogo tratante de los isquémicos reportó estrés, pero la frecuencia promedio de eventos estresantes que los pacientes reportaron no difirió significativamente de la de los otros grupos. Este hecho se puede explicar porque solamente se empleó el cuestionario de eventos estresantes, SRE, pero no la escala de estimación del reajuste social que da pesos diferenciales a los mismos, lo cual mejora notablemente la eficacia de la escala como lo demuestran diversos estudios (Rubin et al., 1971), aunque otro lo niegan (Bieliauskas y Webb, 1974). Por otro lado, el estrés endorsado por los cardiólogos tratantes fue valorado empíricamente. Puede ser que hubo muchas observaciones de estrés en los pacientes isquémicos porque sus cardiólogos son más sensibles a ello en este tipo de pacientes dado el énfasis otorgado a este factor en la literatura cardiológica, que en los de otros grupos diagnósticos. Además, hay otras limitaciones de la escala dignas de mención ya que podrían explicar la naturaleza de los resultados arriba reportados.

Una limitación referente a la Escala de Evaluación de Reajuste Social para la Medición del Estrés Psicosocial podría ser que conceptualmente uno combina una variedad muy heterogénea de eventos de la vida, de este modo haciendo cuestionable la interpretación de los resultados. Rahe (1975) ha sugerido una estrategia alternativa que consiste en agrupar los eventos de la vida en subconjuntos más homogéneos, por medio del análisis del contenido o por procedimientos empíricos, como el análisis factorial. Varios investigadores han sugerido el uso de subescalas más homogéneas de eventos de la vida (Lei y Skinner, 1980). Los subcon-

juntos homogéneos podrían ser usados en futuras investigaciones acerca de los aspectos psicosomáticos de la Cardiopatía, como una base para construir un inventario de escalas múltiples de eventos de la vida que producen cambio. Estas subescalas permitirían las diferencias individuales potencialmente importantes a emerger, que de otra manera serían enmascaradas al computar la calificación SRE o SRRS total (Lei y Skinner, 1980).

En un estudio del análisis factorial del Schedule of Recent Events, Skinner y Lei (Rahe, 1975) identificaron seis agrupaciones de eventos de la vida. La magnitud de las confiabilidades para las escalas que representan las agrupaciones mencionadas, está arriba de 0.91. Asimismo, Rahe, Lundberg, Bennett y Theorell (1971) sugerían cuatro categorías de un análisis de contenido, que eran aumentadas subsecuentemente por Rahe (1975) a seis. Dos de las subescalas (Personal y Trabajo) basadas en el análisis de contenido de Rahe, Lundberg, Bennett y Theorell (1971), extendidas a 43 ítems, tienen confiabilidades más altas (0.88 y 0.92, respectivamente), que el Schedule of Recent Events original (0.80). El análisis de contenido de Rahe (1975) mejora sobre el previo en que únicamente una subescala (Financiero) tiene una confiabilidad menor que el SRE. Cabe demostrar aún más las ligas entre los conjuntos de eventos particulares de la vida y el inicio de los desórdenes físicos o mentales específicos, por medio de la detección multidimensional de los cambios de vida.

Por otra parte, otro problema potencial de la escala es que se basa en el hecho de que el impacto de cualquier evento es constante. Algunos clínicos aprecian el modo único en que cada sujeto experimenta los eventos de la vida (Rahe, 1974). Además, los hallazgos apuntan que las escalas de valoración de magnitud de impacto de los eventos de la vida son influenciadas por la experiencia anterior que el sujeto haya tenido con eventos particulares (Lundberg, Theorell, 1973).

Otra limitación potencial de la prueba podría ser que los reportes no reflejan la experiencia actual en relación a eventos señalados, sino que indican una tendencia del sujeto a responder a los items en una manera socialmente deseable (Dekker, 1974). En este mismo estudio, Dekker concluyó que había evidencia adecuada para inferir que las calificaciones SRRS podían confundirse con la deseabilidad social.

A este respecto, existen medidas del estilo de respuesta tomadas de instrumentos cuidadosamente desarrollados de acuerdo a un paradigma de constructo de validación (Jackson, 1971). Una escala de negación (Jackson, 1976) que mide la defensividad (la tendencia de los que responden a minimizar o a reprimir las áreas problemáticas), así como la escala de deseabilidad social (Jackson, 1974) que detecta el grado en que el sujeto presenta una imagen sobrefavorable de sí mismo, y la escala de infrecuencia (Jackson, 1976) usada para detectar individuos que respondieron sin ningún cuidado a la escala, o que no comprendieron muchos

de los items, se correlacionaron pobremente con el SRE y con la SRRS así como con las seis escalas factorializadas de Lei, (1980). La deseabilidad social tiene una relación negativa con las escalas (-0.13), cuando se le calcula en relación al SRE. La negación también tiene una correlación negativa con las escalas de eventos de la vida (-0.21) empleando el SRE. Entonces, las influencias de los estilos de respuesta como son la deseabilidad social, la negación o el descuido, en relación a medidas de autoreporte como el SRE o la SRRS, de cambios de vida, en general y a las seis subescalas de factores referido, son negligibles (Lei y Skinner, 1980). Sin embargo sería relevante aquí recalcar que la tendencia de negar la enfermedad de los isquémicos, hecho mencionado por Hackett y Cassem (1975) en la revisión de la literatura, hace pensar que quizá explica la falta de relación significativa entre las 43 variables del SRE y los grupos diagnósticos.

Por otro lado, uno de los factores principales que podrían alterar los hallazgos de una población a la próxima, es la frecuencia con que ocurren los eventos de la vida (ibid). Al respecto debemos considerar que las poblaciones consideradas en el presente estudio difieren mucho en edad cuando se compara la media de edad de los isquémicos con la de los reumáticos o congénitos en sexo, nivel socioeconómico y en ocupación, por ejemplo. La distribución heterogénea de los sujetos en estas variables pudiera haber influido en los resultados. Quizá el empleo de subescalas homogéneas de eventos de la vida, mencionado arriba, ayudaría a superar esta limitación potencial en investiga

ciones futuras. Si la frecuencia base de los eventos de la vida, especialmente de los eventos raros, es muy baja en una población (embarazo entre los isquémicos que son en su mayor parte hombres, además de ser pasados de la edad en que las mujeres se embarazan) y no en otra (embarazo entre los sujetos reumáticos, por ejemplo, que en su mayor parte son mujeres y de edad joven), este hecho podría reducir el tamaño de las correlaciones ítem - total de la escala (Nunnally, 1967) y la interrelación promedio entre los eventos similares, así como la valoración de la confiabilidad de la consistencia interna de la escala. Por ejemplo, Lei y Skinner (1980) realizaron un estudio en el cual emplearon sujetos con problemas relacionados al alcoholismo o a la drogadicción a su ingreso en el Clinical Institute of the Addiction Research Foundation, Toronto. En la muestra clínica, la frecuencia con que fue endorsado el ítem, "muerte del cónyuge", era del 1% y la frecuencia con que fue endorsado el ítem, "cambio en las actividades sociales", era del 37%. En un estudio de Hurst et al. (1976), en el cual participaron 416 controladores del tráfico aéreo, éstos endorsaron el ítem, "muerte del cónyuge" una sola vez, lo que significa una frecuencia representativa del .2% y el ítem "cambio en las actividades sociales" con una frecuencia del 27%. Estas variaciones en las frecuencias bases explicarían la diferencia que hay entre la valoración de confiabilidad según la consistencia interna, de .80 (Lei y Skinner, 1980), reportada por el SRE y la valoración de la misma realizado por Hurst et al. (1976), estimada en .51 (Lei, 1980).

Otra limitación potencial de la escala tendría que ver con la capacidad de los eventos serios para afectar a un individuo por más de seis meses. En esta tesis se empleó el criterio de un año. Hay que considerar que los recuerdos de los eventos de la vida disminuyen con el tiempo (Horowitz, Schaefer, Hiroto, Wilner, Levin, 1977). Dekker (1974) sugirió que hay que experimentar la afectación potencial de los hechos de la vida, usando períodos de criterio de una duración variante para diferentes eventos de la vida. El empleo de esta técnica podría ser considerado en futuros estudios similares en propósito al que ahora consideramos, con la esperanza de obtener relaciones más significativas entre cada una de las 43 variables del SRE y los grupos diagnósticos a través de la mejora en confiabilidad del instrumento. Existe alguna evidencia (Caplan, 1975), que el grado de impedimento por olvido, en lo respecta a la confiabilidad del instrumento, no es tan grande. Al valorar los eventos endorsados por los sujetos, hay que considerar el deseo del sujeto de buscar los precipitantes de su enfermedad, para gozar de ganancias secundarias. Por otro lado, se podría argumentar (Lundberg y Theorell, 1973) en base al "esfuerzo después del significado" (el cataclismo emocional involucrado en el recuerdo retrospectivo de eventos de la vida), que ésto engrandece el impacto de los eventos de la vida, explicando así el inicio de enfermedad. El ubicar la fecha de la toma de la entrevista en relación a la escala, lo más lejos posible del inicio de la enfermedad, minimiza esta influencia (Paykel, 1974).

Por otro lado, en un momento dado el factor tiempo podría dar lugar a la inconfiabilidad del instrumento, distorsionando los efectos verdaderos de los cambios de vida en los síntomas (Cronbach, 1960). Horowitz, Schaefer, Hiroto, Wilner, Levin, (1977) decían que el basarse en los eventos ocurridos más de cuatro meses atrás decremента la validez del SRE. Mendels y Weinstein (1972) confirmaron una correlación de .94 entre los endosamientos de ítems de la escala en un período de un año, empleando estudiantes de medicina en su estudio. Estos mismos autores también reportaron que las estimaciones de la magnitud de lo estresante de ocurrencias específicas de la vida correlacionaron .5 - .6 para el mismo período de un año. Aunque estos últimos autores no tomaron en cuenta la confiabilidad relacionada a diferentes subpoblaciones, sus resultados son comparables a los de Gerst (1978) aunque el grupo control en el estudio de Gerst consistía en sujetos mayores de edad y de una clase social más baja. Grant, Grant, Yager y Sweethood (1978) consideran imprescindible reevaluar la influencia del factor tiempo en los resultados del SRRS y el SRE para que los estudios prospectivos a largo plazo que tratan la relación entre cambios de vida y enfermedad sean llevados a cabo efectivamente. Comentan en forma semejante a Cronbach (1960) que se debe de establecer la estabilidad del SRRS y del SRE, para que cuando haya variaciones a través del tiempo, éstas se atribuyan a cambios de vida

o a síntomas, y no a la confiabilidad del instrumento. Pues estos autores se interesan en la estabilidad de los autoreportes del SRRS a largo plazo, refiriéndose específicamente a un período de dos años. La estabilidad de un conjunto de ítems específicos, a ser descritos a continuación, para sujetos controles a dos años, era buena en el estudio de Gerst. Los conjuntos de eventos que correlacionaron más altamente con sintomatología psiquiátrica eran "los diez más estresantes", "los no controlados", y "los indeseables", (Grant, Gerst, Yager, Sweethoody Woo, 1977). Las correlaciones inter ítem de estos conjuntos tienden a ser muy altas (Gerst et al., 1978).

Otro hecho importante en relación a la estabilidad temporal tiene que ver con una métrica desarrollada por Stevens (1966), para medir ciertos constructos psicológicos y experienciales. Al aplicar las estimaciones de reajuste ante el cambio de vida que representan estos constructos, se aprecia que muestran una estabilidad considerable con el tiempo para personas normales pero no para pacientes. De modo semejante, los sujetos en el estudio de Gerst et al. (1978) manifiestan un patrón de correlaciones similares en tres períodos de tiempo especificados. Al parecer, los pacientes no son confiables en sus valoraciones de los ítems. Los resultados mostraron que a diferencia de los pacientes psiquiátricos quienes muestran mucha variabilidad con el tiempo en cuanto al significado que para ellos tenga un cambio de vida, las personas "normales" mantienen percepciones estables con el tiempo, conclusión que apoya el empleo

del criterio de eventos ocurridos en un año en el presente estudio, si consideramos a los sujetos como "normales" a pesar de las desviaciones psiquiátricas que pueden presentarse con una enfermedad grave como es la Cardiopatía Isquémica. La valoración actual de lo estresante de ciertos eventos podría en el transcurso del tiempo, cambiar en función de una variedad de sucesos maduracionales e intercurrentes que ocurren entre los pacientes psiquiátricos (Gerst et al., 1978). Por ello, Gerst concluye que no debe uno de combinar pacientes psiquiátricos con personas normales en los estudios futuros acerca de los eventos de la vida. Sin embargo, considero digno de mención el hecho de que los sucesos maduracionales e intercurrentes en el pasar del tiempo de un año también podrían explicar un cambio en la valoración de lo estresante en sujetos normales empleados en el presente estudio, hecho que compromete nuevamente la confiabilidad de las valoraciones. Por otro lado, los síntomas psicológicos evidentes en los isquémicos que fueron ampliamente elaborados en la Revisión de la Literatura de este trabajo y que podrían ser corroborados en futuras investigaciones de esta índole mediante el empleo de pruebas que detectan la psicopatología, pueden hacer dudar de su "normalidad", y así influir en las relaciones insignificativas comentadas en relación a los resultados de la presente investigación. Pareciera ser fundamental establecer si los sujetos revelan psicopatología o si son "normales", para así poder hipotetizar acerca de la confiabilidad de sus endorsamientos en el SRE a través del tiempo. Pueden presentarse relaciones más fuertes cuando se estudian

grupos más homogéneos. Esto es particularmente cierto si lo consideramos en el contexto de las acusaciones de heterogeneidad de los eventos de la vida mencionadas anteriormente.

Sin embargo, en los estudios que emplean sujetos no psiquiátricos pero heterogéneos por sus diversas edades, y pertenencias a grupos socioeconómicos específicos como se hizo en el presente estudio, existe un acuerdo cercano entre los items endorsados en el SRRS y las valoraciones originales postuladas, según Komaroff, Masuda y Holmes (1968) y Rahe (1969).

Tomaré esta oportunidad para elaborar acerca del estudio de Gerst et al (1978). Algunos de sus sujetos habían participado en un estudio prospectivo a tres años, diseñado a dilucidar las relaciones entre eventos de vida y sintomatología psiquiátrica en pacientes psiquiátricos externos y en sujetos normales. El grupo de pacientes psiquiátricos externos consistió en 159 varones enlistados en el Mental Health Clinic del V.A. Hospital, San Diego, California. El grupo control formado por sujetos normales consistió en 213 empleados del San Diego V.A. Hospital y de la Universidad de California. Los sujetos psiquiátricos fueron administrados, una entrevista estructurada inicial, algunos cuestionarios y el SRRS, a intervalos de seis meses durante un período de dos años. Los autores no eliminaron la posibilidad de que algunos eventos pudieran haber sido percibidos como menos estresantes por los sujetos debido a presentaciones repetidas del item.

Una medida de confiabilidad temporal consiste en el grado en que los sujetos determinan un orden de rango de importancia similar en los ítems en varios puntos de tiempo. Las correlaciones en relación al orden de rango, entre las calificaciones SRRS iniciales y aquellas obtenidas a tres intervalos de tiempo, (3-6 meses, 6-12 meses y 12-24 meses) para sujetos control y pacientes, eran altas. Caen en un rango de 0.70 a 0.96. Las correlaciones de orden de rango sin embargo, son más altas para sujetos control que para pacientes. No había cambios en la ordenación del rango establecido entre las valoraciones iniciales y las subsecuentes, conforme pasaba el tiempo, para ambos grupos.

En lo que respecta a la correlación entre las estimaciones de magnitud de los pesos, los sujetos control mostraban una correlación de 0.83 en esta medida, a corto plazo, cuando se consideraba a todos los eventos. Para el período de tiempo especificado como moderado (6-12 meses) después de la entrevista inicial, los sujetos control lograron una correlación de 0.69 y para la estabilidad de las medidas a largo plazo (12-24 meses), la correlación disminuyó a 0.59. En cambio, para los pacientes psiquiátricos, las calificaciones no mostraban estabilidad alguna al intervalo de 6-12 meses, aunque su estabilidad a largo plazo mejoró.

La estabilidad a dos años de los conjuntos de ítems que correlacionaron más altamente con alguna sintomatología, denominados "los más estresantes", "los incontrolados", y los "indeseados", es buena para sujetos control.

Las correlaciones temporales para los sujetos control son más altas que para los pacientes. Las correlaciones para los sujetos control a través de todo el rango de ítems y períodos de tiempo era de $r = 0.57$ y de 0.05 para pacientes. En particular, los pacientes parecen tener una estabilidad muy baja en sus percepciones reflejadas en sus calificaciones SRRS iniciales y del primer seguimiento (6-12 meses). Los valores de un segundo seguimiento (12-24 meses) se comparan más favorablemente con sus valoraciones iniciales. Por otro lado, los sujetos control tienen un patrón similar y correlaciones más altas, a través de los tres períodos de tiempo estipulados.

En general, los sujetos control muestran una buena estabilidad temporal de sus valoraciones del rango y del estrés asociado a ocurrencias específicas de la vida. En particular, las correlaciones más bajas de los pacientes que de los sujetos control puede reflejar el hecho de que sus valoraciones de la magnitud de reajuste requerida ante un evento esté basado en cuán sintomáticos o estresados se sienten en el momento. Tiene que ver con esto la observación de Grant, Gerst y Yager (1976). Mencionan que al ingresar en una clínica, los pacientes psiquiátricos asignan mayores pesos a los eventos que los sujetos control, en forma consistente. A los 6-12 meses, los síntomas de los pacientes disminúan, y sus estimaciones de la magnitud de reajuste cambiaron. Lo anterior puede explicar la falta de confiabilidad entre las valoraciones iniciales y las del primer seguimiento. En lo que respecta a la confiabilidad mejorada entre las valoraciones ini-

ciales y del segundo seguimiento (12-24 meses), quizá los pacientes regresaron a su nivel previo de disfunción psiquiátrica y a una tendencia renovada a magnificar las valoraciones de reajuste.

En segundo lugar, el instrumento en sí, como se habrá notado anteriormente, puede contener varianza de error, y las correlaciones más bajas pueden estar reflejando la interacción entre este error y la sintomatología del paciente (que incluirá una distorsión en su capacidad perceptual). Todo ello se manifestaría en coeficientes de estabilidad más bajos.

No se debería de perder de vista tampoco, que el grado más alto de consistencia en la valoración del SRRS a través del tiempo, típico de los sujetos control, puede estar reflejando el hecho de que su percepción de cambios en la vida y el impacto potencial que éstos tienen, esté bien cristalizado.

Lefcourt et al. (1981) recomienda mayor investigación con el fin de poder comparar el impacto que tienen las variables de la personalidad como el estado de ánimo, en los eventos de la vida inmediata versus remotos.

A este respecto, tendríamos que informarnos acerca de algunos intentos exitosos que han habido para modificar el SRRS para su uso con poblaciones específicas.

Ruch y Holmes (1971) hallaron que las calificaciones para adultos y adolescentes eran comparables usando la forma estandar

del SRRS. Coddington (1972) modificó la SRRS para que pudiera ser usado con sujetos pre-escolares o con estudiantes de primaria, de la secundaria y de la escuela preparatoria. En esta modificación el sujeto tiene que checar los eventos de vida que tienen un cierto peso y afirmar si el evento es positivo, negativo o neutral en cuanto al afecto que le despierta (Lefcourt et al, 1981). La confiabilidad del instrumento era alta para todos los grupos. El Life Experiences Survey (LES) (Sarason et al, 1978) es semejante a la escala Coddington. Evoca respuestas afectivas ante eventos de la vida, derivándose así calificaciones para eventos positivos y negativos de la vida. El LES detecta los eventos de la vida ocurridos durante el año previo inmediato, mientras que la escala Coddington está enfocada a los cambios de vida que ocurren durante los años pasados en la escuela preparatoria. Es decir, el LES detecta los eventos recientes y la medida Coddington capta las experiencias más formativas de la vida (Lefcourt et al., 1981). Es concebible que los eventos inmediatos como muertes y enfermedades pueden tener efectos nocivos en todas las personas, y que las diferencias individuales en este sentido pueden ser captadas mejor durante una fase de recuperación que dura varios años. Si el caso es así, los resultados distintos que son obtenidos usando la escala LES y la de Coddington encontrados en el estudio de Lefcourt et al.(1981) pueden ser comprendidos. Lefcourt et al.(1981) concluyó que los eventos negativos de la vida tienen un impacto en toda la gente, pero es la duración del tiempo con que tales efectos persisten, que las variables de la Personalidad juegan un

papel importante. Mencionaré aquí otra medida que evalúa la medida de Coddington: Cantril's Self Anchoring Striving Scale (Cantril, 1965). De acuerdo a las instrucciones de este instrumento, el sujeto tiene que describir las mejores y peores vidas que podría imaginar, siendo él el protagonista. En una escala de 10, con 10 siendo la mejor puntuación y 0, la peor, se les pide a los sujetos que valoren dónde se ubican actualmente, hace cinco años, y dentro de cinco años. La adición de estas calidades subjetivas es de mucho valor en el establecimiento de las relaciones entre las experiencias de la vida y otras variables (Sarason et al., 1978). Se ha utilizado como una medida relativa de privación y frustración en la predicción de la hipertensión (Naditch, 1974). Lefcourt et al. (1981) hallaron que los eventos negativos de la vida valorados en la escala Coddington referentes a los años de la preparatoria, estaban negativamente correlacionados con el estatus que el sujeto se estimó para un período de "hace cinco años" en el Cantril's Self Anchoring Striving Scale. Finalmente, en el estudio de Lefcourt et al., se obtuvieron correlaciones más altas entre las estimaciones de las magnitudes de reajuste ante un evento y períodos de tiempo estipulados, con la medida Cantril, una medida más subjetiva que los otros, que con otras escalas de eventos de la vida más objetivas, aunque en estas últimas se retienen algunos elementos subjetivos en la clasificación que hace el sujeto de eventos como positivos o negativos. No cabe duda que estas otras medidas de eventos estresantes de la vida que cubren diferentes períodos biográficos deben ser empleados en

el estudio a futuro de los aspectos psicosomáticos de la Cardiopatía. Quizá se podría entender los resultados insignificantes entre 43 eventos estresantes y grupo diagnóstico a la luz de la negación de lo negativo u de otro concepto potencial de varianza. Asimismo, el empleo de estas otras escalas de valoración que cubren diferentes períodos temporales de la vida sería ventajosa en los estudios prospectivos longitudinales acerca de la etiología de la Cardiopatía Isquémica.

Con el fin de agotar las posibles limitaciones del SRE que pueden ser implicados del uso de otros instrumentos afines, hablaré de su uso ahora con la población universitaria. Batlis et al. (1972) intentaron adoptar el SRRS para alumnos universitarios. Halló que la adaptación indicaba diferencias significativas entre alumnos universitarios que habían y que no habían sido hospitalizados durante los seis meses previos. Dada la utilidad potencial de predecir el estrés físico o psicológico en alumnos universitarios, Biliauskas y Webb (1974) ya referidos en la introducción de este trabajo, intentaron validar los hallazgos de Batlis et al., empleando una muestra más grande de alumnos universitarios. Valoraron la relación entre las calificaciones SRRS y la ayuda física o psicológica tomando en cuenta las formas estándar y modificadas del SRRS. Puesto que es posible que no sólo la ocurrencia de un evento estresante de la vida, sino también el número de veces que ha ocurrido, afecta la validez del SRRS, los autores en cuestión analizaron el SRRS en términos de los pesos estándares SRRS multiplicados por la frecuencia con que eventos individuales han ocurrido. Cada uno de

los items para ambas formas SRRS pudo haber ocurrido de acuerdo a cinco posibilidades de frecuencia durante los últimos seis meses. Los autores hallaron que los pesos estándares y la frecuencia de ocurrencia asignados a los eventos, correlacionaron significativamente con la búsqueda de ayuda profesional. La ayuda profesional se comprendió de acuerdo a estas conceptualizaciones: a) hospitalización por razones físicas, b) hospitalización por razones psicológicas, c) consulta con un médico, d) consulta con un profesionista en el área de salud mental y e) consejo para estudiantes. Todas estas categorías con la excepción de consulta con un profesionista de salud mental y consejo para estudiantes estaban significativamente relacionadas con ambos métodos de calificar el SRRS. Bieliauskas y Webb (1974) confirmaron las diferencias en las calificaciones SRRS entre los sujetos universitarios tratados y no tratados, que fueron reportados previamente. Mientras que el SRRS modificado para universitarios mostró diferencias ligeramente mayores que el SRRS estándar, las diferencias no eran significativas, lo que indica que el uso de los pesos de magnitud de reajuste multiplicado por la frecuencia de ocurrencia de eventos no altera los resultados en forma significativa. De allí que los autores concluyeron que la utilidad predictiva del SRRS era pobre.

Este estudio pone de manifiesto una varianza inexplicada de 97%. Los resultados apoyan el hecho de que aunque existen asociaciones estadísticamente significativas entre los eventos de la vida y el inicio de enfermedad, éstas generalmente son modestas en tamaño (Rabkin, 1976) y dejan una cantidad sustancial de la varianza

residual inexplicada (Wershow y Reinhart, 1974), lo cual es digno de tomar en cuenta a la luz de los resultados del presente estudio y de los que se mencionan más adelante, cuyas conclusiones se estipulan en la nueva dirección. Aunque Bieliauskas y Webb reportan relaciones significativas entre las calificaciones SRRS estándar y la frecuencia con que alumnos universitarios buscaron ayuda por razones físicas o psicológicas, la magnitud de estas relaciones era cuestionable. De modo semejante, Dekker (1974) computó un omega square para explicar la proporción de la variación justificada por diferencias en la calificación SRRS. Esto indicó un valor de 0.05. De modo semejante, se ha utilizado el coeficiente de correlación al cuadrado como una estimación de la varianza (McNemar, 1969). A este respecto, Rahe et al., (1970) reportaron una correlación de 0.118, la que predice 1% de la varianza. Asimismo, Rubin, Gunderson y Arthur (1971) cuestionan la utilidad de las predicciones basadas en el SRRS. Al administrar el SRRS a los miembros de un barco naval antes de su salida en un crucero de siete meses, hallaron que mientras los sujetos con altas calificaciones tenían un número mayor de enfermedades, las diferencias no eran significativas. Solamente mediante el empleo de pesos de regresión en vez de pesos de los items SRRS, se logró incrementar la predicción de enfermedad física. Es digno de anotar también que estos autores tampoco hallaron diferencias significativas en la ocurrencia de eventos estresantes de la vida, entre hombres de las cuadrillas hospitalizados y no hospitalizados en el barco marino. Aponte y Miller (1972) cuestionan también la utilidad del SRRS en

la predicción de enfermedad.

Bieliauskas y Strugar (1976) pensaron que si la relación demostrada entre las calificaciones SRRS y la frecuencia de desajustes de una magnitud significativa pero limitada como sugerían Bieliauskas y Webb (1974), quizá las características del tamaño de la muestra podrían estar afectando el significado de los resultados reportados. De hecho el SRRS ha sido empleado como una medida grupal en diferentes poblaciones de diversos tamaños. Bieliauskas y Strugar examinaron la significancia y la magnitud de la relación entre las calificaciones de la versión SRRS modificada del SRRS (Bieliauskas y Webb, 1974) y la búsqueda de ayuda médica o psicológica, en diferentes tamaños de muestras compuestas por estudiantes universitarios. Estos autores administraron la prueba a tres grupos: 1. Grupo A - 116 mujeres y 157 varones, 2. Grupo B - 71 mujeres y 51 varones y 3. Grupo C - 30 mujeres y 23 varones. Como se puede notar, los tamaños de las muestras descendían en los grupos sucesivos A, B, y C. Las calificaciones SRRS fueron significativamente más altas para sujetos buscando ayuda que para sujetos que no buscaron ayuda, en el grupo A, pero no en el grupo B ó C. Además, el valor de las calificaciones SRRS era mayor en el Grupo A para los sujetos que buscaron y no buscaron ayuda, que en los otros dos grupos. El hecho de que la calificación medida por el SRRS de los sujetos que no buscaron ayuda en el Grupo A fuera más grande que la medida de las calificaciones SRRS para los sujetos que buscaron ayuda en los Grupos B y C, ocurre a despecho del hecho de que la calificación promedio para los sujetos que no

buscaron ayuda es significativamente más baja que la calificación de los sujetos que sí buscaron ayuda, en el mismo grupo. Estas apreciaciones sugieren que se obtienen calificaciones SRRS mayores en muestras más grandes, o bien que el poder discriminativo de la calificación SRRS entre sujetos que buscan y que no buscan ayuda, es más potente en poblaciones que experimentan un mayor número de cambios de vida. La primera interpretación es consistente con el rango más grande de calificaciones registradas de muestras más grandes, aunque la segunda interpretación amerita mayor investigación en relación a los tipos de poblaciones a los que se generalizan los resultados. Ambos métodos de calificar el SRRS se correlacionaron con la búsqueda de ayuda durante los seis meses anteriores a la prueba en el grupo más grande (A). La significancia de esta relación decrementa en los grupos sucesivos (B y C). Los autores ejecutaron un análisis de varianza para ambas condiciones del SRRS con el fin de detectar la relación existente entre la búsqueda de ayuda y las calificaciones del SRRS en los diferentes grupos, en forma más profunda. La proporción de la varianza explicada por las diferencias en la calificación SRRS, indicada por la estadística "omega square" mostró un descenso en valor de 0.03 en el Grupo A, a 0.01-0.02 en el Grupo B a 0.00 en el Grupo C. No había evidencia entonces, de diferencias significativas en la eficiencia de calificar, entre ambos métodos de calificación SRRS. De los resultados de la investigación arriba citados, está claro que el poder discriminativo del SRRS de los sujetos universitarios que

buscan y no buscan ayuda decrementa gradualmente conforme disminuye el tamaño de la muestra, independientemente del método SRRS empleado para calificar. Estos resultados son de esperarse si recurrimos a la teorías del muestreo, que predice que las muestras más grandes son más confiables que las muestras más chicas, ya que toman en cuenta una mayor proporción de medidas extremas obtenidas por los sujetos integrantes de la población para la cual se generalizan los resultados (Downie y Heath, 1965). Esto debe ser considerado a la luz de las muestras relativamente chicas de congénitos e hipertensos en la presente investigación cuando se toma en cuenta la cuestión de su representación de la población total de congénitos e hipertensos y el número más grande de isquémicos. Tal vez el número de sujetos de las muestras explica entonces la relación insignificativa entre lo estresante de los 43 eventos de la vida y los grupos diagnósticos. Sin embargo, ésto no se pudo evitar dado que debido al temblor de 1985 en esta ciudad, se perdieron los datos de los valiosos y numerosos sujetos que comprometió la validez y confiabilidad del estudio a consideración. Las desviaciones estándar y la varianza en las calificaciones consecuentes, entre el Grupo A y los demás grupos en el estudio de Bieliauskas y Strugar, confirma la observación de Downie y Heath. No obstante, el Grupo C tiene una desviación estándar un poco más grande que el Grupo B. Esto es sugestivo de hecho de que con muestras de un tamaño aproximado al del Grupo C, un perjuicio en la medición de la calificación SRRS es factible en una distribución de la población. Esta discusión puede exponer a duda

el uso del SRRS como un instrumento de predicción, al menos en lo que respecta a la probabilidad de buscar ayuda. Esta duda ya ha sido conocida por los lectores de este trabajo en su introducción.

Pueden ser dos las razones por la carencia aparente del SRRS a ser predictivo: 1. Muchos de los items pueden ser inapropiados a situaciones estresantes como sugiere la modificación frecuente del instrumento a través de los estudios. 2. Dado que la aplicación de pesos estadísticamente determinados alza la validez predictiva del SRRS en forma significativa (Rubin et al., 1971), las asignaciones iniciales subjetivas de los pesos de los items pueden contener error.

Además, al predecir varias enfermedades de las medidas de eventos de la vida, se computa una calificación singular de eventos de la vida como en base a una combinación lineal de los pesos que tienen los eventos experimentales. Los pesos son determinados de acuerdo a la valoración que hacen los sujetos de los eventos, a través de alguna dimensión semántica. Diferentes dimensiones de valoración alterarían los pesos empleados para la formación de la combinación lineal. El cambiar estos pesos altera las correlaciones existentes entre la calificación de eventos de la vida y el criterio, particularmente, si la relación entre los pesos de las dos dimensiones de valoración no es monotónica y lineal (Stone y Neale, 1978). Dada la interacción obtenida entre la dimensión de valoración y los eventos, se espera que las correlaciones entre eventos y un criterio de enfermedad, variarían dependiendo de la

dimensión usada. El conjunto de pesos que utiliza un investigador puede ligarse con la predicción de calificaciones de criterio.

Una resolución de este dilema sería que el investigador utilizara todos los conjuntos de coeficientes y empíricamente determinara la mejor combinación de las escalas mediante el análisis de regresión múltiple. Pero, ¿qué aprenderíamos acerca de la percepción de los eventos de la vida y su relación con el criterio? El significado de los pesos obtenidos por regresión múltiple no está ligado a una dimensión sustantiva de eventos como es el reajuste social o el estrés. El significado de predicción es de una importancia básica. Por ello, hay que identificar los factores que utilizan los sujetos para valorar los eventos de la vida, y así comprender la interacción entre los eventos de la vida, la enfermedad y el funcionamiento psicológico. Por lo anterior, Nelson (1967), advierte la ventaja del empleo del análisis multidimensional, el análisis factorial (ver análisis factorial en relación a la homogeneidad de los ítems) y el análisis discriminante para la valoración de los eventos de la vida.

Bieliauskas y Strugar (1976) añaden otra consideración que es relevante a la anteriormente expuesta. Esta es que los resultados de su estudio sugieren que mientras el SRRS registra la ocurrencia de eventos de la vida que son fuentes posibles de estrés, otras variables situacionales o individuales "características" (como postularon Lefcourt et al., 1981), que modulan la respuesta vígente de estrés como la confusión mental, por ejemplo, no son

medidas. Un evento podría causar estrés en un individuo y no afectar a otro.

Estas diferencias entre sujetos estarían distribuidas al azar en muestras más grandes de sujetos y se cancelarían entre sí. Pero, en muestras más chicas, asumirán una importancia mayor. Quizá las diferencias individuales influyeron en los resultados de la presente investigación. Habría que considerar este hecho a la luz de la heterogeneidad y tamaño de las muestras empleadas y con fines de emplear muestras más grandes en investigaciones futuras y más homogéneas.

Wershow y Reinhart (1974) comentan que algunas personas llegan a estar enfermas sin poder discernir los cambios de la vida precipitantes. Otras hallan modos constructivos para enfrentar el cambio. Por lo menos, dos estudios (Theorell, Lind y Floderus, 1975; De Faire Ulf, 1975) afirman que la única variable de cambio con un poder discriminativo significativo era "una responsabilidad incrementada de trabajo durante el año pasado". El trabajo de los primeros autores fue citado en la introducción y en relación a De Faire Ulf. La variable en cuestión discriminó entre gemelos que fallecieron y gemelos que sobrevivieron.

No obstante, la teoría epidemiológica enfatiza una etiología multifactorial para el infarto miocárdico y para cualquier otro cambio en la salud (ver Esquema Vital de Adolfo Meyer, citado en la introducción a este trabajo). Puesto que la contribución relativa de los factores de riesgo metabólicos al inicio

de un infarto miocárdico. explican por ejemplo, la mitad de la varianza (Kannel, 1976), no es probable que una gran proporción de la varianza adicional sea explicada por un solo factor psico social, sino por una combinación de varios de estos factores. La participación del cambio en la vida como factor etiológico debe considerarse con enorme cuidado cuando se examinan los diver sos factores ambientales propios del huésped, en relación al co mienzo de la enfermedad (Braham et al., 1962; Wolff, 1950). Los factores ambientales como el estilo de vida, la constitución y las actitudes, etc., además de los cambios de vida, alteran nota blemente la especificidad. De allí, que los cambios de la vida como ya se había mencionado, suelen ser causas necesarias pero no suficientes para el comienzo de una enfermedad.

Ahora, en relación a las variables de sexo y clase social, Dekker (1974) afirma que las calificaciones del SRRS no están relacionadas con el sexo ni con la clase social del sujeto. Por lo tanto, no se puede concluir que una mayor inestabilidad econó mica en las clases sociales bajas está asociada con una más alta frecuencia de eventos estresantes, lo cual concuerda con los resultados del presente estudio. Sin embargo, la muestra que Dekker usó estaba cargada con sujetos de la clase media y baja. Como consecuencia, algunos piensan que el efecto de clase social no ha sido probado en forma adecuada. Puede ser este, el factor reg ponsable para los resultados obtenidos en esta tesis respecto a la relación insignificativa entre los 43 eventos de la vida y los grupos diagnósticos. En las muestras empleadas, aunque algunos

sujetos fueron clasificados como de clase alta, pudieron haber sido, en efecto de clase media dado que la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social generalmente corresponde a la clase media y baja. En futuras investigaciones debe probarse el efecto de clase social en forma más eficaz para establecer nuevamente su influencia en la valoración de lo estrsante de los eventos.

Es obvio que al verificar la falta de significación de los eventos estresantes para los grupos diagnósticos, se dudaría de la resonancia de las altas calificaciones obtenidas por los isquémicos en la escala Q₁ y por los hipertensos en la escala I, por ejemplo. Por lo anterior, se debe de considerar con mayor seriedad, las limitaciones inherentes en la escala empleada.

Lo importante es definir la naturaleza y modo de transmisión del estrés. De acuerdo a los resultados de este estudio no tiene que ver con otras variables no pertenecientes a la escala consideradas, como número de años que ha radicado en el D.F., lugar donde los padres han vivido la mayor parte de sus vidas, si estos viven todavía, el número de ingresos hospitalarios, el número de días hospitalizados o con un estado civil divorciado. Sospecho que sí habría relación entre el estrés y un estado civil casado, lo que tendría que comprobarse en otro estudio más complejo cuyo análisis no estaba contemplado en el presente estudio. El estrés tradicionalmente asociado a la Cardiopatía Isquémica tampoco pudo explicarse por la variable número de hijos o nivel socioeconómico,

lo cual concuerda con los resultados que señalan una relación insignificativa entre eventos de la vida y Cardiopatía Isquémica, ya que la escala incluye items relacionados. Por otra parte, conviene mencionar en lo que se refiere a los eventos de la escala asociadas a la vida laboral, que no hay consenso acerca de si el estrés ocupacional aumenta el riesgo de enfermedad coronaria. Anteriormente se afirmaba que la Cardiopatía Isquémica se presentaba con mayor frecuencia entre ejecutivos que en empleados, pero a este respecto, en un estudio realizado por Lee y Schneider (1958) la enfermedad se presentó con menor frecuencia entre los ejecutivos que en los empleados. De allí que se podría inferir que el estrés ocupacional también se da en empleados de menor rango en cuanto a lo socioeconómico. Habría que revalorar los aspectos particulares de cada ocupación en México para poder inferir alguna asociación entre el estrés laboral y la Cardiopatía Isquémica. Valdría la pena también emplear otra medida de estrés laboral en futuras investigaciones dadas las limitaciones mencionadas de la escala utilizada en ésta. En la Revisión de la Literatura, el carácter emprendedor, la tendencia a asumir responsabilidades, la orientación hacia el logro y la necesidad de dominar y de reconocimiento fueron mencionadas en relación al grupo isquémico, lo que hace improbable que los sujetos de este grupo fueron insusceptibles al estrés laboral.

En cuanto a las diferencias observadas en los porcentajes de pacientes de cada grupo que reportaron ciertos eventos (emba-

razo, cambio de empleo, salida de un hijo de la casa e iniciación o terminación de estudios), se explican por su asociación con el sexo, la edad y la ocupación predominante en ciertos grupos de pacientes. Así el alto índice de embarazo reportado en el grupo de reumáticos se explica por el elevado porcentaje de mujeres en dicho grupo.

Tal vez una de las explicaciones más factibles para el hecho de que la variable independencia de campo no caracterizó el grupo de isquémicos tiene que ver con el alto índice de autoinvolucramiento que caracteriza a la Personalidad Tipo A (Scherwitz et al., 1978) asociado a este padecimiento. El autoinvolucramiento es un rasgo impregnado de subjetividad que se asocia con la dependencia y no con la independencia de campo, como afirmó Scherwitz et al. (1978). En vez de que la subjetividad actúe para eliminar lo accesorio del campo, todo aquel que no tiene que ver con él, y aclarar lo esencial, actúa según estos autores, generando una incapacidad para separar el yo del no yo y para separar un contexto de encaje.

Por otro lado, la independencia de campo tiene que ver con la flexibilidad que no es consistente con la personalidad que identifica a los isquémicos. Estos son poca capaces de alterar su comportamiento ante condiciones cambiantes. No tienen capacidad analítica.

Quizá el comportamiento interpersonal, de acuerdo a un funcionamiento más o menos diferenciado, no es medido con la suficiente sensibilidad por la Prueba de Figuras Ocultas, de modo que

no define al grupo de isquémicos.

Pero por otro lado, puede ser que los rasgos caracterológicos de actividad o pasividad supuestamente asociados con la independencia y con la dependencia de campo, respectivamente, no se extienden a la esfera emocional de los sujetos, siendo su alcance nada más en el área perceptiva, lo cual no es significativo en cuanto a los aspectos psicosomáticos de la Cardiopatía Isquémica. Es decir, quizá no existe comunalidad entre la percepción y otras áreas ligadas a funcionamiento psicológico. La diferenciación que implica la segregación de actividades psicológicas como el pensar del actuar y el sentir del percibir, limita entonces una asociación llamativa entre la independencia - dependencia de campo y la Cardiopatía Isquémica. La especificidad de funcionamiento dentro de cada actividad quizá mediatiza la relación entre las variables a discusión, haciendo que ésta sea muy remota. El hecho de que las funciones especializadas y separadas no operan en forma independiente, sino de acuerdo a las interrelaciones que se dan en una estructura jerárquica, pudiera ocasionar que las que integran el sistema en el primer nivel jerárquico no tienen una relación significativa con la Cardiopatía Isquémica, aún cuando se supone que las manifestaciones de mayor o menor diferenciación deben de estar relacionados en algún grado.

Es poco sostenible la suposición de que la variable independencia-dependencia de campo no definió al grupo de isquémicas en función de que el comportamiento social conceptualizado como com-

ponente principal de esta variable no sea un aspecto importante de su conducta. La hostilidad y la competitividad son rasgos esenciales del perfil tipo A, hecho que además fue corroborado en este estudio.

Como se pensó, es posible que la teoría de diferenciación no abarca el comportamiento interpersonal, la medida de la variable independencia-dependencia de campo que me llevó a la hipótesis de mayor independencia de campo entre personas isquémicas. Es decir, las tendencias a depender primordialmente de los referentes internos o externos en la percepción de la proyección vertical no tienen un contrapartido en el dominio interpersonal. De allí que no se puede asumir que las personas que son independientes de campo en su percepción de la proyección vertical funcionan en forma más autónoma que las demás personas, dependientes de campo, ni suponer que hay una relación significativa entre la inconformidad de la persona Tipo A, isquémico y la independencia de campo. El hecho de que los resultados de estudios en que se han utilizado tareas no ambiguas han estipulado que existe poca relación entre las calificaciones RFT y la respuesta a referentes sociales externos (Kuppner y Brown, 1973; Morgan, 1972 y Roberts, 1964) avala lo anterior. A modo de aclarar, cuando la situación está bien estructurada o cuando hay una razón para creer que el otro no es una fuente útil de información para resolver la ambigüedad, las personas independientes y dependientes de campo no son diferentes en su respuesta a los referentes externos (Witkin y Goodenough, 1977). Esto explicaría también el hecho de que la variable inde-

pendencia-dependencia de campo no discriminó al grupo de isquémicos. Concuerda también con lo anterior el que las personas dependientes de campo ejecutan el mismo nivel que las personas independientes de campo para lograr premios extrínsecos, independientemente de si los premios tienen la forma de buenos materiales o de aprobación social (Goodenough, 1976). Existe una evidencia que proviene de una variedad de otras fuentes que es consistente con el punto de vista de que la dimensión de la dependencia de campo no está relacionada con los efectos de la influencia social bajo condiciones no ambiguas (Soat, 1974; Webb, 1972; Swan, 1973; Tobias, Van Broek, 1972; Field, 1973; Miller, 1973; Morgan, 1972; Palmer y Field 1971; Brandsma, 1971; Halm, 1967). Entonces, en situaciones que uno no requiere información de otros para hacer juicios o para una autodefinición, las personas independientes de campo son tan influidas por otros como las personas dependientes de campo. Además de ser limitado a las situaciones ambiguas, el comportamiento de buscar información por parte de las personas dependientes de campo, ocurre solamente cuando las personas accesibles son vistas como una fuente probable de información para resolver la ambigüedad (Mausner y Graham, 1970). Otros aspectos de la dependencia de campo, además de la búsqueda de información, como la ligazón emocional que se establece con otros, una respuesta a los premios sociales extrínsecos, una actitud cooperativa y la búsqueda de reconocimiento, tienen poca relación con la dependencia de campo en la percepción de la proyección vertical (Dolson, 1973; Eberhard y Nilsson, 1967; Gillies y Bauer, 1971; Gordon, 1954; Kagan,

Zahn y Geali, 1977; López, 1976; McCarrey, 1969; Morelan y Ortiz, 1975; Paclisanu, 1970; Throckmorton, 1974; Webb, 1972; Wiessman, 1971). Entonces, puede pensarse que la independencia-dependencia de campo entendido en el ámbito del comportamiento social que hipotéticamente se asocia con la Cardiopatía Isquémica, en realidad no tiene un valor discriminativo para con este grupo, se puede concluir que la dimensión independencia-dependencia de campo, tiene poca relación con la dependencia emocional (Beckerle, 1966; Dolson, 1973; Eberhard y Nilsson, 1966; Fisk, 1970; Gordon, 1954; Wiessman, 1971). La ausencia de una relación entre la dependencia de campo y el comportamiento de buscar aprobación, es también consistente con la observación apenas mencionada (Gwan, 1974; Beller, 1962; Farley, 1974; Goldstein et al, 1968; Lawrence, 1968; McCarrey et al., 1971; Throckmorton, 1974). Los sujetos tanto independientes como dependientes de campo son igualmente sensibles ante la evidencia de dependencia emocional en los demás (Lawrence, 1968). Siguiendo esta misma línea de pensamiento, los resultados de algunos estudios que fueron generados por la creencia de que el distanciamiento físico es un reflejo del apoyo emocional, no comprobaron una relación entre la independencia-dependencia de campo y el distanciamiento físico (Guardo, 1973; Evans, 1969; Wineman, 1973; Pedersen y Wender, 1968). En cuanto a la hostilidad, las personas independientes y dependientes de campo no difieren en la experimentación de los sentimientos de hostilidad, tan sobresalientes en el perfil de la personalidad Tipo A, o en el re-

conocimiento de tales sentimientos en los demás. Por ejemplo, Goodenough, Witkin, Lewis, Koulack y Cohen (1974) hallaron que los reportes oníricos recolectados en el laboratorio, de sujetos independientes y dependientes de campo, no eran diferentes en la cantidad de contenido hostil. De modo semejante, monólogos de cinco minutos, producidos por sujetos independientes y dependientes de campo, quienes pudieron hablar acerca de cualquier tema de interés, no mostraron diferencias en las calificaciones Gottschalk-Gleser de hostilidad (de Groot, 1968; Freedman, Bucci, Grand, Oltman y Witkin, 1975). Los resultados de un estudio que trató la producción verbal de los participantes en las sesiones de terapia de grupo de Tavistock (Safer, 1975) no confirmaron los del estudio llevado a cabo por Witkin, Lewis y Weil (1968) que determinaron que las grabaciones de pacientes independientes de campo en terapia individual contenían significativamente más expresiones de hostilidad dirigida hacia afuera que las grabaciones de los pacientes dependientes de campo. Goodenough et al. (1974) hallaron que los sujetos independientes y dependientes de campo eran similares en la cantidad de ira expresada, evidente en sus respuestas ante una lista de palabras, después de ver películas estresantes. De la misma manera, tomo esta oportunidad de repetir algunos otros hallazgos congruentes con los mencionados, que fueron citados en la Revisión de la Literatura de este trabajo, ya que pueden explicar también el hecho de que el grupo de isquémicos no fue discriminado por la variable independencia-dependencia de campo. Goodenough, Oltman y Cohen (1976) replicaron el hallazgo

de Goodenough et al. (1974) en un estudio similar de las reacciones ante películas particularmente escogidas para despertar sentimientos hostiles. En el mismo sentido, Lawrence (1968) ha mostrado que en las respuestas ante un cuestionario, de los sujetos que habían experimentado una tarea frustrante, hubo una crítica hostil de la tarea y del experimentador, tanto por parte de los sujetos independientes de campo, como por los sujetos dependientes de campo. En el mismo estudio, Lawrence no halló relación entre la independencia y la dependencia de campo y los umbrales de reconocimiento de escenas agresivas presentadas taquistoscópicamente. Entonces, los sujetos independientes y dependientes de campo son similares en la facilidad con que reconocen la hostilidad en otros, como también en la facilidad con que la hostilidad es despertada en ellos. Por otro lado, los varones dependientes de campo son tan populares como los varones independientes de campo (Dingman, 1971; Goldstone, 1974; Joshi, 1968; Oltman et al, 1975; Vernon, 1972; Wong, 1976; Víctor, 1973).

De allí, tenemos otra evidencia para poder pensar que el comportamiento social, fundamento de la personalidad que hace a los individuos propensos a la enfermedad coronaria, no es una extensión potencial de la variable independencia-dependencia de campo. Por lo tanto no discrimina el grupo de isquémicos.

Si es que la variable independencia-dependencia de campo si abarca la esfera social, entonces contempla su dinámica en un modo muy distinto a como es contemplada en el perfil Tipo A.

Quizá la conducta Tipo A incluye el funcionamiento interpersonal que únicamente tiene connotaciones negativas (la hostilidad y el resentimiento, por ejemplo) mientras que la independencia de campo en el ámbito social se refiere a fenómenos positivos también. De allí que las características del perfil Tipo A discriminan a los isquémicos, mientras que la independencia-dependencia de campo, no los discrimina. Por ejemplo, existe evidencial de que en ciertas circunstancias las personas prefieren otros que son semejantes a sí mismos en estilo cognoscitivo (Wong, 1976). Es evidente que un individuo Tipo A tomará cualquier oportunidad para alejarse de otro individuo Tipo A (Friedman y Roseman, 1974).

Nuevamente, tomando en cuenta la consideración de que la independencia-dependencia de campo abarca el comportamiento social a la luz de que la reestructuración cognoscitiva debe mostrarse pervasivamente en el comportamiento, debo recordar al lector, que aunque se postula autoconsistencia, las habilidades interpersonales pueden modificarse por los efectos únicos de una modalidad sensorial particular (visual o auditivo), del medio (figural o simbólico) y del procesamiento (simultáneo o secuencial), involucrados en cualquier actividad dada de reestructuración cognoscitiva. De este modo, el comportamiento social no sería un indicador estable de la Cardiopatía Isquémica, lo cual podría explicar por qué la variable independencia-dependencia de campo no discriminó a los isquémicos.

Otra razón de este fenómeno puede encontrarse en el hecho

de que la implicación primordial del concepto de independencia-dependencia de campo tiene que ver con la autonomía, mientras que las implicaciones primordiales del concepto de la Personalidad Tipo A asociada a la Cardiopatía Isquémica son una lucha crónica no necesariamente encaminada para afirmar la autonomía, el resentimiento y la impaciencia, constructos que no tienen relación con la autonomía (Friedman, 1969). Tal vez también, la individualidad no es un requisito sine qua non de la personalidad que se asocia con la Cardiopatía Isquémica. Es decir, la autonomía no determinará la asociación más central entre la independencia-dependencia de campo y la Cardiopatía Isquémica.

Es imprescindible saber también que la dimensión independencia-dependencia de campo se trata del modo de funcionamiento mientras que la Personalidad Tipo A, tiene más que ver con la obtención de metas. Es probable que por esta discrepancia también, la variable independencia-dependencia de campo no discriminó el grupo de isquémicos. A este respecto, considerando la relación entre el estilo cognoscitivo y el logro en los dominios educativo-vocacionales en un contexto académico, los estudiantes independientes y dependientes de campo no son significativamente diferentes en cuanto a los indicadores de logro, como por ejemplo, en el promedio universitario (Anderson, 1971; Gehlmann, 1951; Glass, 1967; Montgomery, 1971; Pohl, 1967; Witkin, Moore, Goodenough y Cox, 1977). Por ello, habría que pensar que los constructos de independencia-dependencia de campo y de la Persona

nalidad Tipo A son en efecto muy diferentes, dando como consecuencia el resultado obtenido en este estudio en relación a la incapacidad de la variable de independencia-dependencia de campo para discriminar al grupo de isquémicos.

Por otra parte, la impulsividad característica de los isquémicos, comprobado en ésta y en una serie de investigaciones referidas acerca de la Personalidad Tipo A tiene sólo una relación modesta con la independencia-dependencia de campo (Messer, 1976).

Además, no se ha podido comprobar una relación entre la independencia-dependencia de campo y la extraversión-introversión. Menciono eso porque se ha hablado de la extraversión en asociación con la Personalidad Tipo A y los rasgos comprobados en la presente investigación como los asociados con el factor H del 16PF y la escala Vigoroso del Inventario de Rasgos Temperamentales aluden a ella también.

Existe otra característica de la dimensión independiente-dependiente de campo; ésta es su carácter neutral en cuanto al valor que pudiera explicar la diferencia entre ésta y la Personalidad Tipo A, y por consecuencia el hecho de que no discriminó al grupo isquémico. Como se ha dicho en la Revisión de la Literatura de este trabajo, la independencia o dependencia de campo no son inherentemente "buenos" o "malos", sino que cada estilo puede ser adaptativo en un contexto particular. No tiene un perjuicio de valor sustentado por la cultura. Se dice que las personas independientes de campo manifiestan las habilidades que se

asocian con la reestructuración cognoscitiva, como también comportamientos menos deseables como la manipulación de la gente y la frialdad emocional. Las personas dependientes de campo no han desarrollado las habilidades de reestructuración cognoscitiva, pero ayudan a los demás y tienen una admirable disposición social. En contraste, los individuos Tipo A que abundan entre los isquémicos sobresalen por sus características negativas como la hostilidad y la impaciencia, que no son adaptativas.

No hemos de dejar de valorar tampoco, la multilinealidad del desarrollo relacionado a la independencia-dependencia de campo. Las personas dependientes de campo desarrollan competencias interpersonales por su mayor accesibilidad a las fuentes externas de información que no propicia un desarrollo de las habilidades que concierne la reestructuración cognoscitiva. La autonomía de los individuos independientes de campo genera un desarrollo de las habilidades de reestructuración cognoscitiva, pero tiene menos que ver con el establecimiento de relaciones interpersonales, de modo que el desarrollo y crecimiento psicológico ocurren en diferentes esferas para las personas independientes y dependientes de campo, lo cual define la multilinealidad en cuanto al desarrollo. Esto contrasta con la unilinealidad del constructo del comportamiento Tipo A. Mientras que existe un desarrollo auténtico al ser independiente o dependiente de campo, existe un paro en el desarrollo de los individuos Tipo A.

Además, la bipolaridad de la dimensión independencia-depen-

dencia de campo se asocia con la posibilidad de entrenamiento. Pero el entrenar una persona en la Conducta Tipo A tendrá poco propósito ventajoso. Las características adaptativas de la Personalidad Tipo A no son apreciables, mientras que cada polo de la dimensión independencia-dependencia de campo tiene características adaptativas. De allí, que mediante un entrenamiento un individuo puede dotarse de ambos conjuntos de características.

Una de las metas para incluir a la dimensión independencia-dependencia de campo en la presente investigación fue confirmar una mayor independencia de campo en relación a los isquémicos. Este postulado, en parte se basó en el hecho de que la secuencia característica en el desarrollo individual es de un modo de funcionamiento dependiente a un modo de funcionamiento independiente de campo (Maccoby y Jacklin, 1974; Witkin et al., 1962). Dada la mayor edad de los isquémicos, se pensó en una independencia de campo característica. En cambio, no se puede pensar en un desarrollo o crecimiento en función de la Conducta Tipo A en relación a la edad. El impacto nocivo de la sociedad puede ser experimentado a cualquier edad, en innumerables formas. Esta diferencia entre los constructos de independencia-dependencia de campo y la Personalidad Tipo A, además de las otras mencionadas, podría también explicar el hecho de que la independencia-dependencia de campo no distinguió al grupo isquémico.

Pudiera ser que la base biológica (los determinantes hormonales, por ejemplo que fueron tratados en la Revisión de la

Literatura de este trabajo), que ha sido asociado con la dimensión de independencia-dependencia de campo tuviera algo en común con los fundamentos fisiológicos del estrés que ocasiona la arte reosclerosis. Quizá una investigación de este tema aclararía un mecanismo mediador de la relación entre la independencia-dependencia de campo y la Cardiopatía Isquémica no detectable en esta investigación por la insensibilidad de la Prueba de Figuras Ocultas, quizá, o por la falta de considerar a esta relación potencial en función de sexo y edad. En dado caso valdría la pena revisar los mecanismos biológicos que explican la independencia de campo y la Cardiopatía Isquémica para aclarar sus semejanzas o diferencias y así poder establecer una razón fisiológica (endocrino-catecolamínico-cognoscitivo) por los resultados aquí obtenidos. Tal tipo de investigación tendría que abarcar también la influencia genética en la relación entre la dimensión independencia-dependencia de campo y la Cardiopatía Isquémica, dado que abundan las explicaciones genéticas para ambos constructos.

Independientemente de lo que la investigación futura pudiera revelar acerca de las contribuciones biológicas a la independencia-dependencia de campo, de la evidencia ahora patente sabemos que las variables ambientales juegan un papel muy importante en el desarrollo de esta dimensión y de la Cardiopatía Isquémica. Un estudio que investigará los factores ambientales comunes al desarrollo de la independencia de campo y de la Cardiopatía Isquémica quizá precisará la naturaleza falsa o verdadera de los resultados aquí obtenidos.

Faltan por realizar investigaciones retro y prospectivas que revelarían la influencia de las culturalmente determinadas prácticas en la crianza de los niños, en las personas que desarrollan la Cardiopatía Isquémica. Quizá las que se relacionan con la personalidad Tipo A u otra que hace a un individuo propenso a la Cardiopatía Isquémica son específicos para el sexo y la cultura como las asociadas con la independencia-dependencia de tiempo, ya referidas en la Revisión de la literatura de este trabajo (Witkin et al., 1962; Dyk y Witkin; 1965; Abelew, 1971; Baran, 1971; Hanson, Young y Choi; 1974; MacArthur; 1973, 1971; Maloney, 1971; Mehane y Johnson; 1970; Nedd y Schwartz, 1977; Spuhler, 1976; Vernon, 1968; Nedd y Schwartz, 1977; Nedd y Gruenfeld, 1976). La independencia de tiempo se da por ejemplo, más frecuentemente en hombres que en mujeres al igual a como pasa con la Cardiopatía Isquémica. ¿Los factores culturales responsables por este hecho son los mismo o son diferentes? Si son diferentes, si uno se trata por ejemplo de la autonomía y la otra de estrés, este hecho podría explicar porque la independencia-dependencia de tiempo no discriminó el grupo de isquémicos.

Berry (1966) y Van Leeuwen (1978) dicen que las diferencias sexuales en la independencia-dependencia de tiempo, y en la habilidad de reestructuración, son marcadas en cultural en las que los roles sexuales son diferentes y en las que la socialización de los estereotipos de los roles sexuales, son enfatizados. Se supone que en estas circunstancias, los niños se identifican más con el padre del mismo sexo que con el del sexo opuesto. Entonces, se puede asumir que el modelaje del rol sexual es un factor principal

en el desarrollo de diferencias sexuales en la independencia-dependencia de campo (Lynn, 1962, 1969). Queda por investigar si también lo es para el desarrollo de diferencias sexuales en la presentación de estrés, de la Personalidad Tipo A o de otro factor asociado a la Cardiopatía Isquémica.

A manera de elaborar, tradicionalmente en las sociedades occidentales, el rol sexual masculino implica una mayor autonomía que el rol sexual femenino. Mediante la socialización es posible transmitir esta diferenciación del rol sexual de una generación a otra. Los hijos de padres que no son activos en el proceso de crianza, son dependientes de campo y las hijas de madres no activas en el proceso de crianza serán independientes de campo.

La observación siguiente es consistente con estas proposiciones. Los reumáticos que participaron en el presente estudio, son en su mayor parte mujeres y son los sujetos más dependientes de campo. Se ha hablado acerca del hecho de que los roles sexuales tradicionales son enfatizados durante la socialización en ciertas culturas. Se pudiera especular que en México, cultura apretada, que difícilmente estimula la autonomía de la autoridad social y de los padres y que enfatiza la conformidad, cuando se le compara con otras más liberales, el rol sexual femenino es enfatizado en conjunto con las implicaciones de la dependencia de campo, elaboradas anteriormente. Parecería que este hecho sería más válido en las clases media y baja en México que fueron

las que identificaron a la mayoría de los sujetos en la presente investigación, dado que éstos se adherirían más fielmente que las personas de la clase alta a las tradiciones implicadas en la estereotipia del rol sexual, pues no tienen un acceso suficiente a las nuevas modas y estilos avant-garde.

Se ha observado también que la independencia-dependencia de campo está relacionada con la clase social (Gruenfeld y MacEachron, 1975). Gruenfeld y MacEachron (1975) y MacEachron y Gruenfeld (1978) dicen que aquellas personas pertenecientes a un estatus socioeconómico alto, muestran una mayor independencia de campo. Pacientes de una clase social baja, en cambio, tuvieron cargos más altos en el factor general de ansiedad - depresión como éstas se dan en la neurosis, de modo que no podían diferenciar los dos padecimientos, característica de los sujetos dependientes de campo (Derogatis et al., 1971).

Nedd (1977) halló diferencias marcadas entre grupos étnicos con respecto a la importancia relativa de la crianza de los niños y con respecto a los factores socioeconómicos, que repercutían en la independencia o dependencia de campo. Concluyó que si los modos de crianza o el estatus socioeconómico determinan el estilo cosnocitivo, éste dependía del grupo cultural investigado y de las circunstancias de este grupo.

Finalmente, las influencias culturales en todos sus aspectos pueden ser absorbidas o internalizadas de modo distinto por

los mexicanos isquémicos e independientes de campo hecho que explicaría la naturaleza de los resultados a discusión. Entonces, las variables como la socialización temprana y las prácticas de crianza de los niños probablemente mediatan la relación entre la independencia-dependencia de campo y la Cardiopatía Isquémica de tal modo que sus repercusiones no son directas ni apreciables. De la misma manera, la resonancia de la autoconsistencia del acto de percepción a través de constructos permitiría interpretaciones limitadas. De allí que en la economía psicológica de un individuo, el papel adaptativo de la independencia-dependencia de campo, podría ser aparentemente mínimo.

Puede suponerse que el establecer constructos no perceptuales de los componentes integrantes de la variable independencia-dependencia de campo, permitiría acertar la hipótesis postulada, aunque fuera solo parcialmente, de una relación significativa entre la independencia-dependencia de campo y la Cardiopatía Isquémica. La necesidad de realizar esta labor surge del hecho de que en sistemas más diferenciados y más complejamente organizados en el sentido de que las relaciones entre los componentes del sistema y entre el sistema y su ambiente son más elaboradas, crea confusión. Puede ser que tal elaboración obstaculiza la relación que de otra manera sería directa, entre la independencia-dependencia de campo y la Cardiopatía Isquémica. Por otro lado, el hecho de que no se puede esperar que la diferenciación se relacione con la efectividad de la integración, en el sentido de relaciones armoniosas entre los componentes del sistema y entre el sistema

y su ambiente, debe de tener efectos adversos al establecimiento de una relación significativa entre las dos variables a consideración, que podrían ser superados al conceptualizar los componentes por separado y su relación con la Cardiopatía Isquémica. Solamente así, se podrá establecer la validez discriminante de la variable independencia-dependencia de campo. Los procesos involucrados en la ejecución de las pruebas de la percepción de la proyección vertical, por ejemplo, pueden ser distintos a aquellos involucrados en las pruebas que detectan los estados emocionales y a las que identifican las particularidades intelectuales. Se podría analizar a estos últimos componentes por su semejanza a la variable independencia-dependencia de campo que es perceptual, de acuerdo a su nivel en la dimensión flexibilidad de oclusión (Thurstone, 1944), por ejemplo. Asimismo, se podría añadir al perfil de Personalidad que hace propensa a la enfermedad coronaria a los individuos, los síntomas diferenciados asociados a los componentes, en términos de su asociación con emociones particulares y de acuerdo a su habilidad discriminante del grupo de Cardiopatía Isquémica. Así se sabrá la naturaleza de las experiencias de los isquémicos. También se podrá saber algo acerca de los controles con que canalizan sus impulsos. Por ejemplo, la tendencia a utilizar defensas específicas como la intelectualización, el aislamiento y la proyección, asociada a la independencia de campo y a emplear defensas menos específicas como la represión o la negación podría establecerse y revelar algo más acerca de la estructura dinámica de la personalidad de los isquémicos. Se ha

dicho que sujetos independientes de campo quienes muestran grados más altos de diferenciación que los sujetos dependientes de campo, diferenciarán los síntomas físicos de los somáticos fácilmente. Esto dirige nuestra atención al hecho de que en los independientes de campo, la posibilidad de enfermedad psicósomática sería mínima. La experiencia más global y holística de los dependientes de campo se asociará, por otra parte, a la enfermedad psicósomática. De allí que en base a la separación de los componentes integrantes de la variable independencia-dependencia de campo, hay que hipotetizar en futuros estudios, una mayor dependencia de campo en asociación con la Cardiopatía Isquémica si es que ésta ha de ser conceptualizada como enfermedad psicósomática. Es decir, hay que pensar que los isquémicos no perciben patrones discretos de las experiencias cognoscitivas y somáticas como entidades distinguibles. No hay que perder de vista el modo global, difuso y generalizado de los dependientes de campo que podría identificar a los mexicanos en general y no permitir una discriminación de los diferentes grupos diagnósticos aún cuando el constructo independencia-dependencia de campo sea conceptualizada en función de sus componentes por separado.

La conceptualización de la independencia-dependencia de campo en relación a la Cardiopatía Isquémica es difícil de precisar. Puede ser que la independencia-dependencia de campo no discriminó al grupo de isquémicos porque la sintomatología asociada con la independencia y con la dependencia de campo, se relaciona por igual con la personalidad Tipo A característica de los isquémicos.

nicos. Por ejemplo, Witkin et al. (1954) estableció que varones independientes de campo experimentan delirios de grandeza indicativos de una alta autoestima, un comportamiento arrogante y destructivo que señala una expresión de agresión hacia el exterior, intentos para mantener una identidad masculina y proyecciones de culpa, todos sugestivos de la lucha por preservar la autoestima y asociadas a la competitividad y hostilidad de la personalidad Tipo A. Por otra parte, los varones dependientes de campo no controlan sus impulsos adecuadamente, lo cual es índice de la impulsividad en este estudio comprobado en asociación con la Cardiopatía Isquémica. Ambas constelaciones sintomáticas son evidencia de lucha para el mantenimiento de yo. Nuevamente se llega a la aseveración de que la independencia-dependencia de campo así como la reestructuración, son direcciones demasiado generales que no discriminan las diferencias individuales que supuestamente involucran un funcionamiento cognoscitivo articulado-global en las actividades perceptuales, intelectuales y emocionales.

En la contemplación todavía del hecho de que la independencia de campo no discriminó al grupo de Cardiopatía Isquémica, habría que considerar que las personas independientes y dependientes de campo no difieren en cuanto al precepto inmediato inducido por la mayoría de estímulos. Quizá, hubo entonces que emplear una prueba de inclusividad sin incluir el elemento tiempo, para poder establecer una mayor validez discriminante de la variable independencia-dependencia de campo.

Por otro lado, puede ser que la independencia-dependencia de campo es parte de otro constructo más amplio como la actividad (reestructuración) -pasividad- (dominado por el campo), que tiene más relación con la Cardiopatía Isquémica. En este sentido, podría formar parte del factor inteligencia que pudiera asociarse con la Cardiopatía Isquémica, hecho que es comprobado por las altas calificaciones de los isquémicos en el factor B del I6FP. Sin embargo la escala Ei-Eficacia Intelectual del CPI no discriminó a este grupo.

Al igual forma a como puede acertarse la posibilidad de que la independencia-dependencia de campo y la Personalidad Tipo A podrían referirse a dos dimensiones diferentes, el locus de control y la Personalidad Tipo A podrían también no tener nada en común, lo cual explicaría la debilidad discriminativa del constructo de locus de control en relación a la Cardiopatía Isquémica. Recordaremos que el locus de control es una variable actitudinal o de creencia. Representa las expectativas para el control interno o externo de reforzamiento y a un menor o mayor fatalismo en relación a la filosofía de la vida de los individuos. La concepción de locus de control como un predictor de competencia e independencia es la que, por otro lado, parece congeniar con los constructos de la independencia-dependencia de campo y la Personalidad Tipo A. Pudiera ser, que en efecto la independencia tiene una baja correlación con la Personalidad Tipo A, aunque por los otros descriptores de la personalidad, se pensaría en la independencia por asociación. El constructo de locus de control investiga si

el individuo depende más de sí mismo o de su ambiente y su sensibilidad a apuntes internos mientras que el comportamiento Tipo A con sus tres componentes básicos de competitividad, hostilidad e impaciencia se refiere más a apuntes externos. Al no compartir características comunes con la Personalidad Tipo A, el locus de control dejaría de tener un poder discriminativo significativo del grupo isquémico.

Sin embargo, ésto no parece ser el caso. La dimensión de locus de control representa el control que uno percibe tener sobre la construcción y mantenimiento de las contingencias ambientales como son los premios y los castigos (Rotter, 1966). Esto es consistente con el descriptor dominante asociado a la Personalidad Tipo A y comprobado en relación a los isquémicos en el presente estudio, en cuanto a sus implicaciones de control. Por otro lado, el calificativo dominante podría estar refiriendo a la esfera social mientras que el locus de control se refiere a un control que emana desde el interior sin tanto énfasis en los referentes externos. La característica más básica de los individuos internos es su mayor esfuerzo para dominar su ambiente.

En base a la teoría de aprendizaje social, el locus de control interno o externo se refiere al grado en que un individuo siente que sus reforzamientos son contingentes en sus acciones (Lefcourt, 1966; Rotter, 1966). En cambio, la conducta Tipo A se opera independientemente de los reforzamientos consecuentes.

Un control interno está asociado con una adquisición y

retención superior de información personalmente relevante (Seeman, 1963; Seeman y Evans, 1962) que posteriormente conlleva a los reforzamientos, en tanto que la persona Tipo A no se ocupa por separar lo esencial de lo accesorio. Se ocupa simultáneamente de tantas metas y actividades que el significado de una pierde sentido. No sabe en realidad que información es personalmente relevante. Pierde de vista lo que es esencial.

Por otro lado, la teoría y la investigación han enfatizado el control interno como el modo más efectivo de funcionamiento (Lefcourt, 1966), y el más deseable desde los puntos de vista social y personal. La Revisión de la Literatura de este trabajo abunda con ejemplos. Sin embargo, la conducta Tipo A hipotetizada a estar relacionada con el locus de control interno, no es necesariamente un modo efectivo de funcionamiento. Por ejemplo, el locus de control interno se refiere a logros mientras que el individuo Tipo A no necesariamente logra sus metas por las cuales lucha crónicamente hasta llegar al agotamiento. Por otro lado los individuos con un locus de control interno sienten una mayor satisfacción en el área laboral (Organ y Greene, 1974), la cual no caracteriza al isquémico, Tipo A, quien parece nunca satisfacerse. La orientación externa asociada con mecanismos de enfrentación menos adaptativos que la orientación interna (Kish, Solberg y Vecker, 1971), aunque por ellos pudiera asemejarse a la conducta Tipo A, contrapone la actividad incesante, no fatalista del individuo Tipo A.

De allí que la dificultad con que uno enfrenta al tratar de

establecer una hipótesis de locus de control interno o externo en relación a la Cardiopatía Isquémica, versa acerca de la falta de relación entre las dos variables.

Quizá la diferencia más potente entre la medida I-E y la personalidad Tipo A es que la medida I-E es una variable de expectativa en vez de una variable motivacional como el comportamiento Tipo A, determinado por el cumplimiento de metas. Por otra parte, ha sido un tema controversial el hecho de que el locus de control sea un constructo motivacional, situacional o tiene que ver con la personalidad, como se dió a ver en la Revisión de la Literatura de este trabajo. Ciertamente, esta confusión pudiera explicar la naturaleza de los resultados aquí sometidos a discusión.

Puede ser también que las expectativas determinadas en función de la edad intervinieron en el hecho de que la variable locus de control no definió el grupo de los isquémicos de modo particular. Por ejemplo, las personas jóvenes pudieron ser más sensibles que las personas mayores a las influencias culturales en sus percepciones del control interno-externo, dado que son más lábiles, menos integrados en la sociedad y más susceptibles a sus abreacciones actuales. Por otro lado, el deterioro bio-psico-social progresivo de las personas mayores de edad, pudiera generar por necesidad un locus de control externo.

Distintas variables culturales influyen en las creencias de locus de control interno-externo a diferentes edades. Así, los factores culturales que afectan el locus de control percibido a

diferentes edades y para los dos sexos, contemplado en la Revisión de la Literatura, pueden también no afectar la relación entre el comportamiento Tipo A y la Cardiopatía Isquémica o sí afectar a esta relación y a la relación entre el locus de control y la Cardiopatía Isquémica de modo diferente. Esto queda por investigar.

Finalmente, puede ser que la medida de locus de control no sea la adecuada para estimar a otras características además de las tradicionalmente conocidas, en relación al perfil de la Personalidad asociado a la propensión a la Cardiopatía Isquémica, además de por lo que se ha dicho hasta aquí, porque la escala de locus control tiene demasiadas limitaciones que oscurecen su poder discriminativo del grupo isquémico. Con respecto a la posibilidad de que sea una medida inapropiada, para designar características a la Cardiopatía Isquémica, Wennerholm y Larie (1976) no hallaron que pacientes con padecimientos psicósomáticos como la hipertensión tenían un locus de control más interno. De hecho los sujetos en los tres grupos que integraron a su estudio, pacientes con padecimientos psicósomáticos como la hipertensión arterial, pacientes sin padecimientos psicósomáticos con hipertensión secundaria a una causa física conocida y un grupo control sano, no se distinguían en locus de control. Con respecto a las limitaciones de la escala, haré las siguientes observaciones.

Refiriéndome ahora a las limitaciones potenciales de la Prueba AB, habría que mencionar la multidimensionalidad que

determina la expectativa para el control sobre las consecuencias de acción, comprobada por algunos (Collins, 1974; Gurin, Lao, Beattie, 1969; James y Shepel, 1973; Levenson, 1973; Mirels, 1970; Reid y Ware, 1973). Es decir, según las confirmaciones de estos autores, el locus de control no define simplemente la creencia en el control personal versus extrapersonal sobre las consecuencias del comportamiento de las acciones. Originalmente, el locus de control se concibió como un determinante de la expectativa para premio (James y Rotter, 1958; Phares, 1957). Rotter (1975) reconoció qué argumentos pudieron surgir acerca de la multidimensionalidad de la escala, pero advirtió a los investigadores que su propósito no fue el hacer la Prueba la medida más fina de predicción. Asumió una tendencia para personas a ser internas o externas con respecto a muchas clases de eventos. Rotter, (1966) y sus co-trabajadores relacionaron la escala de control personal con conceptos tales como el conocimiento de enfermedad por parte de los pacientes y el estatus socioeconómico (Lefcourt, 1966). Wolk (1975), postuló que la escala contiene ítems que detectan la expectativa del control en diferentes dominios como el socio político y el académico. Dependiendo de cual autor se lee, el concepto de locus de control puede ser dicotomizado o tricotomizado en dimensiones como el control sobre el destino personal, la creencia en otros poderosos, la creencia en un mundo justo, la creencia en un mundo difícil, la creencia en un mundo predecible y la creencia en un mundo políticamente respondiente, por ejemplo. Cada una de las conceptualizaciones ha sostenido que la

expectativa del control debe ser subdividido en varias dimensiones. Se ha relacionado la variable de locus de control con muchas otras variables de la Personalidad y del comportamiento (Joe, 1971; Lefcourt, 1972; Throop y MacDonald, 1971). Incluso, la multidimensionalidad de la escala podría complicar la relación entre el locus de control y las preferencias para actividades que requieren destreza o que dependen del azar para su ejecución, mencionadas en el estudio de Schneider (1972). Las mismas preferencias para actividades cuya ejecución depende de la destreza o del azar han sido postuladas como medidas alternativas para el locus de control. Algunos advierten que aún no se ha relacionado la escala de locus de control y las preferencias para un determinado tipo de actividad a otros constructos como son las medidas de la efectividad. El dominio del concepto de locus de control se ha ampliado para incluir los efectos cognoscitivos del más alto orden (DuCette y Wolk, 1973) como la motivación hacia el logro (Wolk y DuCette, 1971) y las propiedades moderadoras en los contextos del logro motivacional (Wolk y DuCette, 1973). Cada dimensión expone las percepciones y expectativas individuales, además de que permite hacer predicciones diferenciales con respecto a otras actitudes y comportamientos (Wolk, 1975). En este sentido, Hersch y Scheibe (1967) dicen que la formulación teórica de que el locus de control percibido es un constructo unidimensional y bipolar (la expectativa generalizada de un individuo para reforzamiento es interno o externo), es muy simplista, debido a la diversidad de significados que tiene el control externo. Los

resultados de otros estudios sin embargo, validan la habilidad de la escala para discriminar entre personas con un locus de control interno o externo (Crowne y Liverant, 1963; Liverant y Scodel, 1960; Rotter y Mulry, 1965).

Los estudios de análisis factorial que emplean sujetos niños (Kendall, 1978) y adultos (Levenson, 1973) apoyan una conceptualización multidimensional del constructo de locus de control. Según los resultados de éstos, el locus de control refleja las diferencias relevantes a la situación en que se encuentran los niños. Esta podría repercutir en respuestas inmediatas ante la escala, índice del estado del niño, como también podrían ser índices de una disposición estable, cosa que hablaría de un rasgo. Quizá el calificativo de estado o rasgo para el locus de control particular es lo que oscurece la función discriminante de la variable en relación a la Cardiopatía Isquémica, a través de su asociación con la Personalidad Tipo A que pudiera o no ser un estado o un rasgo.

Levenson (1972) indicó que la definición de control externo como una expectativa derivada de una creencia en el destino, en el azar o en poderosos otros como controladores de reforzamiento, es demasiado amplia. Desarrolló tres escalas: Interno, Poderosos Otros y Azar, para medir la creencia en ser controlado por el azar separadamente de la de ser controlado por poderosos otros. Los individuos, según Levenson, que creen que el mundo no es ordenado (azar) piensan y se comportan diferentemente que los individuos

que creen que el mundo es ordenado, pero controlado por poderosos otros. En este último caso, la fuente de reforzamiento es más predecible y existe una potencial, por pequeña que sea, para un control personal. Los resultados de la investigación que empleó estas medidas (Levenson, 1972) demostró que los individuos que calificaron alto en la escala de azar, mostraron menos involucramiento en acción social y en la búsqueda de información que los calificadores altos en la escala de poderosos otros. Entonces, en algunas áreas de la experiencia, orientaciones de azar y las de poderosos otros representan creencias diferentes y no deberían de estar agrupadas juntos bajo el mismo encabezado general de control externo.

Otro factor semejante se refiere al control experimentado en forma personal y el que se determina por las creencias que se relacionan con lo político o con las convicciones ideológicas de tipo político (Berggren, 1977). A este respecto, Schneider y Parsons (1970) han desarrollado cinco subescalas para la Prueba AB de Rotter que consisten de: Suerte, Política, Respeto, Académica y Liderazgo.

Gurin, Gurin, Lao y Beattie (1969); Lao (1970); Mirrels (1970) y Schneider y Parsons (1970) mencionan que el involucramiento en la acción social puede estar relacionado con algunos de los múltiples factores o subcategorías presentes en la escala de locus de control. Gurin, Gurin, Lao y Beattie (1969) distinguieron entre un locus de control percibido como se aplica al yo directamente y como una percepción de una condición social general,

no necesariamente personal.

Otra de las limitaciones de la Prueba AB que puede explicar el hecho de que la variable locus de control no discriminó al grupo de isquémicos, se refleja en la crítica que se ha hecho acerca de que las calificaciones han mostrado una relación consistente y significativa con el responder de una manera socialmente deseable y con la negación de psicopatología (Altrocchi, Palmer y Davis, 1968; Cone, 1971; Feather, 1967; Gold, 1968; Goss y Morosko, 1970; Joe, 1971 y Lefcourt y Wine, 1969). Esto pudiera atribuirse en parte, a que los ítems confunden la causación personal, social, política e ideológica (Gurin, Gurin, Lao y Beattie, 1969; Hjelle y Fink, 1974; Silvern y Nakamura, 1971; Thomas, 1970). Sin embargo, otros autores dicen que las correlaciones entre el constructo de locus de control y la deseabilidad social eran moderadas (Strickland, 1980). En general, ha habido una validación de constructo extensiva, en situaciones de laboratorio y de campo (Lefcourt, 1976; Phares, 1976; Rotter, 1975 y Strickland, 1977). Kendall (1978) afirma que el concepto de locus de control no está relacionado con la deseabilidad social.

Otro de los elementos a ser apuntados respecto a una limitación potencial de la Prueba AB es que el formato de la escala Rotter de elección forzada ha sido identificado como una fuente de conflicto fenomenológico (Sanger y Alker, 1972), como una seguridad contra el perjuicio de respuesta (Rotter, 1966) y como una aproximación al tipo de decisiones requeridas en el mundo

real (Tuler, Gatz y Keenan, sin fecha). Esto pudiera considerarse como una confirmación de los resultados inconsistentes del análisis factorial (Kleiber, Veldman y Menaker, 1973).

Algunos estudios han mostrado que el formato de elección forzada origina algunos resultados comparables y otros disimilares (Collins, 1974; Kleiber et al., 1973; Klockars y Varnum, 1975). Por lo mismo, Kleiber et al (1973) y Klockars y Varnum (1975) cuestionaron si pares de alternativas son bipolares. Razonaron que si pares de frases internas y externas de un ítem dado, son opuestos, entonces deberían de correlacionarse negativamente entre sí y ambos deberían de cargarse en el mismo factor con signos opuestos. No se apoyó ninguna de las dos conclusiones. Los autores citados hallaron que los pares de ítems no son bipolares. Sugirieron, a propósito de la discusión anterior acerca de la multidimensionalidad de la escala, que en la mayoría de los ítems, el que contesta escoge entre subescalas diferentes, así como entre atribuciones internas y externas de control. La correlación promedio entre un par de ítems era .17 y el rango era +.14 a -.47 (Kleiber et al, 1973). Las correlaciones ítem por ítem, reportadas por Klockers y Varnum (1975) eran similares. Ellos reportaron una correlación promedio de .15 con un rango de +.00 a -.46, y los mismos dos ítems representaron las partes finales del rango. Collins (1974) factorizó 46 frases por separado y halló que las alternativas se cargaron en factores diferentes. Además, examinó si las contestaciones al formato Likert de 46 ítems, se aproximaron a las calificaciones obtenidas del formato que contiene 23 ítems (La Escala de Rotter).

Collins pensó que si así fuera, se podrían generalizar los resultados del análisis factorial a la escala de Rotter de elección forzada. Calificó ambos formatos para externalidad y halló una correlación de .82 entre ellos, lo que sugiere que ambos estaban midiendo el mismo constructo.

El estudio de Gatz y Good (1978) intentó replicar, resolver y extender los hallazgos de estos estudios previos y explorar las implicaciones de los resultados. Para tales fines, estos autores presentaron la escala de Rotter en dos formatos diferentes a 294 estudiantes universitarios en la University of Maryland. El Formato A era la escala de elección forzada tradicional que consta de 23 ítems. Además de escoger una alternativa a ó b, se les pidió a los alumnos que valoraran en una escala de tres puntos (no conflicto, conflicto ligero y mucho conflicto) el grado de conflicto que experimentaron ante el tener que escoger cual de dos alternativas era la más cierta. El Formato B era una lista de 46 alternativas separadas anotadas al azar. Se les pidió a los alumnos que dijeran el porcentaje con que estaba de acuerdo con cada frase. Posteriormente, los autores exploraron el grado de concordancia entre el formato de 23 ítems de elección forzada y el formato de 46 ítems de alternativas por separado. Se utilizó el criterio siguiente: a) la correlación entre pares de alternativas (Kleiber et al, 1973; Klockars y Varnum, 1975); b) la concordancia entre la calificación interno-externo obtenida en el formato de elección forzada, y el endorsamiento de ítems internos o externos por separado y c) la correlación entre las calificaciones de interna-

lidad-externalidad obtenidas de los dos formatos (Collins, 1974). Los autores Gatz y Good (1978) también relacionaron la concordancia entre los dos formatos con el sentido de conflicto que el individuo experimentaba acerca del ítem en el formato de elección forzada (Sanger y Alker, 1972).

Con respecto a las correlaciones entre los pares de alternativas, Gatz y Good (1978) correlacionaron el porcentaje con que cada alternativa externa fue endorsada con el porcentaje con que cada alternativa interna correspondiente, fue endorsada. Si los pares de ítems fueron bipolares como anteriormente se mencionó, los autores hallarían correlaciones negativas altas entre ellos. Pero, observaron correlaciones dentro de un rango de $+0.10$ a -0.38 . Estos resultados son semejantes a aquellos previamente reportados (Kleiber et al, 1973; Klockars y Varnum, 1975), y sugieren una vez más que los pares de ítems no son bipolares.

En lo que toca a la correspondencia entre la calificación interna-externa obtenida del formato de elección forzada y del formato en el que se endorsa las alternativas internas y externas por separado, se examinó la diferencia en el porcentaje con que el sujeto expresó acuerdo con los ítems internos o externos en el formato de elección forzada, con el porcentaje con que endorsó ítems internos o externos en el formato de endorsamiento de alternativas por separado. La elección del ítem del formato de elección forzada acordó un 70.7% del tiempo con la alternativa escogida del formato de alternativas por separado.

Entre menos similar fue la valoración del sujeto acerca de las alternativas internas y externas, más probable era que la alternativa que fue estimada con un valor más alto, fuera seleccionada en el formato de elección forzada. El nivel de conflicto experimentado por el sujeto en cuanto a la toma de decisión para el endorsamiento de ítems internos o externos en el formato de elección forzada, era reportado por los sujetos mismos como mayor, cuando las respuestas ante los dos formatos no concordaban. Al asemejarse más las respuestas de los dos formatos, el conflicto era menor. Otro hecho importante es que la percepción que tenían los sujetos acerca de la dificultad en responder al formato de elección forzada, concordió bien con índices objetivos de la dificultad e inconsistencia relacionados al mismo.

En lo que respecta a la correlación entre los dos formatos, de igual modo a como se manifestó el acuerdo ítem por ítem, los dos formatos se encontraban relacionados. Hubo una correlación de .70 entre las calificaciones obtenidas de ambos formatos. Aunque esta cifra es menor que el resultado de Collins, está todavía dentro del rango de confiabilidad estimada en relación a la escala de Rotter.

Las respuestas ante el formato de alternativas por separado resultaron ser más internas que las que fueron hechas ante el formato de elección forzada. Aunque Rotter piensa que la deseabilidad social influye en las calificaciones obtenidas del formato de elección no forzada, la alta correlación entre los dos formatos

sugiere que su influencia es consistente a través de los individuos .

En resumen, los pares de items no son bipolares, y aunque el formato de alternativas por separado rinde una calificación más interna, ambos formatos a consideración miden la misma cosa. Entonces, Kleiber et al, y Klockars y Varnum estaban en lo correcto. También Collins tenía razón.

Uno de los modos en que Gatz y Good (1978) integraron los dos conjuntos de resultados presentados arriba, era demostrar vía el análisis factorial como fue hecho en los tres estudios previos, que los pares de items representan factores diferentes. Pero, tal solución explicaría las correlaciones bajas entre las alternativas externas e internas, pero ignoraría el alto índice de acuerdo entre los dos formatos. Tomando esto en cuenta, Gatz y Good hablan en favor de un modelo integrativo, alternativo que dicta que el responder de una manera interna y el responder de una manera externa, son independientes. De este modo, un individuo pudiera ser internamente interno y externo, a la vez. Por ejemplo, pudiera endosar algunas de las siguientes frases: "La escuela es un lugar injusto pero hice lo que tenía que hacer y obtuve mi título". -respuesta alta en internalidad y en externalidad. "Yo fui totalmente responsable. Nadie era más responsable con la excepción de mi". -respuesta altamente interna y baja en externalidad. "Pensé que la maestra me perseguía a mi". -respuesta que refleja una baja internalidad y una alta externalidad. "No planeé por ello. Me

encontré involucrado en ello". -respuesta baja en internalidad y en externalidad. Los patrones altos en externalidad y en internalidad y alto en externalidad pero baja en internalidad, son conceptualmente semejantes al "externo defensivo" y al "externo pasivo", identificados previamente por Rotter (1975).

Las bajas correlaciones entre los pares de alternativas sugieren que se pudo identificar cuatro tipos de individuos con respecto a internalidad y externalidad. Además, dado que los sujetos respondieron en forma consistente a través de los items, su calificación representaría una balanza relativamente estable y los dos formatos concordarían en cuanto a respuestas. Efectivamente, Gatz y Good hallaron que las escalas interno y externo eran esencialmente independientes. Sin embargo, cada calificación obtenida de los dos formatos en cuestión, estaba relacionada con la calificación total. La calificación externa correlacionó .56 con la calificación de internalidad - externalidad procedente del formato de elección forzada y .64 con la misma calificación procedente del formato de alternativas separadas. La calificación interna correlacionó -.39 con la calificación de internalidad - externalidad procedente del formato de elección forzada y -.60 con la misma calificación procedente del formato de alternativas separadas.

Entonces, el locus de control se compone de atribuciones internas y externas independientes, la una de la otra. La Escala de Internalidad - Externalidad sería entonces una escala de balanza.

Gatz y Good repitieron los análisis correlacionales para ambas escalas para diferentes grupos distintos en cuanto a sexo y raza. A este respecto, Nunnally (1968) anota que la discrepancia en los parámetros de población como son el sexo, la raza y la edad, podría explicar una porción de la varianza, cuando ésta se presenta. Gatz y Good hallaron que para varones y mujeres, por separado, los resultados correlacionales eran los mismos que para un grupo total. Asimismo, las escalas interno-externo eran independientes. Para los sujetos blancos, las escalas interno-externo se correlacionaron $-.11$, una relación no significativa. En contraste, para sujetos minoritarios (Negros, Hispanos, Americano-Asiáticos y Americanos-Indios), las escalas interno-externo correlacionaron $.49$. En este sentido; Gurin, Gurin, Luo y Beattie (1969), demostraron que la externalidad en relación a las creencias de estudiantes negros acerca de la causa de la discriminación racial, se asociaba con comportamientos más efectivos. Por otro lado, el control personal y la culpa individual no estaban relacionados en esta población. Estos resultados del estudio de Gatz y Good sugieren que la internalidad y la externalidad están relacionadas y que dos puntos de vista caracterizan a los estudiantes minoritarios. Uno es afirmar que el sistema es injusto, pero al mismo tiempo tomar una responsabilidad personal para la mejoría de condiciones. El punto de vista alternativo es no estar de acuerdo con las atribuciones causales internas o externas.

A este respecto, las conceptualizaciones relacionadas a la multidimensionalidad de la escala locus de control no incluyen los

factores sociopsicológicos asociados a varias poblaciones, en la estructuración factorial. Dado que el locus de control es una variable de expectativa sociopsicológica, es indispensable señalar la naturaleza exacta de los comportamientos asociados con ella y de los efectos más complejos que las condiciones ambientales tienen en este comportamiento (Wolk y DuCette, 1974). Las diversas concepciones de la estructura factorial del constructo de locus de control, no reflejan una generalizabilidad de estos factores a través de las poblaciones. Es indispensable investigar la intervención de los factores sociopsicológicos en la población Mexicana que interviene en la relación entre locus de control y la Cardiopatía Isquémica. Varios investigadores han asumido la generalizabilidad referida sin tener una verificación empírica. Wolk y Hardy (1975) intentan obtener esta verificación.

Wolk (1975) emplea un método supuestamente válido de análisis factorial para detectar la constancia de la estructura factorial de la escala de locus de control, en muestras selectivas de una población, controlando algunos parámetros de esta población, manteniéndolos constantes o variándolos sistemáticamente (por ejemplo, raza y curriculum profesional: estudiantes mujeres de enfermería de raza negra, estudiantes mujeres de enfermería de raza blanca, estudiantes mujeres de educación de raza blanca, estudiantes mujeres de psicología). Estas últimas estudiantes venían del estudio de Mirels del cual fueron reportados los

datos de análisis factorial por el sexo. Eran alumnas de Ohio State University. Se incluyó esta muestra con sus datos factoriales en el estudio de Wolk y Hardy (1975) para poder comparar la consistencia entre una estructura factorial citada previamente y otra u otras obtenidas de las muestras en cuestión.

Wolk y Hardy administraron a todos los sujetos la escala de internalidad - externalidad y hallaron que no ponen de manifiesto los factores con una identidad clara, a través de las subpoblaciones. Concluyeron que ninguno de los factores era excepcionalmente potente ya que ninguno de los análisis realizados explicaba una varianza significativa para la población en cuestión. Los mismos autores reconocen que es raro obtener factores puros. Esto era el caso con las cargas factoriales que se dieron en el estudio de Mirels (1970), por ejemplo aunque la escala sí contiene ítems que detectan la expectativa de control en diferentes dominios. Por ejemplo, el área sociopolítica se refiere a los ítems 3, 12, 17, 22 y 29 y el área académica a los ítems 5, 10 y 23. Sería de esperarse en estos casos, que tales conjuntos de ítems se cargarían juntos en el mismo factor, como ha sido tentativamente postulado por Gurin, Gurin, Lao y Beattie (1969) y por Reid y Ware (1973).

En relación a la consistencia de la estructura factorial entre las muestras en el estudio de Wolk y Hardy (1975), los autores reportaron los índices de concordancia factorial entre las muestras. Uno esperaría que los factores puros o distintos

concordarían con un factor correspondiente, fuertemente y con un factor ajeno, débilmente. Dado que las cuatro muestras eran homogéneas con respecto a sexo y que diferían en cuanto a raza o programa educativo únicamente, uno esperaría que las estructuras factoriales no diferirían sustancialmente. Uno esperaría un nivel moderadamente alto de acuerdo entre varios de los factores de las muestras.

Hechas todas las comparaciones posibles, hubo un grado bajo a moderado de consistencia entre los factores obtenidos en cada muestra. Muestras que pudieron haber correspondido en un alto grado (por ejemplo, la de enfermeras blancas y negras), no correspondían.

Por otra parte, los análisis no apoyaron la existencia de varios factores identificables. Además, los factores que sí fueron obtenidos eran muy débiles en variancia y no eran consistentes entre los grupos, como anteriormente se mencionó.

Wolk y Hardy (1975) reconocen la validez de las sugerencias propuestas por Gorsuch (1974). Estas giran alrededor del hecho de que los análisis factoriales alternativos sean considerados. Estos incluyen los procedimientos de rotación que pudieron dar lugar a una identificación más clara de los factores generalizados y específicos y otras técnicas en aparear los factores entre los grupos.

Parece ser que las suposiciones hechas en investigaciones

previas acerca de un significado común del constructo de locus de control en varias poblaciones, no es verificable. Este hecho for talece la suposición mencionada de que los factores culturales obstaculizan la relación entre el locus de control y la Cardiopatía Isquémica.

Una revisión de la literatura sugiere que el argumento en favor de la multidimensionalidad de la escala de locus de control a través de grupos, se apoya en tres condiciones: 1. la derivación de factores claramente definidos a través de diversas poblaciones, 2. la reunión de los items alrededor de estos factores en función de algún criterio teóricamente significativo, como es el contenido de los items y 3. la consistencia de los factores definibles a través de las poblaciones (Wolk, 1975). A consecuencia del estudio realizado (Wolk y Hardy, 1975), Wolk (1975) no apoya estas condiciones o el concepto de multidimensionalidad.

De allí, surge una duda con respecto a si muchos factores determinan la expectativa para control o uno general, como postuló Phares (1968) en la concepción inicial de la teoría e investigación asociada.

Los investigadores que han tratado de establecer la validez predictiva de la variable de locus de control, han detectado que el locus de control es un rasgo generalizado que se evidencia a sí mismo en una manera constante a través de situaciones en la medición y predictibilidad de actitudes y comportamientos. En

contraste con este modo de pensar, Hamid y Flay (1974) ponen de manifiesto que la calificación de internalidad-externalidad de un individuo cambia cada día o al menos, en puntos significativos del ciclo vital. Lo anterior es inconsistente con las afirmaciones que tratan la estabilidad del constructo, así como su confiabilidad. Este hecho pudo haber influido en el hecho de que el locus de control no discriminó al grupo de isquémicos. No obstante, este pensar no es inconsistente con la teoría básica de locus de control o con el razonamiento atrás del constructo (Rotter, 1954, 1966; Hersch y Scheibe, 1967). Originalmente, se concibió al locus de control como dependiente de la experiencia pasada del individuo. Entonces, sigue que si esta experiencia pasada se modifica o si se añade algo a ella en un modo significativo, el locus de control podría cambiar.

En función de los resultados de Welk y Hardy (1975) y de la inconsistencia que ha surgido de investigaciones previas que tienen que ver con el análisis factorial, uno se pregunta si la escala pone en evidencia la naturaleza generalizada del constructo de locus de control. La contestación sería negativa. Si fuera positiva, uno podría predecir que el análisis factorial repetido de la escala original demostraría una estructura factorial más específica y consistente. Tal estructura factorial sería fuerte y la expectativa generalizada para el control, junto con otros factores más débiles (control sociopolítico o académico, por ejemplo), sería identificable a través de diferentes muestras. Este patrón es

altamente inconsistente con los datos factoriales del estudio de Wolk y Hardy (1975), por ejemplo.

Finalmente, para defender la uni ó la multidimensionalidad de la escala habría que especificar la dimensionalidad en cuestión, en varias subpoblaciones (Wolk, 1975), incluyendo la mexicana y la población cardiópata, y para los propósitos de esta investigación, determinar su relación con la Personalidad Tipo A.

La investigación reciente sugiere que el perjuicio de rol sexual puede estar operando en la escala de Rotter, hecho a que se aludió anteriormente. Las diferencias sexuales en el modo de contestar ante la escala pudieran dar lugar a un predicción limitada (Strickland, 1980), en cuanto al funcionamiento del individuo. Strickland (1980) mostró que los hombres se diferencian de las mujeres en la frecuencia con que endosaron ocho ítems de la escala. Nowicki (1973) pidió a universitarios que completaran la escala Rotter como si fueran super hombres o super mujeres. Emergieron algunas diferencias sexuales. Los individuos que se presentaron como masculinos, obtuvieron calificaciones altamente internas. Los sujetos que se presentaron como femeninos calificaron en un dirección externa. Hochreich (1975) replicó estos resultados, así como Bergsma y Bergsma (1978) también. Joe (1971) afirma que las mujeres son más externas que los varones y Gatz y Good (1978) comprueban que no es que los varones sean menos externos que las mujeres, pero sí son más internos que las mujeres. Además, Heckel y Mooney (1973) hallaron que los hombres tienden a atribuir las

respuestas internas-externas parecidas a los suyos, a otras personas. Heckel, et al., hallaron que entre más alta era la escolaridad de la mujer o más grande en edad era el varón, éstos atribuían una mayor internalidad que externalidad a los demás.

No obstante, Abramson, Schuldermann y Schuldermann (1973); Joe y Jahn, (1975); Mirels (1970); Viney (1974) y MacDonald y Tseng (1971) reportaron que no existían diferencias sexuales en las respuestas ante la escala de locus de control, o que habían discrepancias menores entre sujetos hombres y mujeres.

Johnson y Kilmann (sin fecha) afirman que las diferencias en la dirección que toma el locus de control en mujeres en relación a sus habilidades para la resolución de problemas, podría ser un reflejo de perjuicio cultural. En este caso, tradicional mente, no se ha esperado que las mujeres podrían demostrar tanta eficiencia o competencia en la resolución de los problemas como los hombres. Este punto fue elaborado en la sección de este trabajo que trata la Revisión de la Literatura.

Puesto que las calificaciones totales de internalidad-externalidad para cada sexo, se derivan de un endorsamiento diferencial de los ítems, es imperativo que los investigadores que utilizan la escala, la analicen en función de los dos sexos, independientemente. A un nivel más básico, los investigadores podrían desarrollar instrumentos para la medición de internalidad-externalidad, que eliminarían el efecto del perjuicio del rol sexual en la respuesta.

Podrían hacer que los aspectos de la escala diferentes para hombres y mujeres sean calificados diferencialmente (Strickland, 1980).

Otra posible fuente de limitación para la confiabilidad del instrumento que mide el locus de control, es el factor edad como ya se mencionó. Esta variable aún sigue siendo muy controvertida en su efecto en el locus de control de diferentes personas. Se ha precedido teórica y empíricamente que todas las personas llegan a ser más internas con la edad (Nowicki y Strickland, 1973; Nowicki y Duke, 1974; Penk, 1969).

A este respecto, Lao (1976) investigó si la internalidad-externalidad tiene un significado diferente para sujetos mayores. Quiso verificar si la dimensión de locus de control está relacionada a la edad. Averiguó si las variables positivamente relacionadas con la internalidad como clase socioeconómica (Battle y Rotter, 1963; Gruen y Ottlinger, 1967), nivel escolar (Wallis y Miller, 1970), una más alta confianza en uno mismo (Lao, 1970) y un mayor involucramiento en la acción social (Gore y Rotter, 1963; Lao, 1970; Strickland, 1965) para sujetos niños hasta sujetos universitarios, serían también asociados con ella cuando se trataba de sujetos de una edad mayor a los ya considerados, y si la edad incrementada estaba asociada con el locus de control.

En un intento diseñado para ver si la edad incrementada está asociada con una mayor internalidad, se analizaron a 110 sujetos, varones universitarios de North Carolina y sus madres y padres (107 madres y 95 padres). Los sujetos universitarios

terminaron la escala I-E de Rotter, así como sus padres, dos meses después. Tanto los universitarios como sus padres terminaron un cuestionario que trataba sus antecedentes. Se les pidió a los padres información acerca de su edad, nivel educativo, ingreso, satisfacción laboral y una valoración de su habilidad y grado de involucramiento en asuntos comunitarios.

Los resultados indicaron que las madres y los padres no diferían significativamente entre sí en sus calificaciones I-E. Este último no concuerda con el hecho de que la mujer llega a ser más externa con la edad, que el hombre (Wolfe, 1974). Wolfe (1974) ha observado una mayor externalidad en las mujeres de edad media, aunque las mujeres y los varones universitarios endorsan internalidad o externalidad por igual. Sugirió que el cambio de una mujer dirigida hacia una carrera de ama de casa, con un componente fuerte de dependencia percibida, contribuye sustancialmente a este cambio. Se pudiera explicar los resultados de Lao, apenas citados, en base al hecho de que los padres participantes en el estudio, así como las madres, tenían alrededor de 40 años. Estaban aún en el pico de su competencia y destreza, por lo que mostraban una internalidad mayor. Esto es con sistente con los hallazgos de Lao, (1974) acerca del desarrollo del concepto I-E. También los resultados de Lao pudieron ser explicados en base al hecho de que la población está llegando a ser más externa conforme pasan los años (Rotter, Chance y Phares, 1972). Dado que el concepto de Rotter de locus de control cae

dentro del modelo de aprendizaje social y su evolución (Duke, Shaheen y Nowicki, 1974), se esperaría que los hijos fueran más externos que sus padres (Lao, 1976). En este sentido, en contraste con lo que mencionó Wolfe, Abrahamowitz (1973) ha notado un incremento en la dirección externa entre alumnos norteamericanos de edad universitaria. Lefcourt, (1974) ha hecho la misma observación en relación a alumnos universitarios canadienses.

Siguiendo la línea de pensamiento arriba expuesta y en relación con lo que decían Nowicki y Strickland (1973) y Nowicki y Duke (1974), los resultados de Duke, Shaheen y Nowicki (1974) comprueban que el grupo geriátrico no es más externo que un grupo de personas más jóvenes de adultos, sino es más interno. Pero, cabe la posibilidad de que el locus de control de los sujetos en el estudio de Duke et al. (1974) haya sido medido cuando eran jóvenes, y que haya sido más interno que en la actualidad, cuando fue realizado el estudio de Duke, en cuestión. Si así fuera, la calificación actual de estos sujetos sería más externa. Para determinar cual de las explicaciones arriba mencionadas es más viable, habría que determinar el locus de control histórico.

Los resultados de otros estudios que han investigado el locus de control en sujetos mayores no confirman un decremento en la internalidad (Duke, Shaheen y Nowicki, 1974; Lao, 1974; Rykman, Malikioti, 1975; Shea, 1973). Lao (1976) replicó el estudio de Rykman (1976) quien utilizó una muestra nacional de los Estados Unidos y avaló que no ocurren decrementos significa-

tivos en la internalidad, en la gente mayor. La teoría de actividad es una alternativa que apoya los hallazgos de Duke, Shaheen y Nowicki, 1974). Duke confirmó que los sujetos mayores de edad, calificaron como los adultos de edad media y como los adultos jóvenes y la teoría implica que las personas mayores de edad tienen necesidades psicológicas y sociales semejantes a las de los individuos de edad media. Además, la teoría explica que el decremento en la interacción social de la gente mayor no es deseado por ella en sí. Aclara que el patrón óptimo es mantenerse involucrado en las actividades de la edad media y resistir las presiones del mundo social.

Volviendo al concepto de una mayor externalidad conforme avanza la edad (Wolfe, 1974; Chance y Phares, 1972), sería conveniente entenderlo desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje social. Según ésta, la relación entre el locus de control y la edad es curvilínea (Duke, 1974). Algunos estudios que tratan el tema de locus de control han comprobado que los individuos incrementan su sentido de control interno progresivamente, desde la niñez temprana hasta los años treinta (Lao, 1974; Milgram, 1971; Penk, 1969; Rykman y Malikiosi, 1975). Esto es comprensible si se toma en cuenta que el locus de control es determinado por la experiencia y que durante estos años, los individuos incrementan su competencia y tienen un sentimiento de mayor control. Si se sigue este razonamiento, conforme los individuos crecen a mayores edades y experimentan un decremento en su salud física, en su in-

greso, y en su estatus social, se esperaría una reducción en la competencia y un decremento en el control interno (Lao, 1976). Los teóricos del aprendizaje social postulan que conforme las personas envejecen, el grado en que pueden controlar lo que les pasa disminuye y los eventos están a cargo de otros.

Se puede aplicar a este dilema la teoría de desenganche, al considerar que una persona mayor de edad alcanza una etapa nueva en el desarrollo, caracterizada por relaciones alteradas y una interacción social disminuida. Las variables complejas operando sobre una persona mayor de edad dan lugar a la sensación que sus refuerzos son menos contingentes a su propio comportamiento, comparado con la situación que se suscitó en edades más tempranas. Se esperaría, entonces que los sujetos geriátricos serán más externos que los adultos de la edad media o más jóvenes.

Lao (1976) insiste que la escala de Rotter no mide el concepto básico de locus de control cuando se le administra a personas mayores de edad. Es posible que por ello la variable locus de control no fue determinante para los isquémicos, puesto que son de edades avanzadas. Los hallazgos de Lao (1976) y de otros (Duke, Shaheen y Nowicki, 1974; Shea, 1975), sugieren que el modelo de Rotter de aprendizaje social necesita ser cambiado para incluir la edad.

Los resultados de Lao también indicaron que las variables: nivel escolar, ingreso, frecuencia de asistencia a la iglesia, tamaño de la ubicación geográfica, satisfacción laboral y la

valoración de padres y madres, por separado, de su habilidad y grado de involucramiento con asuntos comunitarios, no estaban relacionadas con la I-E. La única excepción era que la internalidad estaba relacionada con el nivel escolar alto. Estos resultados apoyan los de Duke, Shaheen y Nowicki (1974) y de Shea (1973) que estipulan que la relación usual entre I-E y otras variables es vigente sólo para niños y adultos jóvenes y no pueden ser generalizados a sujetos mayores. Una explicación factible para lo anterior es que el significado y dinámica del locus de control son diferentes para personas mayores, como dijeron Duke, Shaheen y Nowicki, 1974). Una segunda explicación pudiera ser que el concepto de locus de control opera lo mismo para jóvenes que para mayores de edad, pero la escala I-E de Rotter no mide el concepto básico cuando es administrado a sujetos mayores. La primera explicación parece ser la más factible puesto que el estudio de Duke, Shaheen y Nowicki utilizó una escala diferente y los autores concluyeron que no había una relación significativa entre el locus de control y la distancia interpersonal.

Estos últimos autores intentaron detectar el locus de control en una muestra geriátrica y determinar si el modelo tomado de la teoría de aprendizaje social relacionado a la distancia interpersonal, es aplicable a personas mayores de edad, en la misma medida que a personas menores de edad. Se ha pensado que el locus de control juega un rol mediacional en las decisiones de distanciamiento interpersonal cuando un individuo posee poca experien

cia en lo referente a la interacción con un tipo dado de estímulo. Duke y Nowicki han hallado que los sujetos con un locus de control externo prefieren mayores distancias entre sí mismos y estímulos porque no tienen expectativas específicas en relación a los estímulos, en comparación con sujetos con un locus de control interno. Tolo, Graunigan y Murphy avalan lo anterior. Estos autores emplearon 66 mujeres entre las edades de 65 y 90, del sur de los Estados Unidos. Se les midió la orientación de locus de control mediante la forma revisada del Adult Nowicki-Strickland Locus of Control Scale (ANSIE) (Nowicki y Duke, 1972). Midieron la distancia personal con la Comfortable Interpersonal Distance Scale (CID).

Los sujetos preferían estar a mayores distancias de extraños en comparación con la gente que conocían. Pero no había diferencias entre personas con un locus de control interno y externo, lo cual no apoya los postulados del modelo de aprendizaje social para la distancia interpersonal. Parece ser que el locus de control no se relaciona con el distanciamiento entre sujetos mayores. De la misma manera, quizá no se relacione tampoco con la Personalidad Tipo A que se da en pacientes isquémicos mayores. No jugó un papel en el distanciamiento diferencial, lo que era sorprendente en vista de la comprobación de que el locus de control es una variable mediadora en lo referente a estímulos, ante los que el sujeto no tiene expectativas.

Duke, Shaheen y Nowicki apoyaron el hecho mencionado anteriormente; el significado y la dinámica del locus de control

son diferentes para sujetos mayores en comparación con sujetos niños o estudiantes universitarios.

Entonces, la mayoría de las variables que han sido relacionadas con la I-E quizá no son aplicables a sujetos mayores de edad puesto que los hallazgos que se relacionan con ellos se basan en estudios en que se ha empleado a personas jóvenes. Aún es necesario estudiar el significado y la dinámica del locus de control para personas mayores.

Habiendo revisado lo anterior con énfasis en el sexo y en la edad como parámetros de la población, se comprueba una vez más que las dimensiones de los factores particulares y su relación con el locus de control, no deberían de generalizarse a través de diferentes poblaciones, en este caso, las que representan la edad (Wilk, 1975), las cardiopatías y la población mexicana.

Ahora, refiriéndome a otro de los aspectos del concepto de locus de control que puede limitar la interpretación de los resultados de la escala, de no ser tomado en cuenta, mencionaré que la escala de internalidad-externalidad detecta la expectativa generalizada que concierne el control sobre eventos positivos como premios o la obtención de una meta y sobre las situaciones negativas como el castigo, que implican el escape o la evitación de un evento aversivo (Gregory, 1978).

En este sentido, Feather (1966) y Rotter, Seaman y Liverant,

(1962) hipotetizaron que el concepto de control interno-externo de reforzamiento puede ser usado para predecir un cambio en la expectativa subsecuente al fracaso. En relación a que el locus de control es una de las variables de personalidad, moderadora de eventos negativos de la vida, Gregory (1978) pensó originalmente que la Prueba AB es más predictiva de las situaciones de resultado negativo, o de las respuestas hechas para evitar eventos aversivos, que de las que están dirigidas a la obtención de metas positivas. Esta concepción contrasta con las definiciones de la Personalidad Tipo A que se asocia con la Cardiopatía Isquémica y pudiera ser la que determinó el hecho de que la variable locus de control no discriminó al grupo isquémico. Existen francas diferencias entre los sujetos con un locus de control externo e interno ante ambos tipos de situaciones que fueron tratadas en la sección de este trabajo correspondiente a la Revisión de la Literatura. Los resultados de los estudios realizados por Davis y Davis (1972) y por Efran (1963) tampoco confirmaron diferencias en la sensación de control entre sujetos internos y externos, para condiciones de éxito. Otros resultados de otros estudios han establecido diferencias entre personas con un locus de control interno y externo, cuando éstas están expuestas a situaciones que implican control sobre resultados negativos. Estos apoyan los resultados que personas con un locus de control interno sienten más control al evitar este tipo de situaciones que personas con un locus de control externo (Gore y Rotter, 1963; Houston, 1972; James, Woodruff y Werner, 1965; Lefcourt, Antrobus y Hogg, 1974; Lefcourt, Gronnerud y MacDonald, 1973; Lef-

court, Sordini y Sordini, 1974; Seeman, 1963; Seeman y Evan, 1962). Los resultados de estos últimos estudios no avalan la habilidad de la Prueba AB para discriminar entre internos y externos para resultados positivos.

Existen algunas complejidades que giran alrededor de la internalidad-externalidad en función de situaciones negativas y positivas que sirven como explicaciones de características personales alternativas o complementarias a las que se ha mencionado. Por ejemplo, los individuos pueden ser internos para resultados positivos, pero externos para resultados negativos. A este respecto, se ha hallado que mayores niveles de externalidad están asociados con la sensación de angustia ante el éxito (Thurber, 1970; Midgley y Abrams, 1974). Otro modo de expresar lo anterior sería en función de la externalidad para resultados negativos considerando el éxito en el contexto de la angustia, como un evento negativo. Lo referente a las diferencias sexuales en el locus de control, elaborado en la Revisión de la Literatura en este trabajo, incluye una discusión más completa acerca de esta cuestión. Los individuos que califican en una dirección externa pueden atribuir las experiencias no deseadas al azar o al destino, evitando así, por ejemplo, la responsabilidad personal para el éxito (Thurber, 1976).

En el contexto de la discusión anterior, varios investigadores mencionados en la Revisión de la Literatura de este trabajo, han señalado que los sujetos con un locus de control interno atienden más a los éxitos y que los sujetos con un locus de control

externo, atienden más a los fracasos, experimentándolos como amenazas (Efran 1963; Lefcourt, 1967; Phares, Ritchie y Davis, 1968). Es pertinente referirse a Lefcourt (1975)-movimientos adaptativos; Holmes (1975)-relaciones interpersonales; Gregory (1978); Cohen, Rothbart y Phillips (1976) e Hiroto (1974)-externalidad para resultados negativos en condiciones aversivas; Lefcourt (1973)-efectos deleterios de los eventos negativos sufridos en un estado de impotencia; Lefcourt (1975)-racionalización versus no empleo de defensas ante situaciones negativas en sujetos con un locus de control externo; Davis y Davis (1972), Phares (1971); Phares, Wilson y Klyver (1971)-insensibilidad de sujetos con un locus de control interno ante información adversa .

A pesar de la discusión anterior, existe evidencia que pone en duda las afirmaciones anteriores y que apunta hacia la capacidad de la prueba AB para discriminar en forma pareja la internalidad y la externalidad para las clases de eventos positivos y negativos. A este respecto, Phares, Ritchie, Davis (1968), cuyo estudio es comentado en la Revisión de la Literatura de esta tesis en otro contexto, reportaron que al ofrecer interpretaciones falsas de un prueba de personalidad, los individuos con un locus de control externo recordaron tanto las declaraciones interpretativas negativas como las positivas, más que los sujetos con un locus de control interno. Este resultado sugiere una diferencia entre sujetos internos y externos ante la influencia externa, pero no por la naturaleza negativa o positiva de los estímulos.

Finalmente, aunque la escala de Rotter ha sido modificada (Collins, 1974; Gurin, Gurin, Lao y Beattie, 1969; Reid y Ware, 1974) y nuevas escalas han sido desarrolladas (Levenson y Miller, 1976; Nowicki y Duke, 1974), incluyendo escalas para niños (Crandall, Katovsky y Crandall, 1965; Mischel, Zeiss y Zeiss, 1974; Nowicki y Strickland, 1973, Stephens y Delys, 1973), ha permanecido como el instrumento de selección para la mayoría de la investigación acerca de la internalidad-externalidad en adultos. Solo sería pertinente advertir que en vista del hecho de que algunos de los 23 ítems ya no se correlacionan con las calificaciones totales de la escala, habría que revisar la escala con el fin de ponerla al corriente, eliminando estos ítems.

Relaciones entre las variables Físicas y los Grupos Diagnósticos

Los resultados que se fundamentan en la prueba de χ^2 que señalan las relaciones entre cada variable y el grupo diagnóstico establecieron que entre los isquémicos e hipertensos, existen significativamente más hombres que en las otras dos categorías diagnósticas. Esto concuerda con los hallazgos señalados a lo largo de la literatura acerca de la Cardiopatía Isquémica, en relación a una mayor incidencia de cardiopatía isquémica entre hombres que entre mujeres en diferentes países (Abramov y Katner, 1953; Bengtsson, 1973). Sería interesante considerar a los países en que el rol de la mujer es relativamente más activa en cuanto al aporte económico y sus participación laboral profesional para contrastar el rol que desempeña

en países en que es más pasivo, a fin de establecer que tan mayor es la incidencia de la Cardiopatía Isquémica en hombres que en mujeres, en países en que la mujer sobresale por sus logros profesionales, comparado con la proporcionalidad establecida entre hombres y mujeres y la Cardiopatía Isquémica en países en que el rol de la mujer en la vida cotidiana se limite al hogar. La hipótesis sería que entre más "moderno" y menos "tradicional" sea un país, menor sería la diferencia en la frecuencia de Cardiopatía Isquémica entre hombres y mujeres.

El peso de las personas con Cardiopatía Isquémica es el más alto cuando se le compara con el de individuos que padecen Cardiopatía Reumática, Cardiopatía Congénita y Cardiopatía Hipertensiva. Este hallazgo y las relaciones más positivas que se dan entre la obesidad y la Cardiopatía Isquémica e Hipertensiva que entre la obesidad y la Cardiopatía Reumática y Congénita, concuerdan con lo que ha sido escrito respecto a que el sobrepeso es un factor de riesgo coronario.

Los isquémicos se caracterizan por ser de una mayor estatura que los individuos integrantes de los otros grupos diagnósticos, lo cual confirma el consenso mundial acerca de la asociación entre una talla alta y la Cardiopatía Isquémica. Sin embargo, su mayor peso de los isquémicos tendría que ser tomado en cuenta en la consideración de la importancia de la variable estatura. Es lógico que una persona más alta tendría un mayor peso que una persona más baja en estatura.

En resumen, los resultados obtenidos con respecto al sexo,

edad, estatura y peso confirman los reportes de otros investigadores acerca de la relación entre estos factores y la cardiopatía is quémica. Así, se encontró que la mayoría de los isquémicos eran va rones, tenían edades mayores de 50 años y muchos de ellos eran obe sos y de elevada estatura.

En cuanto a la asociación entre los hábitos de consumo de ta baco y alcohol y la cardiopatía isquémica, se corroboró la influen cia del primero, pero no del segundo, ya que los isquémicos mostra ron un consumo de tabaco muy alto comparado con el de los otros gru pos de pacientes. Todos los estudios toxicológicos y farmacológicos han demostrado que el único ingrediente fisiológicamente activo del tabaco es la nicotina. El contenido en nicotina de la planta del tabaco varía considerablemente con el clima de cada región y puede ser alterado por un cultivo selectivo, lo cual debe ser considerado en la revisión de la incidencia de la cardiopatía isquémica en personas que han vivido en otras localidades de México que no sea el D.F. Quizá, aunque haya un alto índice de tabaquismo entre personas de una determinada zona, los cigarrillos de esta zona no contie nen mucha nicotina y por lo tanto no producen una alta incidencia de cardiopatía isquémica en esta zona.

No debemos de perder de vista en nuestra investigación de las influencias psicosomáticas en la cardiopatía isquémica, que la ad quisición del hábito de fumar está relacionada con las influencias sociales, culturales y psicológicas. Asimismo, los resultados de este estudio que indican tabaquismo para los isquémicos deben de

ser considerados en conjunto con los que estipulan que los isquémicos son sedentarios, pues los fumadores presentan una menor resistencia física. Esto, a su vez tiene una íntima relación con la edad.

El hecho de que el porcentaje de los pacientes hipertensos que habían bebido durante más de veinte años era mayor que el esperado por azar pudiera estar refiriendo a la gran dependencia de estos sujetos, avalada además por sus altas calificaciones en las pruebas psicológicas mencionadas. Quizá en las personas hipertensas el carácter oral con sus implicaciones de dependencia psicológica, se manifiesta en la variable años tomando, mientras que en personas isquémicas se manifiesta mediante el tabaquismo. Habría que investigar a futuro los mecanismos psicológicos responsables por las diferentes manifestaciones del carácter oral-dependiente en las dos cardiopatías para entender mejor la relación entre los dos padecimientos. Por otro lado, la dependencia potencial de los isquémicos ha sido tratada anteriormente.

Por otro lado, estos resultados deberían de ser considerados en relación con los de Camargo, Vranizan, Thorsen y Wood (1986). Estos autores estudiaron a ochenta y un hombres sedentarios, pero sanos, en edades media en su aspecto del comportamiento Tipo A y de dieta. Los hombres Tipo A tomaron dos veces más alcohol que los varones no Tipo A, de modo que se comprobó una asociación fuerte y positiva entre el Comportamiento Tipo A y la ingesta de alcohol. Además, la relación Comportamiento Tipo A-alcohol no se afectó por las

diferencias en nivel de ingreso o años de educación formal. Los individuos Tipo A y no Tipo A no se diferenciaban significativamente en su consumo de los otros nutrientes medidos. La asociación entre el Comportamiento Tipo A e ingesta de alcohol pudo haber influido en las conclusiones de estudios previos cuyo enfoque era en uno o en el otro como factor de riesgo para la enfermedad coronaria. Los resultados del estudio a consideración son compatibles con observaciones anteriores. Por ejemplo, en tres estudios acerca de la Personalidad Tipo A se halló que varones de edades media (Friedman y Rosenman, 1959; Friedman, Byers, Rosenman y Elench, 1970) y mujeres premenopausicas (Rosenman y Friedman, 1961) que exhibieron el Comportamiento Tipo A tenían índices de ingesta de alcohol 1.40, 1.65 y 2.22 más altos que aquellas de personas Tipo B. En los tres estudios no hubo diferencias entre sujetos Tipo A y B entre otros hábitos dietéticos. En otro estudio (Folson, 1985), los varones con una Personalidad Tipo A y B en alto riesgo de enfermarse de cardiopatía isquémica de acuerdo a sus elevados niveles de tabaquismo, presión arterial y colesterol sérico, tenían una diferencia modesta aunque estadísticamente significativa en la ingesta de alcohol. Los varones Tipo A en alto riesgo tomaron 1.16 a 1.30 veces más que los varones Tipo B.

En estudios iniciales no hubo reportes de diferencias significativas a este respecto por lo que los investigadores de la Personalidad Tipo A han ignorado en forma consistente los efectos potenciales del consumo de alcohol. Asimismo, en los estudios epidemiológicos

cos tradicionales que han sido la fuente de la hipótesis acerca de la influencia de la ingesta de alcohol en la Cardiopatía Isquémica, el Comportamiento Tipo A no fue considerado. Por ello, se aprecia que el estudio simultáneo del Comportamiento Tipo A y la ingesta de alcohol podría tener un impacto significativo en los factores de riesgo coronario.

En contraste con la literatura inconsistente orientada hacia la Personalidad Tipo A, los estudios arteriográficos que involucran a más de 3000 pacientes han comprobado en forma consistente una relación inversa fuerte entre el nivel de ingesta de alcohol y extensión de la oclusión coronaria (Turner, Bennett y Hernandez, 1981; Marmot, 1984; Barboriak, Anderson y Hoffman, 1982; Gruchow, Hoffman, Anderson, Barboriak, 1982; Barboriak, Gruchow, Anderson, 1983). Tal relación apoya la posibilidad de que el uso no excesivo de alcohol puede proteger contra la enfermedad coronaria. La elevación inducida por alcohol de subclases de lipoproteínas de alta densidad (Cumargo, Williams, Vranizan, Albers y Wood, 1985; Williams, Krauss, Wood, Albers, Dreon y Gilsworth, 1985) pudiera mediar este efecto protector en forma parcial. De este modo, la ingesta de alcohol pudiera ser una de las variables responsables por los resultados de esta investigación y por los postulados de Dimsdale (Dimsdale, Hackett, Hutter, Block, Cantanzano y White, 1979; Dimsdale, Hackett, Cantanzano y White, 1979; Dimsdale, Hackett, Hutter y Block, 1980) acerca del hecho de que varios estudios no demostraron las propiedades aterogénicas del Patrón de Comportamiento Tipo A (Krantz, Sanmarco, Selvestery Matthews, 1979; Dimsdale, Hackett, Hutter, Block, Cantanzano y White, 1979; Dimsdale,

Hackett, Catanzano y White, 1979; Dimsdale, Hackett, Hutter y Block, 1980; Krantz, Schaeffer, Davis, Dembrowski, MacDougall y Shaffer, 1981; Arrowood, Uhrich, Gomillion, Popio, Raft, 1982; Scherwitz, McKelvain, Larran, Patterson, Dutton, Yusim, Lester, Kraft, Rochelle y Leachman, 1983; Blumenthal, Herman, O'Toole, Haney, Williams y Barefoot, 1985; Dembrowski, MacDougall, Williams, Haney y Blumenthal, 1985). Concebiblemente, algunos de los estudios acerca del Comportamiento Tipo A que no hallaron una relación positiva entre éste y la aterosclerosis coronaria quizá incluían muestras con una mayor ingesta de alcohol que aquella de otras poblaciones donde hubo resultados positivos. Las diferencias regionales significativas en los Estados Unidos de Norteamérica en el consumo de alcohol pudieron haber dado por resultado, muestras con hábitos de consumo de alcohol marcadamente diferentes (Kelte y Russell, 1982). La demostración angiográfica de una incrementada oclusión en personas Tipo A sería debilitada en una muestra de bebedores de alcohol debido al efecto de la asociación fuerte y negativa entre la ingesta de alcohol y grado de enfermedad coronaria.

Con respecto a los resultados de la presente investigación, quizá un hábito llamativo de consumo de alcohol no discriminó al grupo isquémico porque, a la luz de lo que arriba se explicó, un menor consumo de alcohol sería un índice de mayor cardiopatía isquémica.

Habría que entender aún más la asociación entre el Comportamiento Tipo A y la ingesta de alcohol para explicar los resultados expli-

cados en este estudio. Quizá habría que emplear la entrevista estándar o la medida de Jenkins para medir la Personalidad Tipo A, además de otras pruebas como las que en este estudio se emplearon, para establecer una relación más potente entre el Comportamiento Tipo A e ingesta de alcohol y de allí inferir algo más acerca del riesgo coronario en función de los hábitos de consumo de alcohol. Puesto que se ha pensado que el uso de alcohol reduce el estrés (Turner, Bennett y Hernandez, 1981) y la inmoderación es una característica primaria de la Personalidad Tipo A, debe, en efecto existir una asociación positiva entre el Patrón de Comportamiento Tipo A y la ingesta de alcohol en una población adulta sana. Los individuos Tipo A pueden consumir más alcohol que los individuos no A en un intento a relajar y contrabalancear su Personalidad Tipo A. Pero, un uso regular del alcohol puede alterar el estatus de la Personalidad Tipo A generando en forma crónica las tendencias agresivas características o influyendo en comportamientos selectivos durante la entrevista estructurada debido al efecto temporal de abstinencia. Además el estatus del Patrón de Comportamiento Tipo A y el nivel de alcoholismo pudieron estar indirectamente relacionados a través del factor carrera que involucra frecuentes comidas de trabajo que tienden a provocar la manifestación de la conducta Tipo A.

Por último debe ser considerada la posibilidad de que los isquémicos en el presente estudio reportaron bajos hábitos de consumo de alcohol por su naturaleza de discapacidad social. Si así fuera, pudiera ser que en realidad los isquémicos mexicanos son bebedores, hecho a que aludían Camargo, Vranizan, Thorsen y Wood (1986), por

ejemplo.

Los efectos de la vida sedentaria sobre la Cardiopatía Isquémica también fueron corroborados. Continuamente, se ha mencionado que sedentarismo es un factor de riesgo coronario. Numerosos son los estudios que relacionan la incidencia y gravedad de la cardiopatía aterosclerosa clínica con el tipo de actividad profesional (Taylor, 1967). Los hombres de ocupaciones sedentarias presentan infartos de miocardio fatales en edades más tempranas que aquellos cuya ocupación comporta una actividad física considerable. El nivel económico no parece desempeñar un papel predominante. Sin embargo, un estudio post mortem en hombres muertos súbitamente por accidente o suicidio mostró una aterosclerosis coronaria comparable a la de individuos sedentarios y a la de los que desempeñaban ocupaciones que requerían esfuerzo físico (Spain y Bradess, 1959). Obviamente, la aterosclerosis coronaria diagnosticada clínicamente y la que se detecta en el examen patológico constituyen imágenes diferentes de la enfermedad. En un estudio prospectivo de 667 varones de edad media empleados en los autobuses de Londres, la elevación de la presión sistólica y del nivel sérico de colesterol fueron los principales factores predictivos en el desarrollo de la cardiopatía isquémica; sin embargo, los revisores físicamente activos presentaban menos sín tomas de cardiopatía isquémica que los conductores sedentarios.

Los agricultores, como grupo, presentan una incidencia de car diopatía isquémica inferior al promedio. La capacidad de realizar un trabajo físico pesado puede constituir una selección natural de

partida que excluye a los ineptos; una explicación alternativa sería el considerar que el trabajo en el campo ejerce un efecto profíctico sobre las manifestaciones de la cardiopatía aterosclerosa (Morris, 1960).

Hay cada vez más pruebas en favor de que la actividad física regular milita contra el desarrollo de la aterosclerosis coronaria clínica. Una situación profesional determinada puede favorecer o disminuir el desarrollo de aterosclerosis coronaria alterando los factores de riesgo. Estudios comparativos (Glazunov, 1964; Haskell y Fox, 1968) con grupos de población cuyos hábitos dietéticos son similares muestran una mayor incidencia de cardiopatía isquémica y de infarto en los individuos sedentarios que en los físicamente activos. La enfermedad coronaria es más frecuente en los oficinistas de correos, telefonistas y ejecutivos que en los carteros (Haskell y Fox, 1968). La valoración necrópsica de la aterosclerosis coronaria en hombres de edad media muertos de causa no cardíaca no muestra relación entre el aumento de actividad física ocupacional y el ateroma de la pared arterial coronaria, alguna relación entre aumento de actividad física y menor oclusión luminal y una estrecha relación entre mayor actividad física y menor fibrosis miocárdica isquémica; la actividad física se consideró protectora contra la progresión de la aterosclerosis coronaria (Haskell y Fox, 1968).

En cuanto a los medicamentos que habfan sido administrados a los pacientes por su padecimiento de cardiopatía u otra que se dió durante su internamiento y que fueron agrupados en analgésicos, an-

tibióticos, vasodilatadores, bloqueadores β adrenérgicos, anticoagulantes, antiadhesivo plaquetario y vasodilatador, bloqueador α adrenérgico, diuréticos, antiarritmicos, digitálicos, antagonistas del Ca, muscarínicos, hipoglucemiantes, aminacardiotónicos y otros, hubo relaciones significativas entre la categoría de medicamento empleado y el grupo diagnóstico como se mencionó en la sección correspondiente a los resultados de este trabajo, en la dirección esperada lo que hace pensar que tal vez hay que investigar si el efecto de los medicamentos influye en los resultados de las pruebas psicológicas en forma significativa. Por otro lado, si así fuera, esto se debería a la varianza esperada dada la naturaleza de los enfermos que participaron en el estudio. Algunos sufrieron de embolia cerebral o fueron sometidos a circulación extracorporea o a pinzamiento aórtico durante la cirugía cardíaca, situaciones que ameritan la toma de ciertos medicamentos. Por otro lado, habría que poner especial atención en el futuro en los efectos de algunos medicamentos como los bloqueadores β que generan reacciones tales como la depresión, o bien controlar por los efectos de la toma de los medicamentos en la ejecución de las pruebas psicológicas.

De acuerdo a los resultados, las complicaciones intrahospitalarias mayores y menores que se dieron en los diferentes grupos no explican la ejecución posterior en las pruebas psicológicas y no se asocian con la cardiopatía isquémica. Entonces, las complicaciones intrahospitalarias no pueden explicar el comportamiento de los isquémicos.

No hubo relaciones significativas entre los antecedentes personales patológicos denominados en las tres categorías de: 1) padecimientos relacionados con la cardiopatía, 2) padecimientos no relacionados con la cardiopatía sin bases psicósomáticas reconocidas y 3) padecimientos no relacionados con la cardiopatía con bases psicósomáticas reconocidos, y el grupo diagnóstico. No se pudo entonces precisar las otras enfermedades psicósomáticas que pudieron tener relación con la cardiopatía isquémica, ni aludir al hecho de que por ello, la cardiopatía isquémica también debe ser psicósomática. Las tres categorías entonces pueden presentarse por igual en los diferentes grupos diagnósticos, lo cual no permite hacer aseveraciones acerca del peso de lo biológico o psicósomático en su asociación con la Cardiopatía Isquémica.

Relaciones entre las Variables Demográficas y los Grupos Diagnósticos

No había una relación significativa entre el número de años de radicar en el D.F. y las categorías diagnósticas, al controlar la variable edad. De allí que no se puede concluir que el estrés ocasionado por la vida cotidiana en una gran ciudad engendra la cardiopatía isquémica. Tampoco se puede decir que el aprendizaje se transmite de padres a hijos mediante el estrés asociado con el radicar en el D.F. pues, no existe una relación significativa entre el lugar en el que los padres de los sujetos vivieron la mayor parte de su vida y el grupo diagnóstico. Entonces no podría concluirse que los hijos aprenden el estrés como reacción a la ciudad por haber estado expuestos a unos padres ya estresados. Probablemente, la transmisión del

estrés de padres a hijos se debe a otro factor de aprendizaje no relacionado a la vivencia en una de las ciudades más grandes del mundo. Se relaciona con el anterior el hecho de que las variables que conciernen si los padres siguen viviendo o si fallecieron, aunque están significativamente relacionados con el grupo diagnóstico, cardiopatía isquémica, la relación se explica porque la media de edad de los isquémicos es superior a la de los otros grupos. Así, fue comprobado que la mayoría de los sujetos en este grupo no tenía padre o madre. Habría que repetir el análisis controlando por la variable edad.

El estrés hipotetizado como factor sobresaliente en la etiología de la cardiopatía isquémica, hecho que fue comprobado en forma parcial en este estudio, tampoco puede atribuirse al número de ingresos hospitalarios o al número de días hospitalizados, pues la relación entre estas variables y grupo diagnóstico fue insignificativa.

La suposición que las personas divorciadas se infartan con una mayor frecuencia que las que tienen otros estados civiles y que los divorciados, nunca casados y viudos son más propensos a la muerte por cardiopatía isquémica, que los casados (Weiss, 1973), no se comprobó. Pero estas otras condiciones civiles se presentan con una frecuencia muy pequeña como para permitir generalizaciones válidas, por lo que se advierte considerar la interpretación aquí ofrecida como especulación únicamente y con reserva. El postulado de Friedman y Rosenman (1974) acerca del hecho de que los individuos

que se infartaron olvidaron sus valores morales, no se comprobó cuando se considera la moralidad a la luz del estado civil. Esto nos lleva a considerar las características del matrimonio que posiblemente sean asociadas con el infarto, la angina u otra manifestación de la cardiopatía isquémica. La mayoría de los isquémicos en este estudio (854) son casados. Concuere da con ésto el que los autores escandinavos han mostrado que el infarto del miocárdio es más frecuente entre las mujeres casadas que entre las mujeres solteras (Bengtsson, 1973; Westlund, 1965). Podría avalar esto la falta de relación significativa entre los eventos de la vida: muerte del cónyuge, divorcio y separación marital, y grupo diagnóstico.

Relaciones entre las Variables Familiares y los Grupos Diagnósticos

No se pudo extraer una relación significativa entre estatura y lugar de nacimiento, de la cual pueden basarse inferencias acerca de las asociaciones entre estas variables y la Cardiopatía Isquémica. La relación entre el ser primogénito y tener una talla más alta que los hermanos que siguen (Castillo, 1979; Murillo, 1977; Rivera, 1979) no se comprobó. Podríamos pensar entonces que el ser primogénito, y por ello haber recibido un trato distinguido por parte de la madre, no tiene peso en su asociación con el concepto de que la relación madre-hijo sea inartégena. Siguiendo esta línea de pensamiento, el hecho de que no hubo una relación significativa entre el número de hermanos y hermanas mayores, sus edades y los grupos diagnósticos implica lo mismo, a la luz de la hipótesis de que si entre un hijo y el que le sigue hay más de cinco años de diferencia,

la madre trata a ese hijo como si fuera el primero. Esto debilita la postura de que la cardiopatía isquémica es resultado del aprendizaje que se transmite de la madre al hijo.

De las enfermedades contraídas por los familiares y antepasados de los sujetos, la diabetes, el infarto del miocardio y la hipertensión arterial son las variables que mostraban una relación significativa con el grupo diagnóstico, hecho que fortalece el rol de la herencia en la etiología de la cardiopatía isquémica. Como era de esperarse y como se ha escrito en numerosos artículos y libros de medicina, la diabetes es un riesgo coronario, comprobada la asociación en la presente investigación por el hecho de que el antecedente heredofamiliar de diabetes distingue claramente la cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial. Su asociación con las otras cardiopatías era mucho más insignificativa que con la cardiopatía isquémica.

Así mismo, el antecedente heredofamiliar, infarto, es más frecuente entre los isquémicos que entre los individuos integrantes de los otros grupos diagnósticos. El mismo caso existe al hablar de la hipertensión arterial y además se añade que como es de suponerse la hipertensión arterial como antecedente heredofamiliar también es más común entre los hipertensos que entre los reumáticos o congénitos.

Las variables que conciernen si los padres siguen viviendo o si fallecieron, están significativamente relacionadas con el grupo diagnóstico, cardiopatía isquémica aunque como se ha dicho, se expli

ca el hecho de que la mayoría de los padres de los isquémicos fallecieron, por la edad superior de los isquémicos en relación a los sujetos de los otros grupos diagnósticos. No obstante, una persona con cardiopatía isquémica no puede alegar que sigue siendo estresado por la vida familiar original si los padres murieron. La posición de aprendizaje en la cardiopatía isquémica es debilitada.

Relaciones entre las Variables Escolar y Ocupación y los Grupos Diagnósticos

La variable escolaridad no está significativamente relacionada con los grupos diagnósticos en este estudio. Tenemos que pensar en este hecho en relación a sus repercusiones en la ocupación. De allí consideramos que la relación entre el estrés emocional mediada por la ocupación, y la aterosclerosis coronaria, lo mismo que la hipertensión, es objeto de controversias. Tradicionalmente, se ha pensado que la enfermedad coronaria afectaría a personas con grandes responsabilidades, tensión aumentada y sobrecarga emocional, como los ejecutivos. En contra de la creencia popular, los ejecutivos y los altos dirigentes tienen una incidencia normal, o posiblemente baja, de aterosclerosis coronaria clínica (Hinkle, Whitney, Lehman, Dunn, Benjamin, King, Plakun y Flehinger, 1968) cuando se comparan con otros trabajadores sedentarios. Estos hallazgos apoyan la relación insignificativa entre la escolaridad y la cardiopatía isquémica. Entonces, se podrá concluir que las personas con una Personalidad Tipo A no tienen una mayor escolaridad que las personas en los otros grupos diagnósticos, que pudiera explicar su desempeño de activida-

des de alta gerencia que ocasionan el tipo de estrés que a su vez genera la Cardiopatía Isquémica. Esto viene a colación con el hecho de que la variable ocupación tampoco estaba significativamente relacionada con el grupo diagnóstico. Si hemos de fundamentar la etiología de la Cardiopatía Isquémica en factores sociopsicológicos, tenemos que señalar la asociación entre la cardiopatía isquémica y otros factores ajenos a la escolaridad y a la ocupación, que generan estrés. Uno de ellos podría ser el matrimonio, hecho a lo cual se aludió con anterioridad.

Por otro lado, el hecho de que las ocupaciones específicas no discriminaron al grupo isquémico contrasta con los trabajos de varios autores. Russek (1967) considera que la tensión emocional asociada a las responsabilidades profesionales es un factor significativo en la producción de la enfermedad coronaria clínica. Los individuos con riesgo elevado son descritos como agresivos, ambiciosos e intranquilos en los ratos de ocio. Además, la poca satisfacción en el trabajo, la presión y las responsabilidades laborales, el exceso de trabajo y los cambios de trabajo parecen asociarse con un aumento en la incidencia de la enfermedad coronaria. Por otro lado, Friedman (1969) señala que los factores constitucionales y personales como la Personalidad Tipo A, pueden influir también en la elección de determinada ocupación con presión socioeconómica crónica y trauma emocional.

Por otro lado, es factible que las agrupaciones de ciertas ocupaciones para la contemplación de los resultados, hayan sido ina

decuadas, por lo que no sobresalió una relación determinante entre una particular y el grupo diagnóstico.

Por lo demás, los resultados insignificativos que se relacionan con el endorsamiento de eventos estresantes de la vida, algunos de los cuales se tratan de los aspectos ocupacionales, y el grupo diagnóstico fueron corroborados.

OTRAS CONSIDERACIONES

Respecto al significado general de los resultados de esta investigación quiero recalcar que la naturaleza correlacional de la misma solamente permite establecer relaciones de concomitancia o coexistencia entre las diferentes cardiopatías y los distintos factores estudiados, lo cual no implica que dichos factores hayan tenido influencia en la génesis o desarrollo del padecimiento. El establecimiento de relaciones de causa-efecto en esta materia requiere de complejas investigaciones de carácter longitudinal que abarquen largos períodos de tiempo donde diferentes grupos de individuos que difieran solamente en el factor o factores seleccionados sean evaluados periódicamente con respecto a su funcionamiento cardiovascular y se controlen adecuadamente otras variables relevantes.

En relación a la confiabilidad de los resultados de la investigación quiero señalar que la pérdida de los datos de numerosos sujetos provocó que las cardiopatías congénita e hipertensiva estuvieran subrepresentadas en la muestra total, pues juntas no constituyeron ni el 20% de ella, y consecuentemente existe el riesgo de que sus características no reflejen fielmente a las de las poblaciones de las que fueron extraídas.

Por último la ausencia de un grupo control de individuos sanos en la muestra utilizada ha limitado la valoración adecuada y precisa de los rasgos característicos de las diferentes cardiopatías ya que ésta debe tener como punto de referencia al individuo sano.

Así mismo se pudo haber incluido otro grupo en este estudio denominado Cardiopatía inespecífica y analizar a este grupo por sí solo con miras de utilizarlo como parámetro para analizar a todos los casos y contestar la pregunta ¿En qué se parecen los individuos de este grupo con los del grupo de Cardiopatía Isquémica? Sin embargo, la valoración de las diferencias entre las distintas cardiopatías representa una contribución importante al conocimiento de lo que es propio o característico de cada cardiopatía. Queda pendiente de seguir la investigación de los aspectos psicodinámicos de la cardiopatía isquémica para poder establecer todos los componentes del patrón de comportamiento que hace a un individuo propenso a la enfermedad coronaria y que son independientes de otros constructos mejor establecidos y/o más parsimoniosos.

Por otro lado, a despecho de la aparente consistencia general de los hallazgos relacionados a la asociación entre la Personalidad Tipo A y la enfermedad coronaria, el hecho es de que sólo una proporción pequeña de individuos Tipo A desarrollan síntomas claros de la enfermedad coronaria (Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Straus y Wurm, 1975). Por otro lado, la hipertensión es otro factor de riesgo para la enfermedad coronaria y hay comportamientos claramente in-

volucrados en este desorden, posiblemente preexistentes o etiológicos y ciertamente terapéuticos. Ha habido mucha confusión respecto a la interpretación de que los pacientes hipertensos son predominantemente tipos A. Shapiro (1979) afirma que no hay datos empíricos que apoyan esta asunción. De hecho, refirió que la información hasta 1979 sugirió que la Personalidad Tipo A es menos prevalente entre individuos que desarrollan la hipertensión. Todo esto hace necesario la realización de investigaciones longitudinales en México, en las cuales se emplean sujetos "normales", no cardiopatas, y explica la poca confirmación de los rasgos que configuran la llamada Personalidad Tipo A medidos de modo original (por la Prueba de Figuras Ocultas y de locus de control, por ejemplo), en esta investigación. Es consistente además con la variabilidad entre individuos Tipo A en medidas estándar de la personalidad (Glass, 1977; Sparacino, 1979). Por otra parte, tal variabilidad entre las personas Tipo A, en propensión a la enfermedad coronaria, se debe a diferencias individuales en otras características que pueden también influir en los niveles de excitación del sistema nervioso autónomo. Me refiero aquí a la imperativa necesidad de estudiar la acción catecoláminica en relación a la cardiopatía isquémica, como también a su relación con los factores sociales y comportamentales que no son del perfil Tipo A, pero que influyen en la prevalencia de enfermedad coronaria. Incluyen el estrés ambiental, el exceso de trabajo, el conflicto crónico, los cambios de vida, la ansiedad, la depresión, las perturbaciones del sueño, la deprivación social, la desorganización y otros factores relacionados que causan emociones perturbantes crónicas que

podrían ser evaluadas por ejemplo, mediante un Cuestionario de Actitudes hacia el trabajo (Theorell y Rahe, 1972). Tal tipo de estudio se dirigirá a la identificación del mecanismo fisiológico particular que liga el Comportamiento Tipo A a la enfermedad coronaria, que aún parece ser un misterio (Scherwitz, 1978). Debe haber un enfoque multifactorial al estudio tanto en lo que respecta a los factores fisiológicos como en lo que concierne a los correlatos psicosociales. En vez de considerar a los factores psicosociales de riesgo coronario en forma aislada, se debe considerar a las variables simultáneamente para determinar las relaciones entre ellas. Solo así se puede averiguar el factor de riesgo coronario preciso e independiente de los factores de riesgo coronario tradicionales.

Además, la precisión de este factor ayudará al cardiólogo a diferenciar a los pacientes con cardiopatía isquémica de los que acuden a él con una cardiopatía isquémica ficticia, en base a los síntomas psíquicos. Los pacientes con hipocondrías abundan en los consultorios de los cardiólogos modernos. El cardiólogo se enfrenta con el paciente cuya sobrepreocupación ansiosa extiende a una preocupación mórbida con las funciones corporales y a un temor a la enfermedad. El hipocondríaco cree firmemente que está enfermo y que el médico no ha tomado en cuenta la urgencia de sus quejas que podrían ser monosintomáticas o incluir sistemas múltiples de órganos con hallazgos físicos mínimos. Se ha estimado que el 35% de los casos de hipocondrías son secundarios a estados de ansiedad, enfermedad depresiva y otros desórdenes emocionales (Kenyon, 1976) cuyos síntomas deben ser muy diferentes a los que caracterizan a la Personalidad Ti

po A u otra propensa a la enfermedad coronaria. Los síntomas cardíacos seguido reflejan un desorden no reconocido de ansiedad con taquicardia, palpitaciones, dolor y una conciencia cardíaca incrementada.

Basándome únicamente en los resultados de esta investigación, se podrá decir que el comportamiento es asociado a la enfermedad coronaria en sujetos con las características de audacidad, estabilidad, vigorosidad, dominancia y responsabilidad y que la cantidad de riesgo para enfermedad coronaria es afectado por la historia cardíaca pasada (AHF).

Por lo tanto podemos afirmar que los hallazgos encontrados en nuestra investigación con respecto a los rasgos de personalidad de los pacientes con cardiopatía isquémica concuerdan en lo fundamental con las características del Comportamiento Tipo A. Esta asociación posee una alta validez puesto que se emplearon otros tres grupos controles de pacientes con diversas cardiopatías (reumática, congénita e hipertensiva) y en ninguna de ellas se presentaron los rasgos descritos en la Cardiopatía Isquémica. Así por ejemplo, los pacientes con Cardiopatía Reumática tienden a ser lentos y pausados y no gustan de los trabajos manuales y las actividades al aire libre. Tienden a ser relajados y tranquilos, dispuestos a la convivencia social y a la contemplación estética. Todo ello contrapone al comportamiento de los pacientes con Cardiopatía Isquémica. Por su parte los pacientes con Cardiopatía Congénita tienden a ser recatados, tímidos y reprimidos y a la vez calculadores y realistas. Asimismo,

sus bajas puntuaciones en la escala de dominancia del CPI indican su poca disposición a tomar iniciativas y a asumir responsabilidades. El único grupo que muestra alguna semejanza con el de la Cardiopatía Isquémica es el formado por los pacientes con Cardiopatía Hipertensiva. A pesar de que difieren del primer grupo en su tendencia a ser afectuosos, sensitivos y Dependientes, también muestran una preferencia acusada por los deportes, los trabajos manuales y las actividades al aire libre, aunque no son Dominantes ni tienden a asumir responsabilidades. Esta semejanza se explica en parte porque en la hipertensión intervienen factores psicológicos y por lo tanto no se descarta el hecho de que algunos de estos pacientes presenten las características del Comportamiento Tipo A. En cambio, en las cardiopatías donde tradicionalmente los factores psicológicos tienen un papel secundario, (la Cardiopatía Reumática y Congénita) el contraste de los comportamientos es notable entre estos dos grupos y el de los isquémicos.

En cuanto a las características mencionadas probablemente el riesgo de enfermedad coronaria en individuos altos en alguno de estos componentes depende de si la elicitación de tal componente causa respuestas fisiológicas y de si el ambiente mexicano de un individuo y su estilo de trabajo elicitan el componente en forma crónica (Jennings, 1981).

Por otra parte, es digno de estudiar si las reacciones psicológicas ante la enfermedad coronaria son específicas a esta enfermedad o si son generales para toda clase de enfermedad. Viene a cola-

ción aquí mencionar algunos de los comentarios anotados en los expedientes clínicos de los pacientes isquémicos por sus cardiólogos tratantes. La siguiente lista los pone a consideración de los lectores de este trabajo.

- Angustia
- Nerviosismo
- Depresión reactiva
- Aprehensivo
- Personalidad Tipo A
- Descontrol emocional debido a trastornos importantes en la dinámica familiar que han originado descompensación intra e interpersonales
- Impotencia sexual
- Miedo a problemas que afectan al corazón
- Astenia
- Somnolencia
- Al ser externado se fue sin medicamentos
- Insomnio
- Fobia al hospital
- Deterioro progresivo de la memoria anterógrada y retrógrada
- Agresiones verbales
- Actitud negativo-no coopera
- Dependiente
- Ganar aspectos secundarios de la manipulación

- Apático
- Respuesta adrenérgica exagerada
- Personalidad Tipo B
- Agitación
- Cambios de talante
- Desorientación
- Angina de reposo por estrés emocional
- Dolor precordial
- Hiperreactividad tensional
- Hipocondríaco
- Cólicos abdominales posteriores a tensión emocional
- Dolores osteomusculares
- Disnea de origen emocional
- Colitis nerviosa

Aunque el Patrón de Comportamiento Tipo A ha sido identificado como un precursor importante de la aterosclerosis coronaria, debe ser considerado que la aterosclerosis es un proceso de enfermedad que ocurre en todo el sistema arterial. Esto hace pensar que el Patrón de Comportamiento Tipo A puede estar relacionado a otras arterias. Stevens, Turner, Rhodewalt y Talbot (1984) examinaron sujetos para aterosclerosis de la arteria carótida y para la Personalidad Tipo A. Los resultados indicaron que los individuos que padecían la enfermedad en cuestión tenían más propensión a ser calificados como Tipo's A que como Tipo's B. Los individuos sin enfermedad no tenían esta propensión. Estos resultados son consistentes con

la hipótesis que la aterosclerosis en los individuos Tipo A no está limitada a las arterias coronarias. Es probable que la enfermedad ocurre a través del sistema arterial. Sigue que el Comportamiento Tipo A es un factor de riesgo para otras enfermedades además de la enfermedad coronaria, que son mediadas ateroscleróticamente. El in farto cerebral aterotrombótico es un proceso de enfermedad que está casi enteramente mediado por la aterosclerosis intra y extracranial (Fisher, 1975). Además, la enfermedad de las arterias carótidas es un precursor principal del infarto cerebral aterotrombótico. Los resultados del estudio de Stevens et al. (1984) contrastan con lo que concluyó Lyzanski (1978). El afirmó que el Patrón de Comportamiento Tipo A es específico a la enfermedad coronaria y no relacionado a riesgos elevados de mortalidad de otras causas. Sin embargo, hay que considerar que la discrepancia en los resultados de Stevens (1984) y las afirmaciones de Lyzanski (1978) puede deberse a las interacciones clínicas complejas entre la enfermedad coronaria y la en fermedad cerebrovascular (Kannel y Wolf, 1975; Danuber, Wolf, Colton y Nickerson, 1977). La aterogénesis en las arterias coronarias es muy similar a la aterogénesis en las arterias intra y extracraniales. Además, las lesiones ateroscleróticas de la carótida común y de las arterias carótidas extracraniales e internas tienen un Patrón de desarrollo que es similar al de las arterias coronarias (Moossy, 1977). Tanto fisiológicamente como epidemiológicamente, existe una liga fuerte entre la aterosclerosis cerebrovascular y coronaria. Por otra parte, las víctimas de los accidentes cerebrovasculares también experimentan daño grave del miocardio así como graves arritmias cardíaca

cas (Norris, Hachinski y Myers, 1982). Estas complicaciones cardíacas pueden predisponer a las víctimas de enfermedad cerebrovascular a la muerte por problemas cardíacos. Si se miden únicamente las tas de mortalidad, la asociación entre el Comportamiento Tipo A y el infarto cerebral aterotrombótico sería reducida. Entonces, el Comportamiento Tipo A puede ser un factor de riesgo independiente para las arterias intra y extracerebrales aunque la causa de muerte para la mayoría de los individuos sea registrada como enfermedad cardiovascular. Gentry, Jenkins, Kaplan, Heyman, Breslin y Gianturco (1979) hallaron una relación entre la Personalidad Tipo A y la embolia isquémica solo si los individuos tenían antecedentes de enfermedad coronaria.

Por otro lado, Cottier, Adler, Vorkaut, Gerber, Hofer y Hurny, (sin fecha) asociaron el Patrón de Comportamiento Tipo A con un incremento en la oclusión de las arterias femorales. Pareciera ser que el Patrón de Comportamiento Tipo A es un precursor de la aterosclerosis generalizada. Los individuos Tipo A pueden experimentar riesgos incrementados de aterosclerosis debido a sus respuestas únicas de naturaleza comportamental y fisiológica ante el estrés. Estos individuos demuestran reacciones fisiológicas agudas ante las experiencias estresantes o amenazantes (Glass, Krakoff, Contrade, Hilton, Kehoe, Mannucci, Collings, Snow, sin fecha; Glass, Krakoff, Finkelman, Snow, Contrada, Kehoe, Mannucci, Isecke, Collins, Hilton, y King, sin fecha; Goldband, 1980; Williams, Lane, Kuhn, Melosh, White y Schanberg, 1982). La reactividad fisiológica de los individuos

Tipo A podría producir una turbulencia de flujo sanguíneo incrementado acerca de las biforcaciones arteriales, que incrementaría el riesgo de lesiones a los forrados arteriales. Estos forrados dañados son particularmente susceptibles a la formación de placas ateroscleróticas que pueden dar lugar al adelgazamiento de lumen arterial. Las reacciones fisiológicas de la Personalidad Tipo A ante el estrés podrían también elevar los niveles séricos de norepinefrina que incrementarían los lípidos sanguíneos, los ácidos grasos libres, la presión arterial y la frecuencia cardíaca. Estos factores pueden acelerar la progresión de la aterosclerosis e incrementar el riesgo de que el lumen arterial adelgazado sea obstruido por embolismo o por trombosis. La obstrucción del flujo sanguíneo puede dar lugar al infarto del miocardio o al infarto cerebrovascular. Entonces, la mayor reactividad fisiológica de los individuos Tipo A puede contribuir al desarrollo crónico y progresivo de la enfermedad aterosclerótica, y al riesgo agudo de infarto cerebral y del miocardio.

Claramente, lo anterior discrepa de los resultados de estudios que niegan una asociación entre el Patrón de Comportamiento Tipo A y la severidad de la aterosclerosis coronaria (Dimsdale, Hackett, Huttery Block, 1980; Scherwitz, McKelvain, Laman, Patterson, Dutton, Yusim, Lester, Kraft, Rochelle y Leachman, 1983).

De determinar la especificidad de las reacciones ante la cardiopatía isquémica, se podrá saber algo acerca del pronóstico de los pacientes que la padecen y acerca de la estabilidad de los factores psíquicos que intervienen en la etiología de la enfermedad. El sa-

ber además, como se comporta el constructo, tendrá resonancia en el tratamiento en cuanto a la posibilidad de intervenir en un determinado momento para modificarlo.

Cabe además mencionar la sugerencia de estudiar si la reacción entre la personalidad y la cardiopatía isquémica es específica, o si ésta se presenta en México asociadas a otros malestares relacionados al estrés. Los resultados de otros estudios extranjeros (Jenkins, 1978; Kenigsberg, Zyzanski, Jenkins, Wardwell y Licciardello, 1974) han mostrado que el Patrón de Comportamiento Tipo A está específicamente relacionado a la aterosclerosis coronaria. Entre individuos con otras enfermedades como la enfermedad pulmonar y el cáncer, tiende a haber una distribución igual de personas Tipo A y B.

En general, de los resultados patentes de la presente investigación, se puede concluir que en cualquier investigación que se realice a futuro acerca de la repercusión de los factores psicossomáticos en la Cardiopatía Isquémica, se debe de partir de un enfoque multifactorial. De allí es importante señalar que lo aprendido actuará sobre lo hereditario y viceversa.

Dado el hecho de que una vez más los resultados de varias pruebas psicológicas no han delimitado satisfactoriamente una personalidad o comportamiento preciso asociado a la Cardiopatía Isquémica (Mordkoff y Parsons, 1968), tomaré esta oportunidad de plantear el estudio del inconciente para cumplir con este fin. El fenómeno inconciente tiene raíces hereditarias y aprendidas cuyas interacciones ponen de manifiesto algo más profundo acerca de la dinámica de las

emociones negativas expresadas en los diversos descriptores de la Personalidad Tipo A. Esto tiene implicaciones pronósticas importantes si se miden de alguna manera a los sueños de los individuos cardiopatas y se establece su correlación con el fenómeno catecoláminico, quizá nos acercáramos a la meta de precisar no sólo los aspectos psicosomáticos de la Cardiopatía Isquémica, sino su dinámica también. A continuación ilustraré los aspectos psicoanalíticos sobresalientes de la Cardiopatía Isquémica a través de la interpretación onírica. Me referiré a un sujeto quien fue mi paciente durante tres años. Sin embargo, el mismo tipo de estudio que fue realizado con más de 300 pacientes isquémicos apunta resultados similares. El paciente en cuestión es un ingeniero de 38 años de edad, casado y con los padecimientos de hipertensión arterial e infarto del miocardio. Se le practicó revascularización coronaria quirúrgica. El motivo de la consulta en el Servicio de Psicología fue Depresión agitada. Relató que aspira a una cosa que no define. A la vez, quiere abarcar más porque así siente más libertad y seguridad. Sufría de algo que podríamos llamar carrerismo. La carrera era el valor dominante para él. En la esfera laboral el paciente escoge el camino de reconocimiento. Maneja 30 personas pero duda de su autonomía. Cree siempre tener la razón. Opina que su nivel de productividad es cero. En lo que respecta a la esfera emocional resaltan la inercia y la marginación. Decía, "Me doy cuenta de que tengo bastante tiempo sin mostrar mis sentimientos". Recuerda que a los nueve años, Ernesto, padre de su hermana dijo, "Este muchacho no tiene sentimientos". El mismo dijo, "He tenido miedo a la falta de control de

mi emoción. Sería mucha emoción expresarme".

Al parecer, la inhibición del afecto parece estar relacionada con sus tempranas vivencias con su madre sobreprotectora. Dice: "A los doce años hallé unas cartas y me enteré de que ella trató de abortar cuando yo iba a nacer". Dios le iba a castigar quitándole un hijo. Es como si a través de este pensamiento, la madre intenta purificarse la culpa que luego transfiere al hijo. Si su madre le trataba bien, es que lo estaba perdonando. La relación nunca se trataba de alegría plena. El paciente dice, "Había que estar cuidando esto y el otro por sus temores insanos y sus recomendaciones", "Trata de ser bueno", "Puede pasar algo si no vienes a verme". Añade, "Siempre está alerta porque puede pasar algo malo". La relación con ella es tirante y seca.

Con su esposa, admite que desde hace 25 años cuando se casó se ha sentido atrapado. A su vez expresa fobia ante un divorcio. Relata un estancamiento en la relación entre él y su esposa. Habla de una falta de incentiva en la relación sexual. Siente además cierta rigidez por parte de su esposa.

La presiona la soledad y el aislamiento. Se le dificulta bastante, sin embargo, penetrar en el mundo emotivo y habla en cambio, acerca de su obsesión por no morir demasiado joven. Dice, "El hacer la vida más larga es una de mis metas".

El paciente sueña: "Yo había sido un espía ruso. Me avisaron que otros espías compañeros me andan buscando. Esto es parte de

una película y al mismo tiempo, yo soy el personaje de la película. Estoy viendo la película con mis niñas y nos avisan que la película va a ser muy larga por lo que la gente inicia una fiesta. Perdieron interés. Aparece mi esposa. La gente sabe de antemano que la película es divertida. Yo no tengo miedo del grupo de ex-compañeros, porque sé que les va a gustar América y les voy a convencer de que se queden. Yo ya estoy retirado del espionaje. Vivo ahora tranquilamente con mi esposa en América, no en Rusia. Alguien de la policía me apoya. Eran tres, los ex-compañeros que me buscaron, pero nada más recuerdo a dos: a una mujer joven y muy guapa y a un hombre honachón, maduro y cómico, con bigote. Los tres van a ver a América. Nos entrevistamos. La mujer empieza a pasear y a conocer América, y cada vez le gusta más. Ella va con un abrigo. Está perfumado. Estas son novedades para ella. Va en un tren. Es muy risueña. Ella me avisa de lo que le va pasando. Hay una puerta de un kalajero o de un buzón con adornos. Van cambiando como una joya. Según van cambiando sus experiencias de ella, este herraje va cambiando. Es agradable. Hay prendas a veces en los herrajes que van ligando experiencias que ella vive. Junto con los herrajes y prendas está su voz narrando. Es alegre. Aparece un zapato de un hombre. Ella tuvo una aventura con un hombre. Otro personaje más cómico para el público era un hombre quien sufre jocosamente por sus aventuras en metros, por el manejar al trabajo, por las situaciones cotidianas y la adaptación a la ciudad. El se desconcierta. El público se ríe pero la identificación con la mujer era más directa. La relación era hacia mi, pero el hombre se relaciona con el público

y a veces yo era ese hombre. Se va desarrollando la película hasta que se interrumpe. Voy con mis hijas a casa contento. Mis niñas saben que mi esposa las está esperando. Aunque sabe ella donde estamos, a nosotros no nos preocupa llegar. Hay algo indefinido que nos impide llegar sin problemas. Me encuentro solo resolviendo el problema de llegar. Ahora parece que soy un soldado independiente formando parte de un grupo en donde hay grupos de soldados de diversas nacionalidades. Todos están esperando irse a sus casas. Hay movimiento. Unos están esperando, otros van llegando. Alguien está haciendo un eco indefinido. El proceso de irse a sus casas es lento. Hay mal servicio de los camiones llevando a la gente a sus casas. Es como un Exodo como cuando Moisés sale de Egipto. No se cómo pero me apodero de un camión. No manejo con seguridad. Mis pies no alcanzan los frenos. Me empiezo a transportar a la casa yo solo en el camión. Pienso en el camión, que es egoísta de mi parte usar el camión solo para mí sin que pueda ser rehusado. Yo me voy. ¿Y los demás? Busco quien me lleve al camión de regreso. ¿A qué grupo de soldados voy a beneficiar? Según su disciplina y su juventud, decido por un grupo moderno de soldados alemanes. Todo esto cambia súbitamente cuando de repente me hallo en una casa de mi mamá que nunca existió. Supuestamente, la alquilé alguna vez. No es la casa que yo conozco. En esta casa me siento muy incómodo por su pobreza, su suciedad, la mala distribución y el ambiente. Pasé la noche allí repasando imágenes de la casa en Veracruz y de la existencia en otras recámaras de otros amigos que me acompañaron en Veracruz. Esta situación de incomodidad se vuelve difícil porque tengo

que ir al baño y está muy sucio. No puede uno sentarse cómodamente porque el piso está mojado. Está inclinado. Las ventanas están abiertas y no son propias de un baño. La gente ve hacia dentro del baño. Allí desperté con ganas de ir al baño".

Las únicas asociaciones que ofrece el paciente en relación a este sueño son: "Tuve la sensación de intranquilidad para llegar a la casa. Es una cosa que viene desde hace muchos años con lo de mi mamá", y "Un espía es una persona inteligente, violenta, dinámica. Participa en la misión imposible" y "Vi una obra de teatro que se llama, Rescatar a Mann. Mann pierde su capacidad sentimental. Se enajena en un mundo demasiado productivo. Quien va a traer los sueños olvidados a la tierra tiene que ser un mago. Aparece un ayudante de él, un anciano inteligente. Un espía es cerebral y un mago sentimental".

Se puede interpretar el sueño de la siguiente manera: La gran fantasía del espionaje no está desligada del insight, de la inteligencia y de la creatividad. El sueño comprueba que el paciente es fantasioso e imaginativo. El kalajero que va cambiando de formas con las aventuras de la joven es un ejemplo. La fantasía de los Rusos, Americanos y Alemanes compensa por su mundo pequeño. Al mismo tiempo, el sueño pone de manifiesto su narcisismo y su exhibicionismo. Quiere llamar la atención al mundo e impresionar a sus familiares con el hecho de que él es el gran personaje, que es más de lo que es. Visto en este contexto, sus niñas le importan para que vean sus hazañas, pero no porque él las ama. Por su narcisismo, no sabe te-

ner amigos. Tampoco sabe querer a otro. Busca tardíamente a quien unirse como amigo y solo recuerda los del pasado. En el presente, los demás no son sus amigos, sino el público.

Un punto importante es que su fantasía no es pueril ya que él no es el protagonista total de su vida. Es espectador de la película y al mismo tiempo es protagonista en ella. Es decir, no domina su vida totalmente. Además quiere tener una vida más interesante de la que tiene. A los 38 años no tiene la vida que quisiera. Es cautivado y admirador de la pequeña burguesía. Tiene fantasías extramaritales. Quiere vincularse con una mujer muy guapa, joven, perfumada, risueña, que vive aventuras. Pero, la ve a ella como si fuera a una película. No puede tocar a la mujer porque está en el film. El no interviene en las aventuras de ella. El zapato que la mujer tiene no es de él. La aventura no es con él. El no se siente adecuado para ella. Está descubriendo que no es muy capaz. En las ramas afectivas y laborales en su vida real, el paciente descubre también que algo anda mal. Dentro de toda la fantasía del espionaje y de la joven guapa, es claro que hay un problema de comunicación y de debilidad. No se acepta a sí mismo. Racionaliza. La idea es, "yo soy capaz, pero estoy retirado".

Después de la cirugía cardíaca, tiene la alternativa de ya no ser doble como antes, de ya no ser espía. Ser una espía Ruso puede ser estimulante pero peligroso como la operación, pero el supera el espionaje y la operación. Ya está retirado. Ya que sobrevivió puede vivir su vida. Pero, tiene que retornar con su esposa a quien

no quiere. Tiene más preocupaciones que amor con respecto a ella. En un plan emocional está totalmente separado de su esposa. Ahora que tiene salud, vuelve a lo mismo. Es pasivo, masoquista y espectador más que protagonista. Observa, como espectador, a la joven. No es activo en la intención de conquistarla. En pocas palabras, es un fantástico activo con pasividad. Una vez más tiene una doble vida. Vive en un film y en la realidad, en la vida de la madre y la de la esposa quienes se parecen en tanto que él no las quiere. Después de ser espía termina en casa de la esposa donde no quiere estar. Depende de ella, y por eso la ha tolerado por tantos años. Es esclavo de la mujer. Su gran dependencia hacia ella impide que sea protagonista de su vida. Después de escoger a un ejercito alemán, acaba en la casa de su madre, sintiéndose débil e incapaz de comunicarse, y en donde tampoco quiere estar. En relación a la madre, sobresale la negligencia, la suciedad y el abandono, y en relación a sí mismo, una incapacidad de estar solo aún en el baño. Regresa siempre a donde no quiere estar. La vida le es incómoda y surgen escenas como la del baño sucio, de mal gusto. De allí, la vida le es poco interesante. Se puede ahora comprender su depresión. Tiene otra vez la vida y no la sabe agarrar.

Su delirio de grandeza ya no le funciona. Esta falta de vivencia de grandeza es de mayor importancia para él que la responsabilidad con la vida, que el amor a la ética y que la religión. Huye de algo violento. Hay mucha angustia y vertiginosidad. No sabe donde quedarse, que hacer, con quien quedarse. Está separado y ais

lado.

Aparte, resalta otro elemento, su oposición. Esto está reflejado en su identidad como espía y en su categoría como soldado de un grupo independiente. Realmente, el paciente no pertenece a ningún grupo. Es como si él dijera a los otros espías o a los del grupo de soldados, "estoy con ustedes, pero no soy igual a ustedes". En otras palabras, contradice a la gente. El no es aliado. El es alemán. ¿Porqué escoge a los alemanes?

La separación total, el aislamiento, la huida, el sentimiento de incapacidad y la crisis del sentimiento de superioridad son los motivos que lo llevan a análisis.

El sueño más profundo que el paciente relata es: "Vi una loza de cemento. Era como una banquetta enorme. Varios hombres levantan un registro. Esa era una parte que estaban levantando de mi o de mi esposa. Estaban destapando algo de mi o de ella. Sin llegar a ser tumba, adentro había un esqueleto de un niño pequeño. La estaban destapando pero ya estaba muerto. Era mi sentimiento o análisis más conciente de que esto no estaba muerto. Si estaba muerto, podrán de todos modos nacer otros. La imagen más importante era que estaban destapando. La acción era hacía ella o hacía mi. Yo participo. Dirijo la situación de que me abran. La loza se parte en dos en el momento de abrir. Hay frustración con respecto al niño muerto, al niño envuelto en algo negro. Me siento impotente de abrir un canal. Están destruyendo, no construyendo. Ya no me queda

otra solución".

El paciente asocia: "Yo asocio el sueño con el tratamiento psicológico. Rechazo el aspecto del esqueleto muerto. Mis sentimientos no están muertos, pero el esqueleto representa mis sentimientos. Cuando era pequeño me dijeron que no tenía sentimientos. El esqueleto del pequeño es explicable porque surgió esto cuando yo era niño". "Quizá también el destape alude al hecho de que lo de mi mamá estaba enterrado y lo estoy destapando".

Veamos la interpretaciones factibles. Quizá el hombre abriendo el cemento para averiguar lo que está muerto de él, es un cirujano. Simbólicamente, él quiere que sus sentimientos revivan como sus arterias. Quiere tener vida para romper una loza. El esqueleto sin ser tumba habla de una profunda desvitalización. Su secreto es una tumba. ¿Se dió cuenta cuán muerto estaba? La tumba no es transitorio, sino el se murió desde pequeño, desde niño. El tiene que rescatar al niño que la madre mató. Escarba y halla a un niño pequeño quien no llegó a prosperar. Tiene miedo de llegar a un niño que no tiene nada. Hay un asunto negro en él y un ser que murió. Advier-te, "cuidado con escarbar. No hay vida". Interiormente, se siente muerto. El se identifica con la loza de cemento, frío, duro y muerto como es. Sus sentimientos se han convertido en un esqueleto. Afirma con todo eso que pueden nacer otros. Podría ser una especie de lamentación. Se da cuenta que su vida pudo haber sido radicalmente diferente. Siguiendo esta línea de pensamiento, crítica a su matrimonio. Su esposa también está siendo destapada. También los senti-

mientos de ella están muertos. Finalmente, la relación es fría.

Otro sueño repetido que el paciente reporta haber tenido es: llegaba a un jardín muy grande, muy bonito, muy adornado, de mármol, con arquitectura lujosa. "Llegaba yo a un monumento que parecía tumba. Yo iba a ver dónde estaba yo en la tumba. Era tan real el lugar, que en la vigilia quería saber dónde estaba. Tenía 20 años. Me soñaba joven, chamaco. Era un sueño fascinador. A veces iba acompañado y a veces no. Era un lugar conocido. A veces era otra tumba. El lugar era lo que fascinaba. Era rectangular y largo como el patio en la casa de Veracruz. Era blanco, de mármol y con prados".

Adentrando en este sueño uno entiende que el patio de su vida del paciente es un cementerio. Idealiza que el jardín de su casa sea de mármol, pero no puede evitar ver que su casa es una tumba. De allí, otra vez, la depresión.

El paciente en general, siente que la vida se le ha ido rápido. Se preocupa por no morir demasiado joven. Se aferra a la cantidad de vida y no a la calidad. A su comprender, la vida ha sido corta para todo lo que él quiere obtener. Piensa que no ha alcanzado suficiente éxito social, bienes, mujeres. Se ha quemado demasiado pronto. De allí, su mortificación, tensión y desesperación. Se agita y sufre desvitalización que tiene que ver con la atracción por la muerte.

En realidad teme morir joven porque tiene la sensación de que

no ha cumplido con la tarea de vivir. Ha vivido a medias. Se ha quedado con muchos antojos y pendientes. A pesar del buen nivel de energía, necesita sostén, muletas, apoyo. Es dependiente. No obstante, su vida con su mujer ha sido poco satisfactoria. Ha tenido limitantes, pero él se obliga a creer que la ama. A su vez, la coloca en una calidad inferior a él. Ella es "como mi hija" para él. Esto la desautoriza para muchas cosas. El afecto se enajena en relación a la esposa y la insatisfacción amorosa le presiona. Hay una búsqueda obsesiva de efecto sin poderlo encontrar. La aventura y la acción están en la fantasía. No pueden salir a la vida. No puede él ser el protagonista de su vida. Salvo la aventura de la emoción, es extraño a la vida. No ha pasado por la emoción de ser y de sentir la vida. Hay cierto encarcelamiento. Surge la angustia y la desvitalización nuevamente. ¿Hacia dónde deriva tanta energía metida en su tumba? En problemas psicossomáticos. La energía daña su cuerpo. Hay un desgaste energético de salir de su vida, pero al salir es un ser tantálico, esclavizado.

El cuerpo vivo es él como protagonista y el cuerpo muerto es él como espectador. Hay una división de la personalidad. Su estrés está en su frustración de no salir a ser protagonista de su vida. Finalmente, la vida es muy infeliz para él. Compensa creyendo que puede hacer y saber más cosas de las que ha desarrollado. Por ejemplo, no es espía. Cuando fracasa o se le va el tiempo, se desvitaliza. Se agita para lograr méritos, pero no sabe sacar adelante sus facultades.

Es mi opinión que la tipología A está sobresimplificada. La constelación psicológica que genera un infarto es compleja y varía. Además, no ha sido definido completamente. Como aportación a esta búsqueda de rasgos que evolucionan hacia la enfermedad coronaria, se podría añadir: la desvitalización y la atracción por la muerte, la oscilación entre la tensión y la depresión, y la carencia de vivir acompañado por una emoción genuina.

Es cierto lo que Sir William Osler, médico Canadiense dijo. "Algunas veces es menor importante saber que enfermedad tiene el paciente que saber cual paciente tiene la enfermedad".

Pareciera que las características de dominancia, responsabilidad, impulsividad y audacia por ejemplo, que se comprobaron en la investigación actual en relación a los individuos con cardiopatía isquémica, actúan como una sobrecompensación por los rasgos caracterológicos más profundamente enraizados, revelados por el estudio psicoanalítico.

Un recorrido histórico nos llevaría a meditar acerca de las características universales de las sociedades, que aún siguen siendo vigentes.

Goya titula uno de sus Caprichos, A Caza de Dientes. Es un aguafuerte que consta de una mujer que piensa que los dientes de un ahorcado tienen la virtud de conceder poderes mágicos. Ella está poseída por su superstición y a hurtadillas se acerca a un cuerpo que pende de una soga. Voltea la cara como si quisiera nada más ver

a medias el cadáver. Coloca un pedazo de tela a la mitad de la cara como para separarse del cadáver. A la vez oscila entre el horror y la determinación de apoderarse de los inapreciables dientes. Se acerca de puntillas al cuerpo rígido e inerte del muerto. Extiende su mano y la mete en su boca. El simbolismo de este agufuerte es vigente hoy en día. Sea que la mujer en la época de Goya fue movida por la superstición, o sea uno movido en la actualidad por el afán de lucro y reconocimiento como lo es un periodista ante una escena de crimen, ambos están absortos en la implacable persecución de sus intereses. Nada cuenta a menos que se convierta en un medio para lograr sus fines. Ni la muerte está exenta. En todos nosotros parece haber una tendencia a volvernos espectadores indiferentes. Al enfrentarse a la muerte, tanto la mujer del cuadro de Goya como un periodista actual son capaces solamente de captar la fase que representaba una ventaja para ellos, mientras permanecían como espectadores impasibles frente al otro aspecto que para ellos constituía un residuo inútil, el impacto de la muerte misma. Tendemos hacia un encuentro fragmentario en nuestras asociaciones con los demás y en nuestras respuestas ante sucesos importantes. No nos relacionamos a la otra persona o al suceso como un todo sino que aislamos aquella parte que para nosotros es importante.

La persona que de este modo separa la realidad en dos partes, se divide en su futuro íntimo. Tan profundo es el desdoblamiento que experimenta la mujer en el cuadro de Goya, que parece que el artista la mostrara como si se tratara de dos seres aislados el uno del otro: uno tratando de alcanzar un botín apreciado, el otro

desviando miserablemente la mirada de su propia acción.

¿Qué nos querrá comunicar un autor como Kafka o Arthur Miller? Los personajes principales en las novelas El Proceso y el Castillo de Kafka, están completamente despersonalizados y reducidos a meras máscaras. Esta pérdida de identidad conduce a un modus vivendi anónimo. El autor lo simboliza prescindiendo de un nombre, usando en cambio sólo una letra del alfabeto para referirse a ellos. En la Muerte de un Viajante, Arthur Miller retrata a Willy Loman como el "hombre dirigido por otros". Se esfuerza toda su vida por ser popular y "estimado" pero permanece solitario e insignificante. Se asegura que la personalidad siempre se impone pero destinado en reglidad, como teme su mujer, "a caer en su tumba como un perro viejo". Sugiere a su hijo: "Atraviesa la cancha directamente con la pelota y cuando le das, dale bajo y dale duro". No se da cuenta que él mismo está siendo pateado de un lado para otro y que toda su existencia se reduce a lo que una de las mujeres de la trama dice acerca de su vida: "una pelota de fútbol". Miller comunica el desamparo del hombre, la dolorosa experiencia de desarraigo y de exilio.

La enajenación no está relacionada con un período específico, sino está arraigada en la condición humana. Es preciso conocer el grado de enajenación de un paciente para poder explorar su "carácter humanista". Por enajenación se entiende una negación de la productividad y un experimentar al mundo y a uno mismo pasiva y receptivamente. La experiencia vivida y los sentimientos reales son substituidos por la renuncia y la sumisión emocional. Es como si el su-

jeto estuviera separado del objeto. El mundo, los demás y él mismo permanecen ajenos a él. No se puede atribuir la enajenación a acontecimientos históricos, a las dos guerras mundiales de este siglo, por ejemplo, y con ello el surgimiento de gobiernos totalitarios con su desprecio a la inviolabilidad de la persona humana, las cámaras de gas y a todas las brutalidades infligidas a las víctimas de los campos de concentración, el lavado cerebral, y los abruptos cambios económicos que acompañaron a conflictos internacionales que han intensificado la inseguridad y tirantez en las condiciones de vida de millones de hombres. No puede ser que la amplitud de la enajenación humana se debe a unos pocos sucesos aislados y casi fortuitos que han irrumpido en las vidas de la generación presente desde afuera. La enajenación se manifiesta en todos los ámbitos de la vida moderna. Su existencia no es nada más el resultado de ciertos accidentes históricos recientes, sino es una de las tendencias fundamentales de nuestro tiempo. La actual tendencia de nihilismo la refleja. En la esfera del arte la tendencia de los pintores expresionistas de romper con el contenido específico y objetivo refleja la lucha de la vida por ser su propia y auténtica auto-expresión. La vida que emana del ser íntimo del artista debe seguir su propia ley inherente, un objetivo imposible de alcanzar si el artista tratase de crear la semejanza de una forma del mundo exterior. En el fondo hay una rebeldía. La ciencia, la tecnología y el racionalismo vuelcan a la gente en contra hacia el sensacionismo. De allí la decadencia del Occidente. Todo refleja el temor del hombre contemporáneo de que su individualidad sea destruida.

VI BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Abelew, T. (1974). Sex role attitudes, perceptual style, mathematical ability and perceived parental child-rearing attitudes in adolescents (Tesis doctoral, Fordham University, 1974). Dissertation Abstracts International, 35, 1439 B.
2. Abrahamson, D., Schulderrmann, S., & Schulderrmann, E. (1973). Replication of dimensions of locus of control. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41, 320.
3. Abramov, L.A. (1952). Tesis médica. Inedita, Hebrew University Medical School, Jerusalem, Israel.
4. Abramov, L.A. (1976). Sexual life and sexual frigidity among women developing acute myocardial infarction. Psychosomatic Medicine, 38, 418-424.
5. Abramov, L.A., & Dreyfuss, F. (1971). The role of emotional stress prior to myocardial infarction in women. En A. Zanchetti & G. Bartorelli (Eds.), Cardiovascular regulation (págs. 209-211). Milan: Cardiovascular Research Institute.
6. Abramov, L.A., & Kalner, G. (1953). Dicymoral and myocardial infarction. Harefuah, 44, 1-5.
7. Abramowitz, S.I. (1969). Locus of control and self reported depression among college students. Psychological Reports, 25, 149-150.
8. Abramowitz, S.I. (1973). The comparative competence-adjustment of student left social-political activists. Journal of Personality, 41, 244-260.
9. Ackerman, S.H., & Sachar, E.J. (1974). The lactate theory of anxiety: A review and re-evaluation. Psychosomatic Medicine, 36, 69.
10. Ackner, B. (1956). Emotions and the peripheral vasomotor system. Journal of Psychosomatic Research, 1, 3.
11. Adams, R.D. (1981). Estado convulsivo y epilepsia idiopática. En T.R. Harrison (Ed.), Medicina interna (pág. 151). (5a. edición). México, D.F.: La Prensa Médica.
12. Adcock, C.J., & Webberley, M. (1971). Primary mental abilities. Journal of General Psychology, 84, 229-243.

13. Adevai, G., Silverman, A.J., & McGough, W.E. (1970). Ethnic differences in perceptual testing. International Journal of Social Psychiatry, 10, 237-239.
14. Adevai, G., Silverman, A.J., & McGough, W.E. (1968). MMPI findings in field dependent and field independent subjects. Perceptual and Motor Skills, 26, 3-8.
15. Adler, R., Gervasi, A., & Holzer, B. (1975). Perceptual style and pain tolerance: II. The influence of certain psychological factors. Journal of Psychosomatic Research, 17, 369-379.
16. Adorno, T.W., Frenkel-Brunswick, E., Levinson, D.J., & Sanford, R.N. (1950). The authoritarian personality. New York: Harper.
17. Aitkin, C.R.B. (1969). Measurement of feelings using visual analogue scales. Proceedings of the Reports on Social Medicine, 62, 989-993.
18. Alexander, F.G. (1959). Emotional factors in essential hypertension: Presentation of a tentative hypothesis. Psychosomatic Medicine, 1, 173-178.
19. Alexander, F.G. (1959). Psychosomatic medicine: Its principles and applications. New York: Norton.
20. Alexander, S.M. (1970). A study of perceptual and verbal differentiation among male college students (Thesis doctoral, George Washington University, 1971). Dissertation Abstracts International, 31, 6887B.
21. Allen, E. (1975). The relationship between stress and exacerbation of pulmonary tuberculosis. Trabajo inédito.
22. Allport, G.W., Vernon, P.E., & Lindzey, G. (1972). Estudio de valores. México, D.F.: El Manual Moderno.
23. Alonso, A.A., Simm, A.B., & Feinleib, M. (1975). Prodromata of myocardial infarction and sudden death. Circulation, 52, 1056.
24. Altrocchi, J., Palmer, J., & Davis, H. (1968). The Marlowe-Crowne repressor-sensitizer, and internal-external scales and attribution of unconscious hostile intent. Psychological Reports, 23, 1229-1239.
25. Amir, Y. (1972). Inter- and intra- ethnic comparisons of intellectual functions in Israeli and Middle Eastern populations. Abstract Guide of the Twentieth International Congress of Psychology, 175-176.

26. Amir, Y. (1975). Perceptual articulation in three Middle Eastern cultures. Journal of Cross-Cultural Psychology, 6, 406-410.
27. Anastasi, A. (1977). Tests psicológicas. Madrid: Aguilar.
28. Ancona, L., & Carli, R. (1971). The dynamics of cinematographic participation. Icon, 70, 47-73.
29. Anderson, D.L. (1971). Cognitive styles and perceived liberalism-conservatism among protestant ministers (Tesis doctoral, University of Texas at Austin, 1972). Dissertation Abstracts International, 32, 6023B.
30. Andreassi, J.L. (1980). Psychophysiology: Human behavior and physiological response. New York: Oxford.
31. Antler, L. (1964). Relative effects of field dependence, need for social approval and stimulus clarity upon conformity (Tesis Doctoral, Columbia University, 1964). Dissertation Abstracts, 25, 7405B.
32. Antonovsky, A. (1974). Conceptual and methodological problems in the study of resistance resources and stressful life events. En B.S. Dohrenwend & B.F. Dohrenwend (Eds.), Stressful life events: Their nature and effects (págs. 245-258). New York: Wiley.
33. Aponte, J.F., & Miller, F.T. (1972). Stress related social events and psychological impairment. Journal of Clinical Psychology, 28, 455.
34. Appels, A. (1972). Het hertenfart een cultuurlekte. Tijdschr Soc Geneesk, 50, 446-448.
35. Appels, A., de Groot, R., Ruigh, A., & Gonsenan, R. Psychologische kenmerken van patienten die op grond van atherosclerose gecatheteriseerd worden (nr. 201, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, Publicaties afd. Preventieve en Sociale Psychiatrie.
36. Appels, A., de Haes, W., & Schuurman, J. (1979). Een test ter meting van het 'Coronary-Frone Behavior Pattern' Type A. Ned. T. Psychol. 34, 181-188.
37. Arbutnot, J.B. (1968). Relationship among psychological differentiation and leadership styles. Tesis de Maestria inédita, Cornell University, New York, N.Y.

38. Arbuthnot, J.B. (1971). Field independence and maturity of moral judgement, critical distinctive feature analysis, and perceived locus of control. Tesis doctoral inédita, Cornell University, New York.
39. Arbuthnot, J.B., & Gruenfeld, L. (1969). Field independence and educational-vocational interests. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33, 631.
40. Argyle, M., & Dean, J. (1965). Eye contact, distance and affiliation. Sociometry, 28, 289-305.
41. Arlow, J.A. (1945). Identification mechanisms in coronary occlusion. Psychosomatic Medicine, 7, 195.
42. Arlow, J.A. (1952). Anxiety patterns in angina pectoris. Psychosomatic Medicine, 14, 461-467.
43. Aronson, S.R. (1970). A comparison of cognitive vs. focused activities techniques in sensitivity group training. Tesis doctoral inédita, University of Connecticut.
44. Arrowood, M.E., Uhrich, K., Gomillion, C., Pemie, K.A., & Raft, D. (1982). New markers of coronary prone behavior in a rural population. Psychosomatic Medicine, 44, 119.
45. Arvey, R.D., & Dunnette, M.D. (1970). Task performance as a function of perceived effort-performance and performance-reward contingencies (Technical Report). Office of Naval Research.
46. Asch, S.E., & Witkin, H.A. (1948a). Studies in space orientation. I. Perception of the upright with displaced visual fields. Journal of Experimental Psychology, 38, 325-337.
47. Asch, S.E., & Witkin, H.A. (1948b). Studies in space orientation. II. Perception of the upright with displaced visual fields and with body tilted. Journal of Experimental Psychology, 38, 455-477.
48. Atkinson, J.W. (1958). Motives in fantasy, action, and society. Princeton, New Jersey: Van Nostrand.
49. Atkinson, J.W. (1964). An introduction to motivation. Princeton, New Jersey: Van Nostrand.
50. Atkinson, J.W., y Feather, N.T. (1966). A Theory of achievement motivation. New York: Wiley.
51. Atkinson, J.W., y Raynor, J.O. (1974). Motivation and achievement. New York: Wiley.

52. Austrian, R.W. (1976). Differential adaptation of field independent and field dependent subjects to therapy-analogue situations varying in degree of structure (Tesis doctoral, New York University, 1977). Dissertation Abstracts International, 38, 885B.
53. Badaracco, M.L. (1973). Eye contact in relation to perception personality characteristics and verbal interaction content. Tesis de maestria inédita, Colorado State University, Colorado.
54. Baer, D.J. (1964). Factors in perception and rigidity. Perceptual and Motor skills, 19, 563-570.
55. Baker, E. (1967). Perceiver variables involved in the recognition of faces. Tesis doctoral inédita, University of London, London.
56. Bakker, C.B. (1962). Psychological factors in angina pectoris. Psychosomatics, 3: 461-467.
57. Bakker, C.B. (1967). Psychological factors in angina pectoris. Psychosomatics, 8, 43.
58. Bakker, C.B., & Levenson, R.M. (1967). Determinants of angina pectoris. Psychosomatic Medicine, 29, 621-633.
59. Balance, W.D.G. (1967). Acquiescence: acquiescent response style, social conformity, authoritarianism, and visual field dependency (Tesis Doctoral, University of Alabama, 1968). Dissertation Abstracts, 28, 3458B.
60. Ball, S., & Bogatz, G.A. (1970). The first year of Sesame Street: An evaluation (ETS PR 70-15). Princeton, New Jersey: Educational Testing Service.
61. Baraga, E.S. (1977). The relationship of social and maturational variables to development of field-dependence in preschoolers: A longitudinal study (Tesis doctoral, University of North Dakota, 1978). Dissertation Abstracts International, 39, 351B-352B.
62. Baran, S. (1971). Development and validation of a TAT-Type projective test for use among Bantu-speaking people (CSIR Special Report No. PEAS 138). Johannesburg, South Africa: National Institute for Personnel Research, Council for Scientific and Industrial Research.
63. Barboriak, J.J., Anderson, A.J., & Hoffman, R.G. (1982). Smoking, alcohol and coronary artery occlusion. Atherosclerosis, 43, 277-281.

64. Barboriak, J.J., Gruchow, H.W., & Anderson, A.J. (1983). Alcohol consumption and the diet-heart controversy. Alcoholism: Clinical Experimental Research, 7, 31-34.
65. Barclay, A., & Consumano, D.R. (1967). Father absence, cross-sex identity, and field dependent behavior in male adolescents. Child Development, 38, 243-250.
66. Bard, C. (1972). The relation between perceptual style and physical activities. International Journal of Sports Psychology, 3, 107-113.
67. Bardwick, J.M. (1971). Psychology of Woman. New York: Harper and Row.
68. Barnes, R. & Schottstaedt, W.W. (1960). The relation of emotional state to renal excretion of water and electrolytes in congestive heart failure. American Journal of Medicine, 29, 217.
69. Baron, R.A. (1969). The effects of intertrial activity and locus of control orientation on verbal operant conditioning. Psychon. Sci., 15, 69-71.
70. Barrell, G.V., & Trippe, H.R. (1975). Field dependence and physical ability. Perceptual and Motor Skills, 41, 216-218.
71. Barron, F., Block, J., MacKinnon, D.W., & Woodworth, D.G. (1958). An assessment study of air force officers. Part III. Assessment correlates of criteria of officer effectiveness. (WADC-TR-58-91 (CH 1)). (AFOSR-59-40-100-118). Lackland Air Force Base, Texas: Air Research and Development Command, Wright Air Development Center, Personnel Laboratory.
72. Barry, H. (1969). Cross-cultural research with matched pairs of societies. Journal of Social Psychology, 79, 25-33.
73. Barry, H., Child, I., & Bacon, M. (1959). Relation of child training to subsistence economy. American Anthropology, 61, 51-63.
74. Bar-Tal, D., & Bar-Zohar, Y. (1977). The relationship between perception of locus of control and academic achievement. Contemporary Educational Psychology, 2, 181-199.
75. Bartel, N. (1971). Locus of control and achievement in middle and lower class children. Child Development, 42, 1099-1107.

76. Batlis, N., Webb, J.T., Dekker, D., & Muehleisen, R. (1972). The relationship of stressful life events and hospitalization in a student sample. Trabajo presentado en la Junta del Ohio Psychological Association, Columbus, Ohio.
77. Battle, E., & Rotter, J. (1963). Children's feelings of personal control as related to social class and ethnic group. Journal of Personality, 31, 482-490.
78. Baxter, J. (1970). Interpersonal spacing in natural settings. Sociometry, 33, 444-456.
79. Beck, A.T. (1967). Depression-Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper and Row.
80. Beck, A.T. (1975). The development of depression: A cognitive model. En R. Friedman & D.P. Kriskern (Eds.), Psychology of depression: contemporary theory and research. Washington: Winston-Wiley.
81. Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 861-865.
82. Beck, J.C., & Worthen, K. (1972). Precipitating stress, crisis theory and hospitalization in schizophrenia and depression. Archives of General Psychiatry, 26, 123-129.
83. Beckerle, G.P. (1966). Behavioral traits related to psychological differentiation in pre-adolescent boys. (Doctoral dissertation, Michigan State University, 1967). Dissertation Abstracts, 28, 336B.
84. Beckman, L. (1972). Locus of control and attitudes toward mental illness among mental health volunteers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38, 84-89.
85. Beij-Docter, M.A., & Elshout, J.J. (1969). Veldafhankelijkheid en geheugen met betrekking tot sociaal relevant en social niet-relevant materiaal. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en Haar Grensgebieden, 21, 267-279.
86. Bekker, B.V. (1972). Interimverslag resultaten WHO registratie project ischaemische hartziekten. Nijmegen.
87. Bell, D.R., & McManis, D.L. (1968). Perceptual differences of subjects classified as reward seekers and punishment avoiders. Perceptual and Motor Skills, 27, 51-56.
88. Bell, E.G. (1955). Inner-directed and other-directed attitudes. Tesis doctoral inédita, Yale University.

89. Beller, E.K. (1962). Personality correlates of perceptual discrimination in children. En E.K. Beller & J.B. Turner (Eds.), A study of dependency and aggression in early childhood (Beller Progress Report: Project M-849). New York: Child Development Center.
90. Bem, S.L. (1972, May). Psychology looks at sex roles: Where have all the androgynous people gone? Trabajo presentado en la UCLA Symposium on women.
91. Bengtsson, C. (1973). Ischaemic heart disease in women. Acta Medica Scandinavica, 549 (Suppl.), 1-128.
92. Bengtsson, C., & Pibblin, G. (1973). Social factors, stress experience and personality traits in women with ischaemic heart disease, compared to a sample population. Acta Medica Scandinavica, 549 (Suppl), 82-92.
93. Bennett, M., & Chandra, S. (1975). Some ecological factors in individual test performance. En J.I.M. Dawson & W.J. Lonner (Eds.), Readings in cross-cultural psychology (págs. 185-189). Hong Kong: Hong Kong University Press.
94. Benson, J.S., & Kennelly, K.J. (1976). Learned helplessness: The result of an uncontrollable reinforcements or uncontrollable aversive stimuli? Journal of Personality and Social Psychology, 34, 138-145.
95. Bercovici, A.M. (1970). The influence of aggressive and non-aggressive television and cognitive style on elementary and junior high school children. Tesis de maestría inédita, University of California, Los Angeles, California.
96. Berggren, T. (1972). Internal vs. external control of reinforcement. Trabajo inédito. Uppsala, Suecia: University of Uppsala, Department of Psychology.
97. Berggren, T., Ohman, A., & Fredrikson, M. (1977). Locus of control and habituation of the electrodermal orienting response to nonsignal and signal stimuli. Journal of Personality and Social Psychology, 35, 708-716.
98. Bergsma, L.C., & Bergsma, H.M. (1978). Internal-external control and attitudes toward energy conservation and Warren Commission Report. The Journal of Psychology, 99, 255-257.
99. Berland, J.C. (1977). Cultural amplifiers and psychological differentiation among Khanabadosh in Pakistan. Tesis doctoral inédita, University of Hawaii, Hawaii.
100. Berry, J.W. (1966). Tenne and Eskimo perceptual skills. International Journal of Psychology, 1, 207-229.

101. Berry, J.W. (1967). Independence and conformity in subsistence level societies. Journal of Personality and Social Psychology, 7, 415-418.
102. Berry, J.W. (1971). Ecological and cultural factors in spatial perceptual development. Canadian Journal of Behavioral Science, 3, 324-336.
103. Berry, J.W. (1973, February). Ecology, cultural adaptation and psychological differentiation: Traditional patterning and acculturative stress. Trabajo presentado en el East-West Culture Learning Institute, Honolulu, Hawaii.
104. Berry, J.W. (1976). Human ecology and cognitive style: Comparative studies in cultural and psychological adaptation. New York: Wiley.
105. Berry, J.W., & Annis, R.C. (1974). Ecology, culture and psychological differentiation. International Journal of Psychology, 9, 173-193.
106. Berzins, J., & Ross, W. F. (1975). Locus of control among opiate addicts. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40, 84-91.
107. Berzins, J., Ross, W.F., & Cohen, D.I. (1970). Skill versus chance activity preferences as alternative measures of locus of control: An attempted cross-validation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35, 18-20.
108. Bhatia, K., & Golin, S. (1978). Role of locus of control in frustration produced aggression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 364-365.
109. Bialer, I. (1961). Conceptualization of success and failure in mentally retarded and normal children. Journal of Personality, 29, 303-320.
110. Bibring, E. (1968). The mechanism of depression. En P. Greenacre (Ed.), Affective disorders. New York: International University Press.
111. Bieliauskas, L., & Strugar, D. (1976). Sample size characteristics and scores on the Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research, 20, 201-205.
112. Bieliauskas, L., & Webb, J. (1974). The Social Readjustment Rating Scale: Validity in a college population. Journal of Psychosomatic Research, 18, 115-123.

113. Bieri, J. (1960). Parental identification, acceptance of authority, and within-sex differences in cognitive behavior. Journal of Abnormal and Social Psychology, 60, 70-79.
114. Biggs, J.B., Fitzgerald, D., & Atkinson, S.M. (1971). Convergent and divergent abilities in children and teachers' ratings of competence on certain classroom behaviors. British Journal of Educational Psychology, 41, 277-286.
115. Bill, R.A. (1976). Alcoholism, life events and psychiatric impairment-work in progress on alcoholism. Annals of the New York Academy of Sciences, 273, 467-479.
116. Biller, H.B. (1971). The mother-child relationship and father-absent boy's personality development. Merrill-Palmer Quarterly, 17, 227-241.
117. Biondo, J., & Mac Donal, A.P. Jr. (1971). Internal-external locus of control and response to influence attempts. Journal of Personality, 39, 407-419.
118. Björck, G. (1959). Environment and disorders of the circulatory system. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 35, 5.
119. Björck, G. Contrasting concepts of ischaemic heart disease. (1975). The 1974 Lilly Lectures given in Oxford and London. Stockholm: Almqvist and Wiksell.
120. Birmingham, D.L. (1974). Situational and personality factors in conformity (Tesis doctoral, Saint Louis University, 1974). Dissertation Abstracts International, 33, 2421B.
121. Birnbaum, A.S.G. (1975). Social correlates of field articulation in adolescents: The effect upon productivity in the presence of others (Tesis doctoral, Hofstra University, 1975). Dissertation Abstracts International, 36, 1459B-1960B.
122. Birren, J., Cardon, P., & Phillips, S. (1963). Reaction time as a function of the cardiac cycle in young adults. Science, 140, 195-196.
123. Black, J. (1961). Preliminary manual for the D 48 test. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
124. Blake, R.R., & Ramsey, G.V. (1951). Perception: An approach to personality. New York: Ronald.
125. Blay, G.A. (1973). Obesity in perspective (DHEW Publication No. (NIH) 75-708). pag. 7.

126. Bloomberg, M., & Meehan, S. (1981). Effect of induced locus of control on change in field independence. Journal of Clinical Psychology, 60, 210-215.
127. Bloomberg, M., & Soneson, S. (1975). The effects of locus of control and field independence-dependence on moral reasoning. Journal of Genetic Psychology.
128. Blumenthal, J.A., Herman, S., O'Toole, L.C., Hancy, T.L., Williams, R.B., Jr., & Barefoot, J.C. (1985). Development of a brief self-report measure of the type A (coronary prone) behavior pattern. Journal of Psychosomatic Research, 29, 265-274.
129. Blumenthal, J.A., Thompson, L.W., Williams, R.B., Jr., & Kong, Y. (1979). Anxiety-proneness and coronary heart disease. Journal of Psychosomatic Research, 23, 17-21.
130. Blumenthal, J.A., Williams, R.B., Kong, Y., Schanberg, S.M., & Thompson, L.W. (1978). Type A behavior pattern and coronary atherosclerosis. Circulation, 58, 534-539.
131. Blumenthal, A., Williams, R.B., Kong, Y., Thompson, L.W., Jenkins, C.D., & Rosenman, R.H. (1975). Coronary-prone behavior and angiographically documented coronary disease. Psychosomatic Medicine, 37, 79.
132. Bock, R.D., & Kolakowski, D. (1973). Further evidence of sex-linked major-gene influence on human spatial visualizing ability. American Journal of Human Genetics, 25, 1-14.
133. Bogdonoff, M.D., Ester, E.H., Harlow, W.R., Trout, D.L., & Kirshner, N. (1960). Metabolic and cardiovascular changes during a state of acute central nervous system arousal. Journal of Clinical Endocrinology, 20, 1353.
134. Bogo, N., Winget, C., & Gleser, G.C. (1970). Ego defenses and perceptual styles. Perceptual and Motor Skills, 30, 599-605.
135. Bohlin, G. (1971). Monotonous stimulation, sleep onset, and habituation of the orienting reaction. Electroencephalography and Clinical Neurophysiology, 31, 593-601.
136. Bonani, M., & Rimé, B. (1972). Approch exploratoire de la personnalité precoronarienne par analyse standardisée de domes projectives thematiques. Journal of Psychosomatic Research, 16, 105-113.
137. Bonjer, F.H. (1972). Hartonderzoek in bedrijven. Hartbulletin, 3, 59.

138. Bonn, J.A., Harrison, J., & Rees, W.L. (1971). Lactate-induced anxiety: Therapeutic applications. British Journal of Psychiatry, 119, 468.
139. Bonstock, H., & Jarvis, M. (1970). Changes in the form of the cerebral evoked response related to the speed of simple reaction time. Electroencephalography and Neurophysiology, 29, 137-145.
140. Boom Times on the psychic frontier. (1974). Time, págs. 65-72.
141. Boor, M. (1976). Relationship of internal-external control and United States suicide rates, 1966-1973. Journal of Clinical Psychology, 32, 795-797.
142. Bortner, R., & Rosenman, R.H. (1967). The measurement of pattern A behavior. Journal of Chronic Diseases, 20, 525-533.
143. Bortner, R.W. (1969). A short rating scale as a potential measure of pattern A behavior. Journal of Chronic Diseases, 22, 87-91.
144. Boschi, F., & Loprieno, M. (1968a). Comportamento in gruppo di soggetti subnormali con stile conoscitivo globale ed articolato. Rivista di Neurobiologia, 14, 1-5.
145. Boschi, F., & Loprieno, M. (1968b). Stile conoscitivo e resistenza alle pressioni di gruppo. Rivista di Psicologia, 62, 207-225.
146. Boshier, R. (1973). Conservatism and superstitious behavior. En G.D. Wilson (Ed.), The psychology of conservatism. London: Academic Press.
147. Botwinick, J., & Thompson, L. (1971). Cardiac functioning and reaction time in relation to age. Journal of Genetic Psychology, 119, 127-132.
148. Bowers, K.S. (1973). Situationism in psychology: An analysis and a critique. Psychological Review, 80, 307-336.
149. Brady, J.V. (1958). Ulcers in "executive" monkeys. Scientific American, 199, 95-103.
150. Bramel, D. (1969). Interpersonal attraction, hostility and perception. En J. Mills (Ed.), Experimental Social Psychology. London: Macmillan.
151. Brammer, L.M., & Shostrom, E.L. (1968). Therapeutic Psychology. New Jersey: Prentice-Hall.

152. Bramwell, S.T., Masuda, M., & Wagner, N.N. (1975). Psychosocial factors in athletic injuries. Journal of Human Stress, 1, 6-21.
153. Brand, R.J., Rosenman, R.H., Jenkins, C.D., Sholtz, R.I., & Zyzanski, S.J. (1977). Comparison of coronary heart disease prediction in the Western Collaborative Group Study using the structured interview and the Jenkins Activity Survey assessments of the coronary-prone type A behavior pattern. Journal of Chronic Diseases.
154. Brand, R.J., Rosenman, R.H., Sholtz, R.I., & Fridman, M. (1976). Multivariate prediction of coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study compared to the findings of the Framingham Study. Circulation, 53, 348-355.
155. Brandsma, J.M. (1971). The effects of personality and placebo instructional sets on psychophysiological responding (Tesis doctoral, Pennsylvania State University, 1971). Dissertation Abstracts International, 32, 6672B.
156. Braun, J.A. (1971). The empathetic ability of psychotherapists as related to therapist perceptual flexibility and professional experience, patient insight, and therapist-patient similarity (Tesis doctoral, Fordham University, 1971). Dissertation Abstracts International, 32, 2392B.
157. Braumwald, E., Cohn, R., & Ross, R. (1980). Ischemic Heart Disease. En T.R. Harrison (Ed.), Principles of Internal Medicine. (págs. 1116-1124). New York: McGraw-Hill Book Company.
158. Breen, L.J., & Prociuk, T.J. (1970). Internal-external locus of control and guilt. Journal of Clinical Psychology, 32, 301-302.
159. Brehm, J., & Cohen, A.R. (1962). Explorations in cognitive dissonance. New York: Wiley.
160. Brillhart, B.L. (1966). Speaker message perception and attitude change of listeners as a function of field dependence (Tesis doctoral, Pennsylvania State University, 1966). Dissertation Abstracts, 27, 1402A.
161. Brillhart, B.L. (1970). Relationship of speaker-message perception to perceptual field independence. Journal of Communication, 20, 153-160.
162. Brinkman, E.H. (1966). Programmed instruction as a technique for improving spatial visualization. Journal of Applied Psychology, 50, 179-184.

163. Brislin, R.W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. Journal of Cross-Cultural Psychology, 1, 185-216.
164. Britain, S.D., & Abad, M. (1974, September). Field independence: A function of sex and socialization in a Cuban and an American group. Trabajo presentado en la junta del American Psychological Association, New Orleans, Louisiana.
165. Brod, J., Fenel, V., Hejl, Z., & Jirke, J. (1959). Circulatory changes underlying blood pressure elevations during acute emotional stress in normotensive and hypertensive subjects. Clinical Science, 18, 269.
166. Brooks, I.R. (1976). Cognitive ability assessment with two New Zealand ethnic groups. Journal of Cross-Cultural Psychology, 7, 347-356.
167. Brophy, J., & Good, T. (1974). Teacher-student relationships: Causes and consequences. New York: Holt, Rinehart and Winston.
168. Broverman, I.K., Broverman, D., Clarkson, F.E., Rosenkrantz, P.S., & Vogel, S.R. (1970). Sex role stereotypes and clinical judgements of mental health. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34, 1-7.
169. Broverman, D.M., Broverman, I.K., Vogel, W., Palmer, R.D., & Klaiber, E.L. (1964). The automatization cognitive style and physical development. Child Development, 35, 1343-1359.
170. Broverman, D.M., Klaiber, E.L., Kabavashi, Y., & Vogel, W. (1968). Roles of activation and inhibition in sex differences in cognitive abilities. Psychological Review, 75, 23-50.
171. Brown, G.W. (1974). Meaning, measurement, and stress of life events. En B.S. Bohrenwend & B.P. Bohrenwend (Eds.), Stressful life events: Their nature and effects. New York: Wiley.
172. Brown, G.W., Sklar, F., Harris, T.O., & Birley, J.L.T. (1973). Life events and psychiatric disorders: Some methodological issues. Psychological Medicine, 3, 74-87.
173. Brown, J.C., & Strickland, B.R. (1972). Belief in internal-external control of reinforcement and participation in college activities. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38, 148.
174. Brown, M. (1963). Anagrams Tests. Trabajo inédito, University of Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan, Canada.
175. Brozek, J., Keys, A., & Blackburn, H. (1966). Personality differences between potential coronary and noncoronary subjects. Annals of the New York Academy of Sciences, 134, 1057-1064.

176. Bruegel, M. (1971). Relationship of pre-operative anxiety to perception of post-operative pain. Nursing Research, 20, 20.
177. Bruhn, J.G., Chandler, B., & Lynn, T.N. (1966). Social characteristics of patients with coronary heart disease. American Journal of Medical Science, 35, 251.
178. Bruhn, J.G., Chandler, B., & Wolf, S. (1969). A psychological study of survivors and non-survivors of myocardial infarction. Psychosomatic Medicine, 31, 8-19.
179. Bruhn, J.G., McCrady, K., & DuPlessis, A.L. (1968). Evidence of "emotional brain" preceding death from myocardial infarction. Psychiatry Digest, 29, 34-40.
180. Bruhn, J.G., Paredes, A., Adsett, C.A., & Wolf, S. (1974). Psychological predictors of sudden death in myocardial infarction. Journal of Psychosomatic Research, 18, 187.
181. Bruner, J.S., & Krech, D. (1950). Perception and personality: A symposium. Durham, North Carolina: Duke University Press.
182. Bryant, B.K., & Trockel, J.F. (1976). Personal history of psychological stress related to locus of control orientation among college women. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44, 260-271.
183. Burch, G.E., & Giles, T. (1973). Aspects of the influence of psychic stress on angina pectoris. American Journal of Cardiology, 31, 108.
184. Burnes, K., Brown, W.A., & Keating, G.W. (1971). Dimensions of control: correlation between MMPI and I-E scores. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39, 501.
185. Burnsten, B., Russ, J.J. (1965). Preoperative psychological state and corticosteroid levels of surgical patients. Psychosomatic Medicine, 1, 27.
186. Busch, J.C., & De Ridder, L.M. (1973). Conformity in pre-school disadvantaged children as related to field dependence, sex, and verbal reinforcement. Psychological Reports, 32, 667-673.
187. Busse, T.V. (1969). Child-rearing antecedents of flexible thinking. Developmental Psychology, 1, 585-591.
188. Butterfield, E.C. (1963). Locus of control, test anxiety, reactions to frustration and achievement attitudes. Journal of Personality, 32, 298-311.

189. Byrne, D.G. (1979). Anxiety as state and trait following survived myocardial infarction. British Journal of Social and Clinical Psychology, 18, 417-423.
190. Byrne, D., Barry, J., & Nelson, B. (1963). Relation of the revised Depression-Sensitization Scale to measures of self-description. Psychological Reports, 13, 323-334.
191. Byrne, D., & Griffitt, W. (1975). Interpersonal attraction. En. P. Mussen y M.R. Rosenzweig (Eds.), Annual Review of Psychology.
192. Byrne, D.G., & Henderson, A.S. (1976). Behavioral epidemiology and coronary heart disease: Some sources of error and an alternative conceptual model. Aust NZ Journal of Medicine, 6, 425-429.
193. Byrne, D.G., & Whyte, H.M. (1978). Dimensions of illness behavior in survivors of myocardial infarction. Journal of Psychosomatic Research, 22, 485-491.
194. Byrne, D.G., & Whyte, H.M. (1980). Life events and myocardial infarction revisited: The role of measures of individual impact. Psychosomatic Medicine, 42, 1-10.
195. Byrne, D.G., Whyte, H.M., & Butler, K.L. (1981). Illness behavior and outcome following survived myocardial infarction: A prospective study. Journal of Psychosomatic Research, 25, 97-107.
196. Cabrera, Y.A. (1964). A study of American and Mexican-American culture values and their significance in education. Dissertation Abstracts, 25, 309.
197. Caffrey, B. (1968). Reliability and validity of personality and behavioral measures in a study of coronary heart disease. Journal of Chronic Diseases, 21, 191-204.
198. Caffrey, B. (1970). A multi-variate analysis of socio-psychological factors in monks with myocardial infarctions. American Journal of Public Health, 60, 452-458.
199. Calhoun, L.G., Cheney, T., & Dawes, A.S. (1974). Locus of control self-reported depression and perceived causes of depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 736.
200. Callaway, E., & Layne, R. (1964). Interaction between the visual evoked response and two spontaneous biological rhythms: The EEG alpha cycle and the cardiac arousal cycle. Annals of the New York Academy of Sciences, 112, 421-431.

201. Camargo, C.A., Vranizan, K.M., Thoresen, C.E., & Wood, P.D. (1986). Type A behavior pattern and alcohol intake in middle-aged men. Psychosomatic Medicine, 48, 575-579.
202. Camargo, C.A., Williams, P.T., Vranizan, K.M., Albers, J.J., & Wood, P.D. (1985). The effect of moderate alcohol intake on serum apolipoproteins A-I and A-II. Journal of the American Medical Association, 253, 2854-2857.
203. Cameron, N. (1963). Personality Development and Psychopathology. A dynamic approach. Boston: Houghton Mifflin.
204. Campbell, J.T., Crooks, L.A., Mahoney, M.H., & Rock, D.A. (1973). An investigation of sources of bias in the prediction of job performance: A six-year study. Princeton, New Jersey: Education Testing Service.
205. Cannon, W.B. (1920). Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. New York: Appleton Century.
206. Cantril, H. (1965). The pattern of human concerns. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
207. Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.
208. Caplan, R.D. (1975). A less heretical view of life change and hospitalization. Journal of Psychosomatic Research, 19, 247-250.
209. Caprio, F. (1967). The sexually adequate female. New York: The Citadel Press.
210. Carlsson, R. (1971). Sex differences in ego functioning: Exploratory studies of agency and communion. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37, 266-267.
211. Carrigan, W.C. (1967). Stress and psychological differentiation. (Tesis doctoral, State University of New York at Buffalo, 1967). Dissertation Abstracts, 28, 1185B.
212. Carter, S.L. (1976). The structure and transmission of individual differences in patterns of cognitive ability. (Tesis Doctoral, University of Minnesota, 1977). Dissertation Abstracts International, 37, 5318B-5319B.
213. Case, H.W., & Ruch, F. (1949). Manual of directions: Survey of space relations ability. Monterrey, California: California Test Bureau.

214. Casey, R., Masuda, M., & Holmes, T.H. (1967). Quantitative study of recall of life events. Journal of Psychosomatic Research, 11, 239-247.
215. Cassem, T.H., & Hackett, T.P. (1971). Psychiatric consultation in a coronary care unit. Annals of Internal Medicine, 75.
216. Cassem, T.H., & Hackett, T.P. (1973). Psychological rehabilitation of myocardial infarction patients in the acute phase. Heart and Lung, 2, 385.
217. Castañeda Rodríguez Cabo, E. (1981). Estudio de tiempo de reacción en un grupo de niños de estancias infantiles. Tesis de Licenciatura inédita, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
218. Castillo Borquez, M.A. (1979). Factores de riesgo en la psicogénesis de las enfermedades cardiovasculares. Tesis de Licenciatura inédita, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
219. Cathey, C., Jones, H.B., & Naughton, J. (1962). Relation of life stress to the concentration of serum lipids in patients with coronary artery disease. American Journal of Medical Science, 244, 421.
220. Cattell, R.B. (1948a). Primary personality factors in the realm of objective tests. Journal of Personality, 16, 459-487.
221. Cattell, R.B. (1948b). The primary personality factors in women compared with those in men. British Journal of Psychology, 1, 114-150.
222. Cattell, R.B. (1955). The principal replication factors discovered in objective personality tests. Journal of Abnormal and Social Psychology, 50, 291-314.
223. Cattell, R.B. (1957). Personality and motivation structure and measurement. New York: World.
224. Cattell, R.B. (1969). Is field independence an expression of general personality source trait of independence, U.I. 19? Perceptual and Motor Skills, 28, 865-866.
225. Cattell, R.B. (1973). Personality and mood by questionnaire. San Francisco: Jossey Bass.
226. Cattell, R.B., Blerrett, D.B., & Beloff, J.R. (1955). The inheritance of personality. A multiple variance analysis determination of approximate nature-nurture ratios for primary personality factors in Q-data. American Journal of Human Genetics, 7, 122-146.

227. Cattell, R.B., & Dreydahl, J.E. (1955). A comparison of the personality profile (16PF) of eminent researchers with that of eminent teachers and administrators, and the general population. British Journal of Psychology, 46, 248-261.
228. Cattell, R.B., Eber, H.W., & Tatsuoka, M.M. (1970). Handbook for the Sixteen Personality Questionnaire 16 PF. Champaign, Illinois: I.P.A.T.
229. Cattell, R.B., Eber, H.W., & Tatsuoka, M.M. (1980). Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad. México, D.F.: Manual Moderno.
230. Cattell, R.B., & Kline, P. (1977). The scientific analysis of personality and motivation. London: Academic Press.
231. Cattell, R.B., & Krug, S.E. (1967). Personality factor profile peculiar to the student smoker. Journal of Counseling Psychology, 14, 116-121.
232. Cattell, R.B., & Scheier, I.H. (1961). The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York: Ronald Press.
233. Cattell, R.B., & Scheier, I.H. (1963). Handbook for the I.P.A.T. Anxiety Scale Questionnaire. Champaign, Illinois: I.P.A.T.
234. Cattell, R.B. & Stice, G.F. (1953). The psychodynamics of small groups. (NR-172-369, contrato ON 80 nr-79600). Human Relations Branch Office of Naval Research.
235. Cattell, R.B., & Warburton (1967). Objective personality and motivation tests: A theoretical introduction and practical compendium. Urbana, Illinois: University of Illinois Press.
236. Cavalli-Sforza, L., & Feldman, M.W. (1973a). Cultural versus biological inheritance: Phenotypic transmission from parent to children. (A theory of the effect of parental phenotypes on children's phenotype. American Journal of Human Genetics, 25, 618-634.
237. Cavalli-Sforza, L., y Feldman, M.W. (1973b). Models for cultural inheritance. I. Group mean and within group variation. Theoretical Population Biology, 3, 42-55.
238. Cay, E.L., Vetter, N., Philip, A.E., & Dugard, P. (1972b). Psychological reactions to a coronary care unit. Journal of Psychosomatic Research, 16, 437-447.

239. Cay, E.L., Vetter, N., Philip, A.E., & Dugard, P. (1972a). Psychological status during recovery from an acute heart attack. Journal of Psychosomatic Research, 16, 425-435.
240. Cay, E.L., Vetter, N., Philip, A., & Dugard, P. (1973b). Practical aspects of cardiac rehabilitation. Giornale Internazionale di Cardiologia, 3, 646-655.
241. Cay, E.L., Vetter, N., Philip, A., & Dugard, P. (1973a). Return to work after a heart attack. Journal of Psychosomatic Research, 17, 231-243.
242. Cegalis, J.A., & Leen, D. (1977). Individual differences in responses to induced perceptual conflict. Perceptual and Motor Skills, 44, 991-998.
243. Celdrán, H.H. (1970). The cross-cultural consistency of two social consensus scales: The seriousness of illness Rating Scale and the Social Readjustment Rating Scale in Spain. Tesis médica inédita, University of Washington, Seattle, Washington.
244. Chambers, W.N., & Reisner, M.F. (1953). Emotional stress in precipitation of congestive heart failure. Psychosomatic Medicine, 15, 38.
245. Chance, J.E., & Goldstein, A.G. (1971). Internal-external control of reinforcement and embedded figures performance. Perception and Psychophysics, 9, 53-54.
246. Chandler, M.J., Greenspan, S., & Barenboim, C. (1974). Assessment and training of role-taking and referential skills in institutionalized emotionally disturbed children. Developmental Psychology, 10, 546-553.
247. Chandler, T.A. (1976). A note on the relationship of internality-externality, self-acceptance, and self-ideal discrepancies. The Journal of Psychology, 94, 145-146.
248. Chandler, T.A., & Dugovics, D.A. (1977). Sex differences in research on locus of control. Psychological Reports, 41, 47-53.
249. Chandra, S. (1974, August). Cognitive development-Indians and Fijians. Trabajo presentado en The Second International Convention of the International Association for Cross-Cultural Psychology, Kingston, Ontario, Canada.
250. Chaplin, M.V., & Keller, H.R. (1974). Decentering and social interaction. Journal of Genetic Psychology, 124, 269-275.

251. Chapman, C.R., & Cod, G.B. (1977). Anxiety, pain and depression surrounding elective surgery: A multi-variate comparison of abdominal surgery patients with kidney donors and recipients. Journal of Psychosomatic Research, 21, 7.
252. Chapman, J.W., & Nicholls, J.G. (1976). Occupational identity status, occupational preference, and field dependence in Maori and Pakeha boys. Journal of Cross-Cultural Psychology, 7, 61-72.
253. Chardack, W.M. (1967). The after care of patients with implanted cardiac pacemakers. Circulation, 36, 176.
254. Chavetz, J.S. (1974). Masculine/Feminine or Human? Itasca, Illinois: Peacock.
255. Chavez Rivera, I. (1973). Cardioneumología, fisiopatología y clínica. México, D.F.: UNAM.
256. Chesney, M.A., Black, G.W., Chadwick, J.H., Rosenman, R.H. (1981). Psychological correlates of the coronary-prone behavior pattern. Journal of Behavioral Medicine, 3, 217-230.
257. Chocholle, R. (1963). Les temps de réaction. En P. Fraisse & J. Piaget (Eds.), Traité de psychologie expérimentale: II. Sensation et motricité. Paris: Presses Univ.
258. Christie, R. (1970). Relationships between machiavellianism and measures of ability, opinion, and personality. En R. Christie & F. Geis (Eds.), Studies in machiavellianism (págs. 35-52). New York: Academic Press.
259. Chung, W.S. (1966). Relationships among measures of cognitive style, vocational preferences, and vocational identification (Tesis doctoral, George Peabody College for Teachers, 1967). Dissertation Abstracts, 27, 4110B-4111B.
260. Churchill, R.D., Curtis, J.M., Coombs, C.H., & Harrell, T.W. (1942). Effect of engineer school training on the surface development test. Educational and Psychological Measurement, 2, 279-280.
261. Clack, G.S. (1970). Effects of social class, age, and sex on tests of perception, affect discrimination, and deferred gratification in children (Tesis doctoral, Washington University, 1970). Dissertation Abstracts International, 31, 2275 B.

262. Claeys, W., & DeBoeck, P. (1976). The influence of some parental characteristics on children's primary abilities and field independence: A study of adopted children. Child Development, 47, 842-845.
263. Claeys, W., & Mandosi, M. (1977). Extended family as an environmental correlate of the test performances of eleventh grade Zairese subjects. En Y.H. Poortinga (Ed.), Basic problems in cross-cultural psychology: selected papers from the Third International Meeting of the Association for Cross-Cultural Psychology. Amsterdam, The Netherlands: Swets Y. Zeitlinger.
264. Clar, P.N. (1971). The relationship of psychological differentiation to client behavior in vocational choice counseling (Tesis doctoral, University of Michigan, 1971). Dissertation Abstracts International, 32, 1837B.
265. Claridge, G. (1967). Personality and arousal: A psychophysiological study of psychiatric disorder. New York: MacMillan.
266. Clark, P.R.F., y Spear, F.G. (1964). Reliability and sensitivity of the self-assessment of well-being. Bulletin of the British Psychological Society, 17, 18.
267. Cleveland, S.E., & Johnson, D.L. (1962). Personality patterns in young males with coronary heart disease. Psychosomatic Medicine, 24, 000.
268. Cline, D.W., & Ghosy, J.J. (1972). A prospective study of life changes and subsequent health changes. Archives of General Psychiatry, 27, 51-58.
269. Coates, S. (1972). Preschool Embedded Figures Test manual. Palo Alto, California: Psychologists Press.
270. Coates, S. (1974). Sex differences in field independence among preschool children. En R.C. Friedman, R.M. Richard & R.L. Vande Wiele (Eds.), Sex differences in behavior (págs. 259-274). New York: Wiley.
271. Coates, S. (1975). Field independence and intellectual functioning in preschool children. Perceptual and Motor Skills, 41, 251-254.
272. Cobb, S. (1977). Coronary disease and type A behavior. Psychosomatic Medicine, 39, 211-212.
273. Coddington, R.D. (1972a). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children I. A survey of professional workers. Journal of Psychosomatic Research, 16, 7-18.

274. Codrington, R.D. (1972b). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. II. A Study of a normal population. Journal of Psychosomatic Research, 16, 205-213.
275. Coehlo, G., Hamburg, D.A., & Adams, J.E. (1974). Coping and adaptation. New York: Basic Books.
276. Cohen, A., & Farley, E. (1973). An exploratory study of individual differences in perceptual centering and decentering. Journal of Psychology, 81, 133-136.
277. Cohen, D.B., & Wolfe, G. (1973). Dream recall and repression: Evidence for an alternative hypothesis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41, 349-355.
278. Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral Sciences. New York: Academic Press.
279. Cohen, J.B. (1974). Socio-cultural change and behavior patterns in disease etiology: an epidemiologic study of coronary disease among Japanese Americans. Thesis doctoral inedita, University of California at Berkeley.
280. Cohen, J., Dearnley, E.J., & Hansel, C.E.M. (1958). A quantitative study of meaning. British Journal of Educational Psychology, 28, 141-148.
281. Cohen, J., & Struening, E.L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. Journal of Abnormal and Social Psychology, 64, 349-360.
282. Cohen, J., & Struening, E.L. (1965). Opinions about mental illness: Hospital differences in attitude for eight occupational groups. Psychological Reports, 17, 23-26.
283. Cohen, M.D., Consolazio, R.D., & Johnson, R.E. (1947). Blood lactate response during moderate exercise in neurocirculatory asthenia, anxiety neurosis, or effort syndrome. Journal of Clinical Investigation, 26, 339.
284. Cohen, M.E., White, P.D., & Johnson, R.E. (1948). Neurocirculatory asthenia, anxiety neurosis or the effort syndrome. Archives of Internal Medicine, 81, 260.
285. Cohen, P.F., & Braunwald, E. (1980). Chronic coronary artery disease. In E. Braunwald (Ed.), Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine (pages 1387-1450). Philadelphia: W.B. Saunders Co.

286. Cohen, S., Rothbart, M., & Phillips, S. (1976). Locus of control and the generality of learned helplessness in humans. Journal of Personality and Social Psychology, 34, 1049-1056.
287. Cohn, J.N. (1981). Shock. En J.W. Hurst (Ed.), El corazón (Págs. 734-744), (2a. ed.). Barcelona: Toray.
288. Cole, D., & Cole, S. (1977). Counternormative behavior and locus of control. Journal of Social Psychology, 101, 21-28.
289. Cole, D., Rodríguez, J., & Cole, S. (1978). Locus of control in Mexican and Chicanos: The case of the missing fatalist. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1323-1329.
290. Colker, R.L. (1972). Social perception and influence as a function of field dependence-independence (Tesis Doctoral, University of Pittsburgh, 1973). Dissertation Abstracts International, 34, 407B.
291. Collins, B.E. (1974). Four components of the Rotter Internal-External Scale: Belief in a difficult world, a just world, a predictable world, and a politically responsive world. Journal of Personality and Social Psychology, 29, 381-391.
292. Collins, H., Taylor, G., & Burger, G. (1976). Locus of control as predictive of goal-directed behavior. Journal of Clinical Psychology, 32, 291-293.
293. Cone, H. (1971). Locus of control and social desirability. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 30, 449.
294. Connolly, J. (1976). Life events before myocardial infarction. Journal of Human Stress, 4, 3-17.
295. Constantinople, A. (1974). Analytical ability and perceived similarity to parents. Psychological Reports, 35, 1335-1345.
296. Conti, R.C. (1981). What is the evidence that coronary spasm exists? En D.G. Julian, K.I. Lie, & L. Wilhelmsen. What is Angina (págs. 128-136). Sweden: A. B. HNSsle.
297. Coombs, D.H. (1974). The elimination of self-defeating behaviors and their relationship to self-concept. Tesis doctoral inédita, Brigham Young University, Provo, Utah.
298. Cooper, H.M. (1979a). Pygmalion grows up: A model for teacher expectation communication and performance influence. Review of Education Research, 49, 389-410.

299. Cooper, H.M. (1979b). Statistically combining independent studies: A meta-analysis of sex differences in conformity research. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 131-140.
300. Cooper, H.M., & Burger, J.M. (1980). How teachers explain students' academic performance: A categorization of free response academic attributions. American Educational Research Journal, 17, 95-109.
301. Cooper, H.M., Burger, J.M., & Good, T.L. (1981). Gender differences in academic locus of control beliefs of young children. Journal of Personality and Social Psychology, 40, 562-572.
302. Cooper, H.M., & Rosenthal, R. (1980). Statistical versus traditional procedures for summarizing research findings. Psychological Bulletin, 87, 442-449.
303. Cooper, J.M. (1971). Information usage and responses to failure in a decision task. Dissertation Abstracts International, 31, 10-A, 5194.
304. Cooper, L.W. (1967). The relationship of empathy to aspects of cognitive control. (Tesis doctoral, Yale University, 1967). Dissertation Abstracts, 27, 4549B-4550 B.
305. Cooperman, E.W. (1976). Cognitive style and social reinforcement as related to the expectancy effect (Tesis doctoral, St. John's University, 1977). Dissertation Abstracts International, 37, 4115B.
306. Cortada, N., Cornalba, V., & Brener, J. (1954). Padronização de una prova projectiva. Archivos Brasileiros de Psicoterapia, 6.
307. Cosby, R.S., & Bilitch, M. (1972). Heartblock. New York: McGraw-Hill.
308. Costello, C.G., & Comfrey, A.L. (1967). Scales for measuring depression and anxiety. Journal of Psychology, 66, 303-313.
309. Cottier, C., Adler, R., Vorkaut, H., Gerber, R., Hofer, T., & Hurry, C. The pressured pattern or type A behavior in patients with peripheral arteriovascular disease. Psychosomatic Medicine.
310. Cowan, G.A. (1964). Response style and independent perceptual behavior (Tesis doctoral, Rutgers University, 1964). Dissertation Abstracts, 25, 2641-2642.

311. Cox, P.W., & Witkin, H.A. (1978). Field-dependence-independence and psychological differentiation. Princeton, New Jersey: Educational Testing Service.
312. Craig, A.R., & Howie, P.M. (1982). Locus of control and maintenance of behavioral therapy skills. British Journal of Clinical Psychology, 21, 65-66.
313. Crandall, V.C. (1969). Sex differences in expectancy of intellectual and academic reinforcement. In C.P. Smith (Ed.), Achievement-related motives in children. New York: Russell Sage Foundation.
314. Crandall, V.C., Katkovsky, W., & Crandall, V.J. (1965). Children's beliefs in their own control of reinforcements in intellectual academic achievement situations. Child Development, 36, 91-109.
315. Crandall, V.C., & Lacey, B.W. (1972). Children's perceptions of internal-external control in intellectual academic situations and their Embedded Figures Test performance. Child Development, 43, 1123-1134.
316. Crandall, V.J., Katkovsky, W., & Preston, A. (1962). Motivation and ability determinants of young children's intellectual achievement behaviors. Child Development, 33, 643-661.
317. Crider, A., & Lunn, R. (1971). Electrodermal lability as a personality dimension. Journal of Experimental Research in Personality, 5, 145-150.
318. Crisp, A.H., Jones, M.G., & Slater, P. (1978). The Middlesex Hospital Questionnaire: A validity study. British Journal of Medical Psychology, 51, 269-280.
319. Cronbach, L.J., & Meehl, P.E. (1955). Construct validity in psychological tests. Psychological Bulletin, 52, 281-302.
320. Cronbach, L.J. (1960). Essentials of Psychological Testing. (2a. ed.). New York: Harper.
321. Cross, W., & Maldonado, B. (1971). The counselor, the Mexican-American, and the stereotype. Elementary School Guidance and Counseling, 9, 27-31.
322. Crowne, D.P., & Liverant, S. (1963). Conformity under varying conditions of personal commitment. Journal of Abnormal and Social Psychology, 60, 547-555.
323. Crowne, D.P., & Marlow, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. Journal of Consulting Psychology, 24, 349-354.

324. Crutchfield, R.S. (1957). Personal and situational factors in conformity to group pressure. En F. Bartlett (Chair), Conflict decision and post-decision phenomena. Symposium presentado en el Meeting of the International Congress of Psychology, Brussels.
325. Crutchfield, R.S., & Starkweather, J.A. (1953). Differences among officer personnel in perception of the vertical under distorting influence of a tilted frame (Proj. No. 505-041-0001). Berkeley: University of California, Institute of Personality Assessment and Research.
326. Crutchfield, R.S., Woodworth, D.G., & Albrecht, R.E. Perceptual performance and the effective personality (Tech. Note WADC-TR-58-60, ASTIA. No. 151039). Lackland Air Force Base, Texas: Personnel Laboratory, Wright Air Development Center.
327. Culver, C.M., Cohen, S.I., Silverman, A.J., & Shmavonian, B.M. (1964). Cognitive structuring, field dependence-independence, and the psychophysiological response to perceptual isolation. En J. Wortis (Ed.), Recent Advances in Biological Psychiatry, Vol. 4. New York: Plenum Press.
328. Cunningham, T., & Berberian, V. (1976). Sex differences in the relationship of self-concept to locus of control in children. Personality and Social Psychology Bulletin, 2, 277-281.
329. Dahlstrom, W.G., & Welsh, G.S. (1960). An MMPI handbook: A guide to use in clinical practice and research. Minneapolis: University of Minnesota Press.
330. Dauber, T.R., Wolf, P.A., Colton, T., & Nickerson, R.J. (1977). Risk factors: Comparison of the biological data in myocardial and brain infarctions. En K.J. Zuluch, W. Kaufman, K.A. Hossman, & U. Hossman (Eds.), Brain and heart infarct. Germany: Springer-Verlag.
331. David, R.B. (1975). Sensitivity of body cues and the field dependence-independence continuum (Tesis doctoral, Columbia University, 1976). Dissertation Abstracts International, 37, 950B.
332. Davies, M.H. (1971). Is high blood pressure a psychosomatic disorder? A critical review of the evidence. Journal of Chronic Diseases, 24, 239-253.
333. Davis, W.L., & Davis, D.E. (1972). Internal-external control and attribution of responsibility for success and failure. Journal of Personality, 40, 123-135.

334. Davis, W.L., & Phares, E.J. (1967). Internal-external control as a determinant of information seeking in a social influence situation. Journal of Personality, 35, 547-561.
335. Dawson, J.L.M. (1966). Kwashiorkor, gynaecomastia, y feminization processes. Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 69, 175-179.
336. Dawson, J.L.M. (1967a). Cultural and physiological influences upon spatial-perceptual processes in West Africa-Part I. International Journal of Psychology, 2, 115-128.
337. Dawson, J.L.M. (1967b). Cultural and physiological influences upon spatial-perceptual processes in West Africa-Part II. International Journal of Psychology, 2, 171-185.
338. Dawson, J.L.M. (1969). Theoretical and research bases of bio-social psychology. University of Hong Kong, Supplement to the Gazette, 10, 1-10.
339. Dawson, J.L.M. (1970). Psychological research in Hong Kong. International Journal of Psychology, 5, 63-70.
340. Dawson, J.L.M. (1972). Effects of sex hormones on cognitive style in rats and men. Behavior Genetics, 2, 21-42.
341. Dawson, J.L.M., Young, B.M., & Choi, P.P.C. (1974). Developmental influences in pictorial depth perception among Hong Kong Chinese children. Journal of Cross-Cultural Psychology, 5, 3-22.
342. Deaux, K. (1976). Sex: A perspective on the attribution process. In J.H. Harvey, W.J. Ickes, & R.E. Kidd (1976). New directions in attribution research Vol. 1. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
343. Deaux, K., & Farris, E. (1977). Attributing causes for one's own performance: The effects of sex, norms, and outcome. Journal of Research in Personality, 11, 39-72.
344. DeBacker, G., Kornitzer, M., Thilly, C., & Depoorter, A.M. (1977). The Belgian Multifactor Preventive Trial in CVD(I). Design and methodology. Heart Bulletin, 8, 143-146.
345. Debolt, J.W., Liska, A.E., Love, W., & Stahlman, R.W. (1973). Status-role consequences on internal-external control of reinforcement. Psychological Reports, 32, 307-311.
346. de Charms, R. (1972). Personal-causation training in the schools. Journal of Applied Social Psychology, 2, 95-113.

347. de Charms, S.R. (1976). Enhancing motivation: Change in the classroom. New York: Irvington.
348. Deever, S. (1967). Ratings of task-oriented expectancy for success as a function of internal control and field independence (Tesis Doctoral, University of Florida, 1967). Dissertation Abstracts, 29, 365B.
349. DeFaire, U. (1974). Ischaemic heart disease in death discordant twins. A study of 205 male and female pairs. Acta Medica Scandinavica (Suppl.), 568.
350. DeFaire, U. (1975). Life change patterns prior to death in ischaemic heart disease. A study on death-discordant twins. Journal of Psychosomatic Research, 19, 273-278.
351. De France, P., Fischler, C., Morin, E., & Petrossian, L. (1971). Le retour des astrologues. En Le cahiers de Club de Novel Observateur. Paris.
352. De Fries, J.C., Aston, G.C., Johnson, R.C., Kuse, A.R., Mc Clearn, G.E., M., M.P., Rashad, M.N., Vandenberg, S.G., & Wilson, J.R. (1970). Parent-offspring resemblance for specific cognitive abilities in two ethnic groups. Nature, 261, 131-133.
353. de Groot, J.C. (1968). Emotional climate of an experimental situation, interaction patterns, and field style of subject (Tesis doctoral, University of Cincinnati, 1969). Dissertation Abstracts International, 30, 843B-844B.
354. Dekker, D.J. (1973). Relationships of the social Readjustment Rating Scale to anxiety, social desirability, and psychiatric patient status. Tesis de Maestría inédita, Ohio University.
355. Dekker, D.J., & Webb, J.T. (1974). Relationships of the Social Readjustment Rating Scale to psychiatric patient status, anxiety and social desirability. Journal of Psychosomatic Research, 18, 125-130.
356. de Kohan, N., Brener, J., & Cornalba, U. (1954). Tipificación del Test de Rosenzweig para la población Argentina. En S. Rosenzweig, Test de Frustración. Buenos Aires: Editorial Paidós.
357. Dellipiani, A.W., Cay, E.L., Philip, A.E., Vetter, N.J., Colling, W.A., Donaldson, R.J., & McCormack, P. (1976). Anxiety after a heart attack. British Heart Journal, 38, 752.

358. Dembroski, T.M., MacDougall, J.M., Williams, R.B., Haney, T.L., & Blumenthal, J.A. (1985). Components of type A, hostility, and anger-in: Relationship to angiographic findings. Psychosomatic Medicine, 47, 219-233.
359. De Mers, N.A. (1971). Predicting parental and marital empathic development. Tesis de maestria inédita, University of Waterloo.
360. Dengerink, H.A., O'Leary, M.R., & Kasner, K.H. (1975). Individual differences in aggressive responses to attack: Internal-external locus of control and field dependence-independence. Journal of Research in Personality, 9, 191-199.
361. Depue, R.A., & Fowles, D.C. (1973). Electrodermal activity as an index of arousal in schizophrenics. Psychological Bulletin, 79, 233-238.
362. Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L., & Rickels, K. (1971). Neurotic symptom dimensions as perceived by psychiatrists and patients of various social classes. Archives of General Psychiatry, 24, 454-464.
363. Dershowitz, E. (1971). Jewish subculture patterns and psychological differentiation. International Journal of Psychology, 6, 223-231.
364. Devine, R.C., & Stillion, J.M. (1978). An examination of locus of control and sex role orientation. The Journal of Psychology, 98, 75-79.
365. De Witt, G.W., & Averill, J.R. (1976). Lateral eye movements, hypnotic susceptibility and field independence-dependence. Perceptual and Motor Skills, 43, 1179-1184.
366. Deysach, R.E., Keller, H.R., Ross, A.W., & Hiers, T.G. (1975). Social decentering and locus of control in children. The Journal of Psychology, 90, 229-235.
367. Diamond, M.J., & Shapiro, J.L. (1973). Changes in locus of control as a function of encounter group experiences. Journal of Abnormal Psychology, 82, 514-518.
368. Diaz-Guerrero, R. (1975). Psychology of the Mexican: Culture and personality. Austin: University of Texas Press.
369. Diaz-Guerrero, R., & Holtzman, W.H. (1974). Learning by televised "Plaza Sesamo" in Mexico. Journal of Educational Psychology, 66, 632-643.

370. Dickie, K.E. (1969). Effects of compressing visual information and field-dependence on acquiring a procedural skill (Tesis doctoral, Indiana University, 1970). Dissertation Abstracts International, 31, 602A.
371. Dimsdale, J.E. (1977). Emotional causes of sudden death. American Journal of Psychiatry, 134, 1361-1366.
372. Dimsdale, J., Hackett, T., Block, P., & Hutter, A. (1978). Emotional correlates of type A behavior pattern. Psychosomatic Medicine, 40, 580-583.
373. Dimsdale, J.E., Hackett, T.P., Catanzano, D.M., White, P.J. (1979). Relationship between diverse measures for type A personality and coronary angiographic findings. Journal of Psychosomatic Research, 23, 289-293.
374. Dimsdale, J., Hackett, T., Hutter, A., & Block, P. (1980). The risk of type A mediated coronary artery disease in different populations. Psychosomatic Medicine, 42, 55-62.
375. Dimsdale, J., Hackett, T., Hutter, A., Block, P., & Catanzano, D. (1978). Type A personality and the extent of coronary atherosclerosis. American Journal of Cardiology, 42, 583-586.
376. Dimsdale, J., Hackett, T., Hutter, A., Block, P., Catanzano, D., & White, P. (1979). Type A behavior and angiographic findings. Journal of Psychosomatic Research, 23, 275-276.
377. Dingman, R.L. (1971). A study of cognitive style differences as a factor of communications in school counseling (Tesis doctoral, Wayne State University, 1972). Dissertation Abstracts International, 32, 6756A.
378. Distefano, J.J. (1969). Interpersonal perceptions of field independent and field dependent teachers and students (Tesis doctoral, Cornell University, 1970). Dissertation Abstracts International, 31, 463A-464A.
379. Doebler, L.K. (1977). A study of the effects of teacher awareness of the educational implications of field-dependent/field-independent cognitive style on selected classroom variables (Tesis doctoral, University of Mississippi, 1978). Dissertation Abstracts International, 38, 4040A.
380. Doherty, M.A. (1968). Relationship of the global-analytical and open-closed dimensions within and between the sexes in cognitive ability. Tesis doctoral inedita, Loyola University, Chicago.

381. Dohrenwend, B. (1973). Life events as stressors: A methodological inquiry. Journal of Health and Social Behavior, 14, 167-175.
382. Dohrenwend, B.S., & Dohrenwend, B.P. (1974). Overview and prospects for research on stressful life events. New York: John Wiley.
383. Dohrenwend, B., & Dohrenwend, B. (1974). Stressful life events: Their nature and effects. New York: John Wiley.
384. Dohrenwend, B.S., & Dohrenwend, B.P. (1979). Some issues in research on stressful life events. Journal of Nervous and Mental Disorders, 166, 7-15.
385. Doktor, R.H., & Hamilton, W.F. (1973). Cognitive style and acceptance of management science recommendations. Management Science, 19, 884-894.
386. Dolgun, A. (1975). Alexander Dolgun's story: An American in the Gulag. New York: Knopf.
387. Dolson, M.A. (1973). Hospitalization, differentiation, and dependency (Tesis doctoral, University of Pittsburgh, 1978). Dissertation Abstracts International, 34, 2301B.
388. Domash, L.G. (1973). Selected maternal attitudes as related to sex, sex-role preference and level of psychological differentiation of the five year old child (Tesis doctoral, New York University, 1973). Dissertation Abstracts International, 34, 2925B.
389. Donders, F.C. (1868). Die schnelligkeit psychischer prozesse. Archiv für Anatomie und Physiologie und Wissenschaftliche Medizin, 657-681.
390. Donnerstein, E., & Wilson, D.W. (1976). Effects of noise and perceived control on ongoing and subsequent aggressive behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 34, 774-781.
391. Donovan, D.M., Hague, W.H., & O'Leary, M.R. (1975). Perceptual differentiation and defense mechanisms in alcoholics. Journal of Clinical Psychology, 31, 356-359.
392. Donovan, D.M., & O'Leary, M.R. (1975). Comparison of perceived and experienced control among alcoholics and nonalcoholics. Journal of Abnormal Psychology, 84, 726-728.
393. Donovan, D.M., O'Leary, M.R., & Shau, E.J. (1975). Relationship between generalized expectancies for control and experienced control among alcoholics. Psychological Reports, 37, 1171-1176.

394. Donovan, D.M., Smyth, L., Paige, A.B., & O'Leary, M.R. Relationship among locus of control, self-concept, and anxiety.
395. Dorfman, W. (1970). Depression and psychosomatic illness. Psychother Psychosom, 23, 87-92.
396. Dowds, B.N., Fontana, A.F., Russakoff, L.M., & Harris, M. (1977). Cognitive mediators between patients' social class therapists' evaluations. Archives of General Psychiatry, 34, 917-920.
397. Downie, N.M., & Heath, R.W. (1965). Basic statistical methods (2nd ed.). New York: Harper and Row.
398. Downing, R.W., & Rickels, K. (1974). Mixed anxiety-depression: Fact or myth? Archives of General Psychiatry, 30, 312-317.
399. Dressler, D.M., Donovan, J.M., Geller, R.A. (1976). Life stress and emotional crisis: The idiosyncratic interpretation of life events. Comp Psychiat, 17, 549-558.
400. Drevdahl, J.E. (1956). Factors of importance for creativity. Journal of Clinical Psychology, 12, 21-26.
401. Dreyer, A.S. (1975, April). Family interaction and cognitive style: Situation and cross-sex effects. Trabajo presentado en un simposium, Beyond father absence: Conceptualization of father effects. Simposium del Meeting of the Society For Research in Child Development, Denver.
402. Dreyer, A.S., Dreyer, C.A., & Nebelkopf, E.B. (1971). Portable rod-and frame test as a measure of cognitive style in kindergarten children. Perceptual and Motor Skills, 33, 775-781.
403. Dreyer, A.S., McIntire, W.G., & Dreyer, C.A. (1973). Sociometric status and cognitive style in kindergarten children. Perceptual and Motor Skills, 37, 407-412.
404. Dreyfus, F. (1959). Role of emotional stress preceding coronary occlusion. American Journal of Cardiology, 3, 590.
405. Dreyfus, F., & Czaczkes, J.W. (1959). Blood cholesterol and uric acid of healthy medical students under stress of examination. Archives of Internal Medicine, 103, 708-711.
406. Dreyfuss, F. (1972). Psychological and somatic factors in coronary heart disease. En A. Zanchetti (Ed.), Neural and psychological mechanisms in cardiovascular disease (págs. 109-117). Milan: Il Ponte.

407. Dreyfuss, F., Shanan, J., & Sharon, M. (1960). Some personality characteristics of middle-aged men with coronary artery disease. Psychother Psychosom, 14, 1-16.
408. Dubois, T.E., & Cohen, W. (1970). Relationship between measures of psychological differentiation and intellectual ability. Perceptual and Motor Skills, 31, 411-416.
409. Ducette, J., & Wolk, S. (1973). Cognitive and motivational correlates of generalized expectancies for control. Journal of Personality and Social Psychology, 29, 420-426.
410. Ducette, J., Wolk, S., & Friedman, S. (1972). Locus of control and creativity in Black and White children. Journal of Social Psychology, 86, 297-298.
411. DuCette, J., Wolk, S., & Soucar, E. (1972). Atypical patterns in locus of control and nonadaptive behavior. Journal of Personality, 40, 287-297.
412. Dudley, D.L., Roszell, D.K., Mules, J.C. (1974). Heroin vs. alcohol addiction-quantifiable psychosocial similarities and differences. Journal of Psychosomatic Research, 18, 327-335.
413. Duke, M.P., & Nowicki, S. (1974). Locus of control and achievement - The confirmation of a theoretical expectation. The Journal of Psychology, 87, 263-267.
414. Duke, M.P., Shaheen, J., & Nowicki, S. (1974). The determination of locus of control in a geriatric population and a subsequent test of the social learning model for interpersonal distances. Journal of Psychology, 80, 277-285.
415. Dumsha, T.C., Minard, J., & McWilliams, J. (1973). Comparison of two self-administered field dependency measures. Perceptual and Motor Skills, 36, 252-254.
416. Dunbar, H.F. (1945). Psychosomatic diagnosis. New York: Hoeber.
417. Du Preez, P.D. (1967). Field dependence and accuracy of comparison of time intervals. Perceptual and Motor Skills, 24, 467-472.
418. Duvall, N.S. (1969). Field articulation and the repression-sensitization dimension in perception and memory (Tesis doctoral, University of North Carolina at Chapel Hill, 1970). Dissertation Abstracts International, 30, 38648.
419. Duvall, S., & Wicklund, R.A. (1972). A theory of objective self-awareness. New York: Academic Press.

420. Dweck, C., Davidson, W., Nelson, S., & Enna, B. (1978). Sex differences in learned helplessness: II. The contingencies of evaluative feedback in the classroom, and III, an experimental analysis. Developmental Psychology, 14, 268-276.
421. Dweck, C.S., Goetz, T.E., & Strauss, N. (1980). Sex differences in learned helplessness: IV. An experimental and naturalistic study of failure generalization and its mediators. Journal of Personality and Social Psychology, 38, 441-452.
422. Dweck, C.S., & Repucci, N.D. (1973). Learned helplessness and reinforcement responsibility in children. Journal of Personality and Social Psychology, 25, 109-116.
423. Dye, B.J. (1975). Investigation of life change unit scores in eighth grade students. Tesis de maestria inédita, University of Washington, Seattle.
424. Dyk, R.B. (1969). An exploratory study of mother-child interaction in infancy as related to the development of differentiation. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 8, 607-608.
425. Dyk, R.B., & Witkin, H.A. (1965). Family experiences related to the development of differentiation in children. Child Development, 30, 21-35.
426. Eagle, M., Fitzsimmons, M., & Goldberger, L. (1966). Field dependence and memory for relevant and irrelevant incidental stimuli. Perceptual and Motor Skills, 23, 1055-1058.
427. Eagle, M., Goldberger, L., & Breitman, M. (1969). Field dependence and memory for social vs. neutral and relevant vs. irrelevant incidental stimuli. Perceptual and Motor Skills, 29, 903-910.
428. Eastwood, M.R., & Trevelyan, H. (1971). Stress and coronary heart disease. Journal of Psychosomatic Medicine, 15, 289-292.
429. Eberhard, G., & Nilsson, L. (1967). The rod-and frame test and emotional maturity. Acta Psychiatrica Scandinavica, 43, 39-51.
430. Eddy, S. (1974). The relationship of field articulation to delay capacity in children (Tesis doctoral, Boston University, 1974). Dissertation Abstracts International, 35, 2988B.
431. Edgerton, N.E. (1975). The relationship of cognitive style of young children to maternal child-rearing practices (Tesis doctoral, Florida State University, 1976). Dissertation Abstracts International, 30, 5135A.

432. Efran, J. (1963). Some personality determinants of memory for success and failure. Tesis doctoral inédita, Ohio State University.
433. Egeland, B., Wozmak, R., Schrimpf, V., Hage, J., Johnson, V., & Lederberg, A. (1976, April). Visual information processing: Evaluation of a training program for children with learning disabilities. Trabajo presentado en el Meeting of the American Educational Research Association, San Francisco, California.
434. Eisenman, R. (1972). Experience in experiments and change in internal-external control scores. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39, 434-435.
435. Eisenman, R., & Platt, J.J. (1968). Birth order and sex differences in academic achievement and internal-external control. Journal of Genetic Psychology, 78, 279-285.
436. Eitzen, D. (1974). Impact of behavior modification techniques on locus of control of delinquent boys. Psychological Reports, 35, 1317-1318.
437. Ekehammar, B. (1974). Interactionism in personality from a historical perspective. Psychological Bulletin, 81, 1026-1048.
438. Ekman, P., & Friesen, W.V. (1972). Nonverbal behavioral and psychopathology. En R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds.), The psychology of depression: Contemporary theory and research. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
439. Eliot, R.S., & Edwards, J.E. (1981). Anatomía patológica de la fiebre reumática y de las lesiones valvulares. En J.W. Hurst (Ed.), El corazón (2a. ed.) (págs. 973-985). Barcelona: Ediciones Toray.
440. Elliott, R. (1961). Interrelationships among measures of field dependence, ability, and personality traits. Journal of Abnormal and Social Psychology, 63, 27-36.
441. Elliott, R., & Graf, V. (1972). Visual sensitivity as a function of phase of cardiac cycle. Psychophysiology, 9, 357-361.
442. Elliott, R., & McMichael, R.E. (1963). Effects of specific training on frame dependence. Perceptual and Motor Skills, 17, 363-367.
443. Ellis, A. (1974). Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach. New York: McGraw Hill.

444. Ellis, L.J., & Bentler, P.M. (1973). Traditional sex-determined role standards and sex stereotypes. Journal of Personality and Social Psychology, 25, 28-34.
445. Elmadjian, F., Hope, J.M., & Lamson, E.T. (1957). Excretion of epinephrine and norepinephrine in various emotional states. Journal of Clinical Endocrinology, 17, 608.
446. Enme, E.E. (1940). Modification and origin of certain beliefs in superstition among 96 college students. Journal of Psychology, 10, 279-291.
447. Endler, N.S., & Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R Inventory of General Trait Anxiousness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 319-329.
448. Engel, G. (1967). A psychological setting of somatic disease: The 'given up-given up' complex. Proceedings of the Royal Academy of Medicine, 60, 553-555.
449. Engel, G.L. (1968). A life setting conducive to illness. Bulletin of the Menninger Clinic, 32, 355.
450. Engel, G. (1968). A life setting conducive to illness: The 'giving up-given up' complex. Annals of Internal Medicine, 69, 293.
451. Engel, G.L. (1970). Sudden death and the medical model in psychiatry. Canadian Psychiatric Association Journal, 15, 527.
452. Engel, G.L. (1971). Sudden and rapid death during psychological stress-folklore or folk wisdom? Annals of Internal Medicine, 74, 771.
453. Engelman, K., & Braunwald, E. (1981). Hipotensión y Síndrome de choque. En T.R. Harrison (Ed.), Medicina Interna (5a. ed) (págs. 219-223). México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana.
454. English, H.B., & English, A.C. (1958). A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms. New York: David McKay.
455. Entwisle, D., & Hayduk, L. (1978). Two great expectations: The academic outlook of young children. Baltimore: John Hopkins University Press.
456. Epstein, F. (1981). Insuficiencia renal aguda. En T.R. Harrison (Ed.), Medicina Interna (5a. ed.) (págs. 1691-1696). México, D.F., La Prensa Médica Mexicana.

457. Epstein, S. (1967). Towards a unified theory of anxiety: Vol. 4. New York: Academic Press.
458. Epstein, S., & Fenz, W.D. (1965). Steepness of approach-avoidance gradients in humans as a function of experience: Theory and experiment. Journal of Experimental Psychology, 70.
459. Evans, G.W., & Howard, R.B. (1973). Personal space. Psychological Bulletin, 80, 334-344.
460. Evans, J.R. (1969). Relationships of psychological differentiation, emotional distance from reinforcing agent, emotional arousal, and responsiveness to social reinforcement (Tesis doctoral, George Peabody College for Teachers, 1970). Dissertation Abstracts International, 31, 411B-412B.
461. Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1964). Manual of the Eysenck Personality Inventory. London: University of London Press.
462. Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1969). Personality structure and measurement. London: Routledge and Kegan Paul.
463. Farley, F.H. (1974). Field dependence and approval motivation. Journal of General Psychology, 91, 153-154.
464. Farrell, W. (1975). The liberated man. New York: Random House.
465. Feather, N.T. (1965). Persistence at a difficult task with alternative task of intermediate difficulty. Journal of Abnormal and Social Psychology, 66, 604-609.
466. Feather, N.T. (1966a). Effects of prior success and failure on expectations of success and subsequent performance. Journal of Personality and Social Psychology, 5, 287-298.
467. Feather, N.T. (1966b). The study of persistence. In J.W. Atkinson & N.T. Feather (Eds.), A theory of achievement motivation. New York: Wiley.
468. Feather, N.T. (1967a). Some personality correlates of external control. Australian Journal of Psychology, 19, 253-260.
469. Feather, N.T. (1967b). Valence of outcome and expectation of success in relation to task difficulty and perceived locus of control. Journal of Personality and Social Psychology, 7, 372-386.
470. Feather, N.T. (1969). Attribution of responsibility and valence of success and failure in relation to initial confidence and task performance. Journal of Personality and Social Psychology, 13, 129-142.

471. Feather, N.T., & Saville, M.R. (1967). Effects of amount of prior success and failure on expectations of success and subsequent task performance. Journal of Personality and Social Psychology, 5, 226-232.
472. Feffer, M. (1959). The cognitive implications of role taking behavior. Journal of Personality, 27, 152-168.
473. Feffer, M. (1969). Role taking behavior in the mentally retarded. Trabajo no publicado. Progress Report (Office of Education Grant 422-429). Newark, New Jersey: Rutgers University.
474. Feffer, M., & Gourevitch, V. (1960). Cognitive aspects of role-taking in children. Journal of Personality, 28, 383-396.
475. Feffer, M., & Jahelka, M. (1968). Implications of the de-centering concept for the structuring of projective content. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32, 432-441.
476. Feffer, M., & Suchotliff, L. (1966). Decentering implications of social interaction. Journal of Personality and Social Psychology, 4, 415-423.
477. Feldman, C.F. (1971). Cognitive development in Eskimos. Trabajo presentado en el Meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.
478. Fenichel, O. (1945). Psychoanalytic theory of neurosis. London: Routledge y Kegan.
479. Fenz, W.D. (1973). Stress and its mastery: Predicting from laboratory to real life. Canadian Journal of Behavioral Science, 3.
480. Fenz, W.D., & Epstein, S. (1967). Changes in gradients of skin conductance, heart rate and respiration rate as a function of experience. Psychosomatic Medicine, 24.
481. Fenz, W.D., & Jones, B.G. (1972). Individual differences in physiological arousal and performance in sport parachutists. Psychosomatic Medicine, 34.
482. Fenz, W.D., & Jones, G.B. (1974). Cardiac conditioning in a reaction time task and heart rate control during real life stress. Journal of Psychosomatic Research, 18, 199-203.
483. Ferster, C.B. (1973). A functional analysis of depression. American Psychologist, 28, 857-870.

484. Feshbach, N. (1969). Student teacher preferences for elementary school pupils varying in personality characteristics. Journal of Educational Psychology, 60, 126-132.
485. Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. Evanston, Illinois: Row, Peterson.
486. Field, P.B. (1973). Personality and styles of hypnotic response. American Journal of Clinical Hypnosis, 15, 234-238.
487. Fielding, R. (1980). A note on behavioral treatment in the rehabilitation of myocardial infarction patients. British Journal of Social and Clinical Psychology, 19, 157-161.
488. Fineman, K.R. (1972). The influence of field dependence-independence on mothers' ability to implement behavior therapy with problem children (Tesis doctoral, University of California at Los Angeles, 1973). Dissertation Abstracts International, 33, 3500E.
489. Finlayson, A., & McEwen, J. (1977). Coronary heart disease and patterns of living. London: Croom Helm.
490. Finlayson, M.A., & Rourke, B.P. (1978). Locus of control as a predictor variable in rehabilitation medicine. Journal of Clinical Psychology, 34, 367-368.
491. Finley, G.E., & Solla, J. (1975). Birth order and field dependence-independence: A failure to replicate. Journal of Genetic Psychology, 126, 305-306.
492. Finn, F., Hickey, N., & O'Doherty, E. (1969). The psychological profiles of male and female patients with coronary heart disease. Irish Journal of Medical Science, 2, 339-341.
493. Finn, F., Mulcahy, R., & Hickey, N. (1974). The psychological profiles of coronary and cancer patients, and of matched controls. Irish Journal of Medical Science, 143, 176-178.
494. Fiscalini, J.A. (1974). Field dependency with social and non-social stimuli (Tesis doctoral, Yeshiva University, 1975). Dissertation Abstracts International, 36, 5638B.
495. Fish, B., & Karabenick, S. (1971). Relationship between self-esteem and locus of control. Psychological Reports, 29, 784.
496. Fisher, C.M. (1975). The anatomy and pathology of the cerebral vasculature. En J.S. Meyer (Ed.), Modern concepts of cerebrovascular Disease. New York: Spectrum.

497. Fisher, M. (1956). Left hemiplegia and motor inperistence. Journal of Nervous and Mental Disorders, 123, 201-218.
498. Fisk, C.B. (1970). Psychological dependence, perceptual dependence and the establishment of a treatment relationship among male alcoholics (Tesis doctoral, Boston University, 1970). Dissertation Abstracts International, 31, 2981B.
499. Fitts, W.H. (1965). Manual for the Tennessee Self Concept Scale. Nashville: Bounselor Recording and Tests.
500. Fitz, R.J. (1970). The differential effects of praise and censure on serial learning as dependent on locus of control and field dependency (Tesis doctoral, Catholic University of America, 1971). Dissertation Abstracts International, 31, 4310B.
501. Fitzgibbons, D.J., & Goldberger, L. (1971). Task and social orientation: A study of field dependence, "arousal", and memory for incidental material. Perceptual and Motor Skills, 32, 167-171.
502. Fitzgibbons, D., Goldberger, L., & Fagle, M. (1965). Field dependence and memory for incidental material. Perceptual and Motor Skills, 21, 743-749.
503. Fleshler, H., Harbo, J., & Demoretcky, J. (1974). The influence of field dependence, speaker credibility set, and message documentation on evaluations of speaker and message credibility. Southern Speech Communication Journal, 32, 389-402.
504. Folman, R.Z. (1973). Therapist-patient perceptual style, interpersonal attraction, initial interview behavior, and premature termination (Tesis doctoral, Boston University, 1973). Dissertation Abstracts International, 34, 1746B.
505. Folson, A.R., Hughes, J.R., Buehler, J.F., Mittelmark, M.B., Jacobs, D.R., Jr., & Grimm, R.H., Jr. (1985). Do type A men drink more frequently than type B men? Findings in the multiple risk factor intervention trial (MRFIT). Journal of Behavioral Medicine, 8, 227-235.
506. Forsius, H. (1973). The Finnish Skolt Lapp children. Acta Paediatrica Scandinavica, 239 (suppl.), 1-74.
507. Fotopoulos, S. (1970). Internal vs. external control: Increase of heart rate by thinking under feedback and no-feedback conditions. Tesis doctoral inédita, University of Kansas.

508. Fotopoulous, S. (1970). Locus of control and the voluntary control of heart rate. Trabajo presentado en la Society of Biofeedback.
509. Foulds, G.A., & Caine, T.M. (1965). Personality and personal disturbance. London: Tavistock Publications.
510. Foulds, M.L., Guinan, J.F., & Warehime, R.G. (1974). Marathon group: Changes in perceived locus of control. J. Coll. Stud. Person. 15, 8-11.
511. Fowler, N.O. (1981). Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pericárdicas y de sus complicaciones. En J.W. Hurst (Ed.), El corazón (2a. ed.) (págs. 1686-1706). Barcelona: Ediciones Toray.
512. Frank, E.A., Miller, S.S., Kornfeld, D.S., Sporn, A.A., & Weiss, M.B. (1978). Type A behavior pattern and coronary angiographic findings. Journal of the American Medical Association, 240, 761-765.
513. Freedman, A.M., Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1975). Comprehensive textbook of psychiatry-II. Baltimore: The Williams and Wilkins Company.
514. Freedman, N., Bucci, W., Grand, S., Oltman, P.K., & Witkin, H.A. (1975). The imprint of psychological differentiation on kinetic behavior: A replication and extension. Trabajo inédito, State University of New York, Downstate Medical Center.
515. Freedman, N., & Hoffman, S.P. (1967). Kinetic behavior in altered clinical states: Approach to objective analysis of motor behavior during clinical interviews. Perceptual and Motor Skills, 24, 527-539.
516. Freedman, N., O'Hanlon, J., Oltman, P., & Witkin, H.A. (1972). The imprint of psychological differentiation on kinetic behavior in varying communicative contexts. Journal of Abnormal Psychology, 72, 239-258.
517. Friedman, E.H., Hellerstein, H.K., Eastwood, G.L., & Jones, S.E. (1968). Behavior patterns and serum cholesterol in two groups of normal males. American Journal of Medical Science, 255, 237-244.
518. Friedman, G.D., Klatsky, A.L., Siegelau, A.B. (1974). Kaiser permanente epidemiologic study of myocardial infarction: Study design and results for standard risk factors. American Journal of Epidemiology, 99, 101-116.

519. Friedman, G.D., Ury, H.K., Klatsky, A.L., & Siegelaab, A.B. (1974). A psychological questionnaire predictive of myocardial infarction: Results from the Kaiser-permanente epidemiologic study of myocardial infarction. Psychosomatic Medicine, 36, 327-343.
520. Friedman, M. (1969). Pathogenesis of coronary artery disease. New York: McGraw-Hill.
521. Friedman, M., Brown, A.E., Rosenman, R.H. (1961). Response of subjects with different behavior patterns (Types A and B) and patients with coronary heart disease to a "voice analysis". Journal of the American Medical Association, 208, 828-836.
522. Friedman, M., Brown, A., Rosenman, R. (1969). Voice analysis test for detection of behavior pattern: Responses of normal men and coronary patients. Journal of the American Medical Association, 208, 828-836.
523. Friedman, M., Byers, S.O., Rosenman, R.H., & Elevitch, F.R. (1970). Coronary-prone individuals (type A behavior pattern): Some biochemical characteristics. Journal of the American Medical Association, 211, 1030-1037.
524. Friedman, M., & Rosenman, R. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: Blood cholesterol, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. Journal of the American Medical Association, 169, 1286-1296.
525. Friedman, M., & Rosenman, R.H. (1960). Detection of overt behavior pattern A in patients with coronary disease by a new psychophysiological procedure. Journal of the American Medical Association, 173, 1320.
526. Friedman, M., & Rosenman, R.H. (1963). Behavior patterns, blood lipids and coronary heart disease. Journal of the American Medical Association, 154, 934-938.
527. Friedman, M., & Rosenman, R.H. (1971). Type A behavior pattern: Its association with coronary heart disease. Annals of Clinical Research, 3, 300-312.
528. Friedman, M., & Rosenman, R.H. (1974). Type A behavior and your heart. New York: Knopf.
529. Friedman, M., Rosenman, R., & Carroll, V. (1958). Changes in the serum cholesterol and blood clotting time in men subjected to cyclic variation of occupational stress. Circulation, 17, 852-861.

530. Friedman, M., Rosenman, R., & Straus, R. (1964). A predictive coronary heart disease. Journal of the American Medical Association, 189, 15-22.
531. Friedman, M., Rosenman, R.H., Straus, R., Wurm, M., & Kositchek, R. (1968). The relationship of behavior pattern A to the state of coronary vasculature: A study of fifty-one autopsy subjects. American Journal of Medicine, 44, 525-537.
532. Friedman, W.F. (1980). Congenital heart disease in infancy and childhood. En E. Braunwald (Ed.), Heart disease. A text-book of cardiovascular medicine (pages. 967-1056). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
533. Froese, A., Hackett, T., Cassem, N., & Silverberg, E. (1974). Trajectories of anxiety and depression in denying and nondenying acute myocardial infarction patients during hospitalization. Journal of Psychosomatic Research, 18, 413-420.
534. Froese, A., Vazquez, E., Cassem, N., & Hackett, T. (1974). Validation of anxiety, depression and denial scales in a coronary care unit. Journal of Psychosomatic Research, 18, 137-141.
535. Frolich, E.D., Tarazi, R.C., & Dustan, H.P. (1969). Hyperdynamic β -adrenergic circulatory state: Increased beta receptor responsiveness. Archives of Internal Medicine, 123, 1.
536. Fromm, E. (1973). The anatomy of human destructiveness. New York: Holt, Rinehart y Winston.
537. Futterer, J.W. (1973). Social intelligence, role-taking ability, and cognitive styles: A factor analytic study (Tesis doctoral, Loyola University of Chicago, 1973). Dissertation Abstracts International, 34, 1747B.
538. Gaines, R. (1975). Developmental perception and cognitive styles: From young children to master artists. Perceptual and Motor Skills, 40, 983-998.
539. Galbraith, J., & Cummings, L.L. (1967). An empirical investigation of the motivational determinants of task performance: Interactive effects between instrumentality-valence and motivation-ability. Organizational Behavior and Human Performance, 2, 237-257.
540. Garfinkle, H. (1964). Studies of the routine grounds of everyday activities. Social Problems, 11, 225-250.

541. Garrity, T.F., & Kline, R.F. (1975). Emotional response and clinical severity as early determinants of six month mortality after MI. Heart and Lung, 4, 730-737.
542. Gary, M.L. (1967). Field dependence and susceptibility to social influence (Tesis doctoral, Ohio State University, 1968). Dissertation Abstracts, 28, 5190B-5191B.
543. Garza, R.T., & Ames, R.E.A. (1974). A comparison of Anglo and Mexican-American college students on locus of control. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 919.
544. Gastorf, J.W. (1980). Time urgency and the type A behavior pattern. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 299.
545. Gatchel, R.J., Paulus, P.B., & Maples, C.W. (1975). Learned helplessness and self-reported affect. Journal of Abnormal Psychology, 84, 732-734.
546. Gates, D.W. (1971). Verbal conditioning, transfer and operant level "speech style" as functions of cognitive style (Tesis doctoral, City University of New York, 1971). Dissertation Abstracts International, 32, 3634B.
547. Gatz, M., & Good, P. (1978). An analysis of the effects of the forced-choice format of Rotter's Internal-External Scale. Journal of Clinical Psychology, 34, 381-385.
548. Geer, J.H., Davison, G.C., & Gatchel, R.J. (1970). Reduction of stress in humans through nonveridical perceived control of aversive stimulation. Journal of Personality and Social Psychology, 10, 731-738.
549. Gehlmann, F. (1951). Performance on objective tests as indicators of temperament and other personality traits. Tesis doctoral inédita, University of Chicago.
550. Gelhorn, E. (1965). The neurophysiological basic of anxiety: A hypothesis. Perspective Biological Medicine, 8, 468.
551. Gentry, W.D., Jenkins, C.D., Kaplan, B.H., Heyman, A., Breslin, M.L., & Gianturco, D.T. (1979). Type A behavior pattern and ischemic cerebrovascular disease. Heart and Lung, 8, 1113-1116.
552. Gerard, H.B., Wilhelmy, R.A., & Connelley, E.S. (1968). Conformity and group size. Journal of Personality and Social Psychology, 8, 79-82.
553. Gerbner, G., Gross, L., Jackson-Beeck, M., Jeffries-Fox, S., & Signoricielli, N. (1978). Cultural indicators: Violence profile, No. 9. Journal of Communication, 28, 176-207.

554. Gerst, M.S., Grant, I., Yager, J., & Sweetwood, H. (1978). The reliability of the Social Readjustment Rating Scale: Moderate and long-term stability. Journal of Psychosomatic Research, 22, 519-623.
555. Getter, H. (1962). Variables affecting the value of the reinforcement in verbal conditioning. Tesis Doctoral inédita, Ohio State University.
556. Gilberstadt, H., & Sako, J.H. (1967). Intellectual and personality changes following open-heart surgery. Archives of General Psychiatry, 16, 210-214.
557. Gill, N.T., Herdtner, T.J., & Lough, L. (1968). Perceptual and socioeconomic variables, instruction in body orientation and predicted academic success in young children. Perceptual and Motor Skills, 26, 1175-1184.
558. Gillies, J., & Bauer, R. (1971). Cognitive style and perception of success and failure. Perceptual and Motor Skills, 33, 839-842.
559. Gillis, J.S., & Jessor, R. (1970). Effects of brief psychotherapy on belief in internal control: An exploratory study. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 7, 135-137.
560. Gilmor, T.M. (1978). Locus of control and adaptive behavior in children and adolescents. Canadian Psychological Review, 19, 1-26.
561. Gilmor, T.M., & Minton, H.L. (1974). Internal versus external attribution of task performance as a function of locus of control, initial confidence and success-failure outcome. Journal of Personality, 42, 159-174.
562. Gilmor, T.M., & Reid, D.M. (1978). Locus of control prediction and performance on university examinations. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 565-566.
563. Glass, D.C. (1977). Behavior patterns, stress, and coronary disease. Hillsdale: LEA Press.
564. Glass, D.C. (1977). Stress, behavior patterns and coronary disease. American Scientist, 65, 177-187.
565. Glass, D.C., Krakoff, L.R., Contrada, R., Hilton, W.F., Kehoe, K., Mannucci, E.G., Collings, C., & Snow, B. Effects of harassment and competition upon cardiovascular and catecholamine responses in type A and type B individuals. Psychophysiology.

566. Glass, D.C., Krakoff, L.R., Finkelman, J., Snow, B., Contrada, R., Kehoe, B., Mannucci, E.G., Isecke, W., Collins, C., Hilton, W.F., & King, E. Effects of task overload upon cardiovascular and plasma catecholamine responses in type A and B individuals. Basic and Applied Social Psychology.
567. Glass, D.C., Lavin, D.E., Henchy, T., Gordon, A., Mayhew, P., & Donohoe, P. (1969). Obesity and persuasibility. Journal of Personality, 37, 407-414.
568. Glass, D.C., & Singer, J. (1972). Urban stress: Experiments on noise and social stressors. New York: Academic Press.
569. Glass, G.G. (1967). Rate of reading: A correlation and treatment study. Journal of Reading, 11, 168-178.
570. Glazunov, I.S., Aronov, D.M., Drombian, Y.G., & Krylova, E.A. (1964). Ischaemic heart disease and occupation. Cor. Vasa, 6, 274.
571. Gleser, G.C., & Ihilevich, D. (1969). An objective instrument for measuring defense mechanisms (1969). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33, 51-60.
572. Gluck, E.A.T. (1973). Psychological differentiation and reading achievement in first grade children (Tesis doctoral, Boston University, 1973). Dissertation Abstracts International, 34, 412B.
573. Goble, R.E.A., Gowers, J.I., Morgan, D.C., & Kline, P. (1978a). Artificial pacemaker patients-treatment outcome and Foulds PD Scale. Journal of Psychosomatic Research, 22, 169-175.
574. Goble, R.E.A., Gowers, J.I., Morgan, D.C., & Kline, P. (1978b). Artificial pacemaker patients-treatment outcome and the I.P.A.T. Anxiety Scale. Journal of Psychosomatic Research, 22, 177-182.
575. Goble, R.E.A., Gowers, J.I., Morgan, D.C., & Kline, P. (1978c). Artificial pacemaker patients-treatment outcome and the Sixteen Personality Factor Questionnaire. Journal of Psychosomatic Research, 22, 467-472.
576. Goebel, M. (1966). Cognitive styles and opinion change (Tesis doctoral, Catholic University of America, 1967). Dissertation Abstracts, 27, 4337A-4338A.
577. Goffman, W.J. (1956). Serum lipoproteins and the evaluation of atherosclerosis. Annals of the New York Academy of Sciences, 64, 590-595.

578. Gold, D. (1968). Some correlation coefficients: Relationships among I-E scores and other personality variables. Psychological Reports, 22, 983-984.
579. Goldband, S. (1980). Stimulus specificity of physiological responses to stress and the type A coronary-prone personality. Journal of Personality and Social Psychology, 39, 670-679.
580. Goldberger, L., & Bendich, S. (1972). Field-dependence and social responsiveness as determinants of spontaneously produced words. Perceptual and Motor Skills, 34, 883-886.
581. Goldstein, A.G., & Chance, J.E. (1965). Effects of practice on sex-related differences in performance on embedded figures. Psychonomic Science, 3, 361-362.
582. Goldstein, A.M., & Reznikoff, M. (1971). Suicide in chronic hemodialysis patients from an external locus of control framework. American Journal of Psychiatry, 127, 1204-1207.
583. Goldstein, G., Neuringer, C., Reiff, C., & Shelly, C.H. (1968). Generalizability of field dependency in alcoholics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32, 560-564.
584. Goldstone, M.W. (1974). Verbal participation in small groups as a function of group composition (Tesis doctoral, George Washington University, 1974). Dissertation Abstracts International, 35, 1910B-1911B.
585. Goodenough, D.R., Sandini, E., Oskin, I., Pizzamiglio, L., Thayer, D., & Witkin, H.A. (1977). A study of X-chromosome linkage with field dependence and spatial visualization. Behavior Genetics, 7, 373-387.
586. Goodenough, D.R., & Karp, S.A. (1961). Field dependence and intellectual functioning. Journal of Abnormal and Social Psychology, 63, 243-246.
587. Goodenough, D.R., Oltman, P.K., & Cohen, H. (1976). Field dependence-independence and affective arousal.
588. Goodenough, D.R., Witkin, H.A., Lewis, H.B., Koulack, D., & Cohen, H. (1974). Repression, interference, and field dependence as factors in dream forgetting. Journal of Abnormal Psychology, 83, 32-44.
589. Goodman, L., & Gilman, A. (1973). Bases farmacológicas de la terapéutica. México, D.F.: Interamericana.
590. Gordon, B.R. (1953). An experimental study of dependence-independence in a school and laboratory setting. Tesis doctoral inédita, University of Southern California.

605. Graham, D.T. (1962). Specific attitudes in initial interviews with patients having different psychosomatic diseases. Psychosomatic Medicine, 24, 257-266.
606. Graham, F.K. (1973). Habituation and dishabituation of responses innervated by the autonomic nervous system. En H.V.S. Peeke & M.J. Herz. Habituation: Vol. 1 Behavioral studies. New York: Academic Press.
607. Grant, I., Gerst, M., & Yager, J. (1976). Scaling of life events by psychiatric patients and normals. Journal of Psychosomatic Research, 20, 141.
608. Grant, I., Gerst, M., Yager, J., Sweethood, H., & Woo, A. (1977). Undesirable life events and symptoms in psychiatric patients and non patients. Trabajo inédito.
609. Grant, I., Sweethood, H., Gerst, M.S., & Yager, J. (1978). Scaling procedures in life events research. Journal of Psychosomatic Research, 22, 525.
610. Grant, I., Sweethood, H.L., Yager, J., & Gerst, M.S. (1978). Patterns in the relationship of life events and psychiatric symptoms overtime. Journal of Psychosomatic Research, 22, 183.
611. Graulich, P., Segers, M.J., Mertens, C., Vastesaegeer, M. (1975). Anxiété, Dépression et angor: Données épidémiologiques. Journal of Psychosomatic Research, 19, 55-67.
612. Greeley, A.M. (1969, June). There's a new time religion on campus. The New York Times Magazine, págs. 4-15.
613. Greeley, A.M. (1970). Implications for the sociology of religion of occult behavior in the youth culture. Youth and Society, 2, 131-140.
614. Green, B.F. (1977). Parameter sensitivity in multivariate methods. Multivariate Behavior Research, 12, 263.
615. Greene, L.R. (1975). Effects of field independence, physical proximity and evaluative feedback on affective reactions and compliance in a dyadic interaction (Tesis doctoral, Yale University, 1975). Dissertation Abstracts International, 34, 2284B-2285B.
616. Greene, L.R. (1976). Effects of field dependence on affective reactions and compliance in dyadic interactions. Journal of Personality and Social Psychology, 34, 569-577.
617. Greene, L.R. (1979). Psychological differentiation and social structure. Journal of Social Psychology, 109, 79-85.

591. Gore, P.M. (1962). Individual differences in the prediction of subject compliance to experimenter bias. Thesis Doctoral inédita, Ohio State University.
592. Gore, P.M., & Rotter, J.B. (1963). A personality correlate of social action. Journal of Personality, 31, 58-64.
593. Gorsuch, R.L. (1974). Factor analysis. Philadelphia: Saunders.
594. Goss, A., & Morosko, T.E. (1970). Relation between a dimension of internal-external control and the MMPI with an alcoholic population. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34, 189-192.
595. Gottesfeld, H., & Dozier, G. (1966). Change in feelings of powerlessness in a community action program. Psychological Reports, 19, 978.
596. Gottesman, I. (1966). Genetic variance in adaptive personality traits. Journal of Child Psychological Psychiatry, 7, 199-208.
597. Gottschaldt, L. (1926). Über den einfluss der erfahrung auf die wahrnehmung von figuren I: Über den einfluss gehäufiger einprägung von figuren auf ihre sichtbarkeit in umfassenden konfigurationen. Psychol. Forsch., 5, 261-317.
598. Gottschalk, L.A., & Gleser, G.C. (1960). The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behavior. Berkeley: University of California Press.
599. Gough, H.G. (1957). California Psychological Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
600. Gough, H.G. (1990). Configuración Psicológica Individual. México, D.F.: Manual Moderno.
601. Gough, H.G., & Delcourt, M.J. (1969). Development increments in perceptual acuity among swiss and American school children. Developmental Psychology, 1, 200-204.
602. Gough, H.G., & Hug, C. (1968). Perception de formes géométriques et d'illusions chez des enfants français et américains. Journal International de Psychologie, 3, 183-190.
603. Gough, H.G., & McGurk, E. (1967). A group test of perceptual acuity. Perceptual and Motor Skills, 24, 1107-1115.
604. Gough, H.G., & Sampson, H. (1954). The College Vocabulary Test, forms A and B. Berkeley, California: Institute of Personality Assessment and Research.

618. Greene, M.A. (1972). Client perception of the relationship as a function of worker-client cognitive styles (Tesis doctoral, Columbia University, 1972). Dissertation Abstracts International, 33, 3030A-3031A.
619. Greene, W.A., Goldstein, S., & Moss, A.J. (1972). Psycho-social aspects of sudden death-A preliminary report. Archives of Internal Medicine, 129, 728.
620. Greenfield, A. (1970). Perceptual style, attitudes toward problem solving, and problem-solving performance (Tesis doctoral, New York University, 1971). Dissertation Abstracts International, 31, 7571E-7572B.
621. Greenfield, N.L. (1969). Field independence-dependence and bargaining behavior. Tesis de maestría inédita, Cornell University, New York.
622. Gregory, W.L. (1978). Locus of control for positive and negative outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 36, 840-848.
623. Gregory, W.L., Steiner, I.D., Brennan, G.T., & Detrick, A. (1978). A scale to measure benevolent versus malevolent perceptions of the environment. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 8, 36.
624. Griffin, W., & Veitch, R. (1971). Hot and crowded influences of population density and temperature on interpersonal affective behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 17, 91-98.
625. Griffith, M. (1977). Effects of noncontingent success and failure on mood and performance. Journal of Personality, 45, 442-457.
626. Gross, H.G., & Farmer, B.B. (1972). Pitts' and McClure's lactate anxiety study revisited. British Journal of Psychiatry, 120, 415.
627. Gruchow, H.W., Hoffman, R.G., Anderson, A.J., Barboriak, J.J. (1982). Effects of drinking patterns on the relationship between alcohol and coronary occlusion. Atherosclerosis, 43, 393-404.
628. Gruen, G., Korte, J., & Baum, J.A. (1974). A group measure of locus of control. Developmental Psychology, 10, 683-686.
629. Gruen, G.F., & Ottinger, D.R. (1969). Skill and chance orientation as determiners of problem-solving behavior in lower and middle-class children. Psychological Reports, 24, 207-214.

630. Gruenfeld, L.W., & Arbuthnot, J. (1968). Field independence, achievement values and the evaluation of a competency related dimension on the least preferred co-worker (LPC) measure. Perceptual and Motor Skills, 27, 991-1002.
631. Gruenfeld, L.W., & Mac Eachron, A.E. (1975). A cross national study of cognitive style among managers and technicians. International Journal of Psychology, 10, 27-55.
632. Gruenfeld, L.W., Weissenberg, P., & Loh, W. (1973). Achievement values, cognitive style and social class: A cross-cultural comparison of Peruvian and U.S. students. International Journal of Psychology, 8, 41-49.
633. Grundy, S.M., & Griffin, A.C. (1959). Effects of periodic mental stress on serum cholesterol levels. Journal of the American Medical Association, 171, 1794-1796.
634. Grunebaum, H., Weiss, J.L., Gallant, D., & Cohler, B.J. (1974). Attention in young children of psychotic mothers. American Journal of Psychiatry, 131, 887-891.
635. Guardo, C. (1973, Mayo). Personality, psychological differentiation and personal space. Trabajo presentado en The Meeting of the Rocky Mountain Psychological Association, Las Vegas, Nevada.
636. Guilford, J.P. (1967). The nature of human intelligence. New York: McGraw Hill.
637. Guillikson, H.O. (1950). Theory of mental tests. New York: Wiley.
638. Gunderson, E., & Rahe, R.H. (1974). Life stress and illness. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
639. Gunnells, J.C., Jr., Orgain, E.S., & McGuffin, W.L., Jr. (1981). Tratamiento de la hipertensión sistémica. En J.W. Hurst (Ed.), El corazón (2a. ed.) (págs. 1470-1490). Barcelona: Ediciones Toray.
640. Gurney, C., Roth, M., Kerr, T.A., & Schapira, K. (1970). The bearing of treatment on the classification of the affective disorders. British Journal of Psychiatry, 117, 251-255.
641. Gutkin, T.B. (1978). Modification of elementary students' locus of control: An operant approach. The Journal of Psychology, 100, 107-115.
642. Guttschalk, L. (1975). Psychosomatic medicine: Past, present and future. Psychiatry, 38, 334-345.

643. Guyotat, J., & Guillaumin, J. (1960). Un aspect de l'adaptation du malade à la situation morbide: L'étude des réactions d'un groupe de chirurgicaux au Test de Frustration de Rosenzweig. Revue de Psychologie Appliquée, 10, 39-58.
644. Hackett, T.P., & Cassem, N.H. (1969). Factors contributing to delay in responding to the signs and symptoms of acute myocardial infarction. American Journal of Cardiology, 24, 43.
645. Hackett, T.P., & Cassem, N.H. (1974). Development of a quantitative rating scale to assess denial. Journal of Psychosomatic Research, 18, 93.
646. Hackett, T.P., & Cassem, N.H. (1976). White-collar and blue-collar responses to heart attack. Journal of Psychosomatic Research, 20, 85-95.
647. Hackett, T.P., Cassem, N.H., & Wishnie, H.A. (1968). The coronary care unit: An appraisal of its psychological hazards. New England Journal of Medicine, 279, 1365.
648. Hackett, T.P., & Rosenbaum, J.F. (1980). Emotion, psychiatric disorders and the heart. In E. Braunwald (Ed.), Heart disease, A textbook of Cardiovascular Medicine (pages 1913-1943). Philadelphia: W.B. Saunders.
649. Hackman, J.R., & Porter, I.W. (1968). Expectancy theory predictions of work effectiveness. Organizational Behavior and Human Performance, 5, 117-42.
650. Haft, J.I., & Kranz, P. (1971). The role of platelets in catecholamine-induced cardiac neurosis: Electromicrographic studies. Clinical Research, 19, 709.
651. Hall, E.T. (1966). The hidden dimension. New York: Doubleday.
652. Hall, J.D. (1964). An investigation of acquiescence response set, extraversion, and locus of control as related to neuroticism and maladjustment. Tesis doctoral inédita, George Peabody College.
653. Halm, J. (1967). The relationship of field articulation and affective placebo reaction (Tesis doctoral, Yeshiva University, 1968). Dissertation Abstracts, 28, 4283B.
654. Halverson, V.B. (1976). Cognitive style of preschool Seminole Indian children (Tesis doctoral, Florida State University, 1977). Dissertation Abstracts International, 37, 4198A-4199A.

655. Hamid, P., & Flay, B. (1974). Changes in locus of control as a function of value modification. British Journal of Social and Clinical Psychology, 13, 143-150.
656. Hampton, J.W., Mantooth, J., & Brandt, E.N. (1966). Plasma fibrinogen patterns in patients with coronary atherosclerosis. Circulation, 34, 1098.
657. Hamsher, J.H., Geller, J.D., & Rotter, J.B. (1968). Interpersonal trust, internal-external control, and the Warren Commission Report. Journal of Personality and Social Psychology, 9, 210-215.
658. Harano, R.M. (1969). The relationship between field dependence and motor vehicle accident involvement. Tesis de maestría inédita, Sacramento State College, California.
659. Harburg, E., Erfurt, J.C., & Chape, C. (1973). Sociocological stressor areas and Black-White blood pressure. Journal of Chronic Diseases, 26, 595-611.
660. Hardyck, C.H., Singer, M.T., & Harris, R.E. (1962). Transient changes in affect and blood pressure. Archives of General Psychiatry, 7, 41-46.
661. Harmon, D.K., Masuda, M., & Holmes, T.H. (1970). The Social Readjustment Rating Scale: A cross-cultural study of Western Europeans and Americans. Journal of Psychosomatic Research, 14, 391-400.
662. Harrow, M., & Ferrante, A. (1969). Locus of control in psychiatric patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33, 582-589.
663. Hartlage, L.C. (1970). Sex-linked inheritance of spatial ability. Perceptual and Motor Skills, 31, 610.
664. Hartsough, W.R. (1971). An analysis of performance as a function of locus of control on tasks utilizing "closure" technique under skill, chance, and ambiguous set conditions. Tesis doctoral inédita, University of Connecticut.
665. Hartsough, W.R. (1977). Assignment of subjective probabilities to verbal probability phrases as a function of locus of control and set conditions. The Journal of Psychology, 95, 87-97.
666. Harvey, J.H., & Harris, B. (1975). Determinants of perceived choice and the relationship between perceived choice and expectancy about feelings of internal control. Journal of Personality and Social Psychology, 31, 101-106.

667. Harvey, J.H., & Johnston, S. (1973). Determinants of the perception of choice. Journal of Experimental Social Psychology, 9, 164-179.
668. Haskell, W.L., & Fox, S.M., III (1968). Exercise and heart disease. Postgraduate Medicine, 44, 177.
669. Haslam, D.R. (1965). The influence of stimulus scale-interval upon the assessment of pain threshold. Quarterly Journal of Experimental Psychology, 17, 65-68.
670. Haslam, D.R. (1968). Some anomalies in the study of experimental pain. Quarterly Journal of Experimental Psychology, 20, 208-211.
671. Haslam, D.R. (1970). The effect of anchoring upon pain threshold. Psychonomical Science, 21, 107-108.
672. Haslam, D.R. (1972). Field dependence in relation to pain threshold. British Journal of Psychology, 63, 85-87.
673. Haslam, D.R., & Thomas, E.A.C. (1967). An optimum interval in the assessment of pain threshold. Quarterly Journal of Experimental Psychology, 19, 54-58.
674. Haak, M.W. (1967). Effects of maternal attitudes, field-dependence and curiosity on weight and volume conservation in children. (Tesis doctoral, Catholic University of America, 1967). Dissertation Abstracts, 28, 2642B.
675. Havighurst, R.J. (1970). Minority subcultures and the law of effect. American Psychologist, 25, 313-322.
676. Hawkins, N.G., Davies, R., & Holmes, T.H. (1955). Evidence of psychosocial specificity in pulmonary tuberculosis. Tr. Nat. Tuberc. Annals.
677. Hawkins, N.G., Davies, R., & Holmes, T.H. (1957). Evidence of psychosocial factors in the development of pulmonary tuberculosis. American Review of Tuberculosis and Pulmonary Disease, 75, 768-780.
678. Haynes, S., Feinleib, M., & Kannel, W. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study: Part II, eight year incidence of coronary heart disease. American Journal of Epidemiology, 111, 37-58.
679. Haynes, S., Feinleib, M., Levine, S., Scotch, N., & Kannel, W.B. (1978). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. II. Prevalence of coronary heart disease. American Journal of Epidemiology, 107, 384-402.

680. Haynes, S.G., Levine, S., Scotch, N., Feinleib, M., & Kannel, W.B. (1978). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. I. Methods and risk factors. American Journal of Epidemiology, 107, 362-363.
681. Heath, R.W. (1964). Curriculum, cognition, and educational measurement. Educational and Psychological Measurement, 21, 239-253.
682. Heaton, R., & Duerfeldt, P. (1973). The relationship between self-esteem, self-reinforcement, and the internal-external personality dimension. Journal of Genetic Psychology, 123, 3-13.
683. Heberden, W. (1786). Some account of a disorder of the breast. Medical Transcripts of the Royal College of Physicians, 11, 59.
684. Heberden, W. (1802). Commentaries on the history and cure of diseases. En T. Tayne (Ed.), Angine Pectoris. London: Mews Gate.
685. Heckel, R.V., & Hiers, J.M. (1977). Social distance and locus of control. Journal of Clinical Psychology, 33, 469-471.
686. Heckel, R.V., & Mooney, D. (1973). Autobiography and I-E. Perceptual and Motor Skills, 37, 802.
687. Heckenhausen, H. (1967). The anatomy of achievement motivation. New York: Academic Press.
688. Heider, F. (1958). The psychology of interpersonal relations. New York: Wiley.
689. Heilbrun, A.B., Jr. (1968). Sex role, instrumental-expressive behavior and psychopathology in females. Journal of Abnormal Psychology, 73, 131-136.
690. Heller, C. (1966). Mexican-American youth: Forgotten youth at the crossroads. New York: Random House.
691. Heller, R.F. (1979). Type A behavior and coronary heart disease. British Medical Journal, 2, 368.
692. Helson, H. (1947). Adaptation-level as a frame of reference for prediction of psychophysical data. American Journal of Psychology, 60, 1-29.
693. Henrichs, T.F., MacKenzie, J.W., & Almond, D.H. (1969). Psychological adjustment and acute response to open heart surgery. Journal of Nervous and Mental Diseases, 148, 158-164.

694. Henry, F.M. (1952). Independence of reaction and movement times and equivalence of sensory motivators of faster response. Research Quarterly, 23, 43-53.
695. Herman, S., Blumenthal, J., Black, G., & Chesney, M. (1981). Self-ratings of type A (coronary prone) adults: Do type A's know they are type A's? Psychosomatic Medicine, 43, 405-412.
696. Hersch, P.D., & Scheibe, K.E. (1967). On the reliability and validity of internal-external control as a personality dimension. Journal of Consulting Psychology, 31, 609-613.
697. Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B.B. (1959). The motivation to work. New York: Wiley.
698. Hesse, K.A.F. (1975). Meeting the psychosocial needs of pacemaker patients. International Journal of Psychiatric Medicine, 6, 359.
699. Hickam, J.B., Cargill, W.H., & Golden, A. (1948). Cardiovascular reactions to emotional stimuli: Effects on cardiac output, arteriovenous oxygen differences, arterial pressure and peripheral resistance. Journal of Clinical Investigation, 27, 290.
700. Hicks, L.H., & Birren, J.E. (1970). Aging, brain damage, and psychomotor slowing. Psychological Bulletin, 74, 377-396.
701. Hill, J., Bass, A., & Rosen, H. (1970). The prediction of complex organizational behavior: A comparison of decision theory with more traditional techniques. Organizational Behavior and Human Performance, 3, 449-467.
702. Hinkle, L.E., Christenson, W.N., Kane, F.O., Ostfeld, A., Thetford, W.N., & Wolff, H.G. (1958). An investigation of the relation between life experience, personality characteristics, and general susceptibility to illness. Psychosomatic Medicine, 20, 278.
703. Hinkle, L.E., Jr., Whitney, L.H., Lehman, E.W., Dunn, J., Benjamin, B., King, R., Plakun, A., & Flehinger, B. (1968). Occupation, education, and coronary heart disease. Science, 161, 238.
704. Hiroto, D.S. (1974). Locus of control and learned helplessness. Journal of Experimental Psychology, 102, 187-193.
705. Hiroto, D.S., & Seligman, M.P. (1975). Generality of learned helplessness in man. Journal of Personality and Social Psychology, 31, 311-327.

706. Hjelle, L.A. (1971). Social desirability as a variable in the locus of control scale. Psychological Reports, 28, 807-816.
707. Hjelle, L., & Fink, C. (1974). Locus of control and political ideation. Psychological Reports.
708. Hochreich, D.J. (1975). Sex-role stereotypes for internal-external control and interpersonal trust. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 273.
709. Hoffman, D.A. (1975). Cognitive style and intelligence: Their relation to leadership and self concept (Tesis doctoral, Ohio State University, 1976). Dissertation Abstracts International, 30, 4133R.
710. Holland, J., Sgrei, S., Marwit, S., & Solkof, N. (1973). The ICU syndrome: Fact or fancy. Psychiatry and Medicine, 4, 241.
711. Helley, M. (1972). Field-dependence-independence, sophistication-of-body-concept, and social distance selection (Tesis doctoral, New York University, 1972). Dissertation Abstracts International, 33, 296B.
712. Hollingshead, A.B., & Redlich, F.C. (1958). Social class and mental illness: A community study. New York: Wiley.
713. Holmes, D.S., & Jackson, T.H. (1975). Influence of locus of control on interpersonal attraction and affective reactions in situations involving reward and punishment. Journal of Personality and Social Psychology, 31, 132-150.
714. Holmes, T.H. (1957). Psychosocial and psychophysiological studies of tuberculosis. Psychosomatic Medicine, 19, 134-143.
715. Holmes, T.H. (1964). Infectious diseases and human ecology. Journal of Indian Medicine Prof., 10, 4825-4829.
716. Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213-218.
717. Holmes, T.S., & Holmes, T.H. (1970). Short-term intrusions into life-style routine. Journal of Psychosomatic Research, 14, 121-132.
718. Holtzman, W.H., Diaz-Guerrero, R., & Swartz, J.D. (1975). Personality development in two cultures: A cross-cultural longitudinal study of school children in Mexico and the United States. Austin, Texas: University of Texas Press.

719. Holzberg, J.D., & Gervitz, H.A. (1963). A method of altering attitudes toward mental illness. Psychiatric Supplement Quarterly, 37, 56-61.
720. Holzberg, J.D., Gervitz, H., & Ebner, E. (1964). Changes in moral judgment and self acceptance of college students as a function of companionship with hospitalized mental patients. Journal of Consulting Psychology, 28, 299-303.
721. Hoppe, C.M., Kagan, S.M., & Zahn, G.L. (1977). Conflict resolution among field-independent and field dependent Anglo-American and Mexican-American children and their mothers. Developmental Psychology, 13, 591-598.
722. Horner, M.A. (1969). Fail: Bright woman. Psychology Today, 3, 36-38.
723. Horner, M.A. (1972, January). A brightwoman is caught in a double-bind: In achievement-oriented situations she worries not only about failure but also about success. Psychology Today, 6, 36-38.
724. Hornstein, G.A. (1974). Contextual and cognitive style analysis of conflict resolution dyadic interactions. Tesis de maestria inédita, Clark University.
725. Horowitz, M., Schaefer, C., Hiroto, D., Wilner, N., & Levin, B. (1977). Life event questionnaire for measuring presumptive stress. Psychosomatic Medicine, 39, 413-431.
726. Houttras, P.T., & Scharf, M.C. (1970). Manifest anxiety and locus of control of low achieving college males. Journal of Psychology, 74, 95-100.
727. House, J. (1975). Occupational stress as a precursor to coronary disease. En W.D. Gentry, & R.B. Williams (Eds.), Psychological Aspects of myocardial infarction and coronary care. St. Louis, Missouri: C.V. Mosby.
728. Houston, B.K. (1972). Control over stress, locus of control, and response to stress. Journal of Personality and Social Psychology, 21, 249-255.
729. Howard, J.H., Cunningham, D.A., & Rechnittzer, P.A. (1977). Work patterns associated with type A behavior: a managerial population. Human Relations, 30, 825-836.
730. Howie, P., Tanner, S., & Andrews, G. (1981). Short and long term outcome in an intensive treatment programme for adult stutterers. Journal of Speech and Hearing Disorders, 46, 104-109.

731. Hsieh, T.T., Shybut, J., & Lotsof, E.F. (1969). Internal versus external control and ethnic group membership: A cross-cultural comparison. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33, 123-124.
732. Hudgens, R. (1974). Personal catastrophe and depression. En B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.), Stressful life events: Their nature and effects. New York: Wiley.
733. Huffman, P.A. A prodromal study of the personality factor structure of psychotics and pre-psychotics.
734. Hundert, A.T. (1970). Psychological differentiation and rating behavior in a large work organization (Tesis doctoral, Cornell University, 1971). Dissertation Abstracts International, 31, 5686B-5687B.
735. Hundleby, J.D., & Cattell, R.B. (1968). Personality structure in middle childhood and the prediction of school achievement and adjustment. Monographs of the Society for Research in Child Development, 33 (5, Serial No. 121).
736. Hundleby, J.D., Pawlik, K., & Cattell, R.B. (1965). Personality factors in objective test devices. San Diego: R.K. Knapp.
737. Hunt, D., & Randhawa, B.S. (1973). Relationship between and among cognitive variables and achievement in computational science. Educational and Psychological Measurement, 33, 921-928.
738. Hurst, J.W., & King, S.B., III (1981). Cardiopatía coronaria aterosclerótica. Definiciones y clasificación de la cardiopatía coronaria aterosclerótica. En J.W. Hurst (Ed.), El corazón (2a. ed.) (págs. 1121-1129). Barcelona: Toray.
739. Hurst, M.W., Jenkins, C.D., & Rose, R.M. (1978). The assessment of life change stress: A comparative and methodological inquiry. Psychosomatic Medicine, 40, 126.
740. Ibrahim, M.A., Sackett, D.L., & Kantor, S. (1967). Psychological patterns and coronary heart disease: An appraisal of the determination of etiology by means of a stochastic process. Journal of Chronic Diseases, 20, 940.
741. Ihilevich, D. (1968). The relationship of defense mechanisms to field dependence-independence (Tesis doctoral, University of Cincinnati, 1968). Dissertation Abstracts, 29, 1843B-1844B.

742. Ithlevich, D., & Gleaser, G.C. (1971). Relationship of defense mechanisms to field dependence-independence. Journal of Abnormal Psychology, 77, 296-302.
743. Ilfeld, F.N. (1976). Characteristics of current social stressors. Psychological Reports, 39, 1231-1247.
744. Irving, D.D. (1970). The field-dependence hypothesis in cross-cultural perspective (Tesis doctoral, Rice University, 1970). Dissertation Abstracts International, 31, 3691B.
745. Irwin, M., Klein, R.E., Engle, P.L., Yarbrough, C., & Nerlove, S.B. (1977). The problem of establishing validity in cross-cultural measurements. Annals of the New York Academy of Sciences, 285, 308-325.
746. Iscoe, I., & Carden, J.A. (1961). Field dependence, manifest anxiety, and sociometric status in children. Journal of Consulting Psychology, 25, 184.
747. Jackson, D.N. (1955). Stability in resistance to field forces (Tesis doctoral, Purdue University, 1955). Dissertation Abstracts, 13, 868.
748. Jackson, D.N. (1956). A short form of Witkin's Embedded Figures Test. Journal of Abnormal and Social Psychology, 53, 254-255.
749. Jackson, D.N. (1971). The dynamics of structured personality tests. Psychological Review, 78, 229.
750. Jackson, D.N. (1974). Personality research form manual. Goshen New York. Research Psychologists Press.
751. Jackson, D.N. (1976). Basic Personality Inventory. London, Ontario: Author.
752. Jahoda, G. (1970). Supernatural beliefs and changing cognitive structures among Ghanian university students. Journal of Cross-Cultural Psychology, 1, 115-130.
753. Jakobovics, E.H. (1974). Field dependence and social behavior in preschool children (Tesis doctoral, City University of New York, 1974). Dissertation Abstracts International, 34, 6211B-6212B.
754. Jalota, S. (1957). Personality factors. A comparative study of average American and Indian college adults. Science and Culture, 23, 22-23.
755. James, C.D.R. (1973). A cognitive style approach to teacher-pupil interaction and the academic performance of black children. Tesis de maestría inédita. Rutgers University.

756. James, W.H. (1957). Internal versus external control of reinforcement as a basic variable in learning theory. Tesis doctoral inédita, Ohio State University.
757. James, W.H., & Rotter, J.B. (1958). Partial and 100 percent reinforcement under chance and skill conditions. Journal of Experimental Psychology, 55, 396-403.
758. James, W.H., & Shepel, L.F. (1973). A restandardization and factor-analytic study of the likert method of measuring locus of control. Trabajo presentado a the American Psychological Association, Montreal, Canada.
759. Janis, I.L. (1975). Effectiveness of social support for stressful decisions. En M. Deutsch & H. Hornstein (Eds.), Applications of social psychology. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
760. Jay, R.L. (1950). The relation between some perceptual factors and some personality categories. Tesis de maestría inédita, University of Chicago.
761. Jellison, J.M., & Harvey, J.H. (1973). Determinants of perceived choice and the relationship between perceived choice and perceived competence. Journal of Personality and Social Psychology, 28, 376-382.
762. Jenkin, N. (1957). Affective processes in perception. Psychological Bulletin, 54, 100-127.
763. Jenkins, C.D. (1971). Psychological and social precursors of coronary disease: A review of recent findings. New England Journal of Medicine, 284, 244-255.
764. Jenkins, C.D. (1971). Psychological and social precursors of coronary disease: A review of recent findings. New England Journal of Medicine, 284, 307-317.
765. Jenkins, C.D. (1976a). Recent evidence supporting psychological and social risk factors for coronary heart disease, Part I. New England Journal of Medicine, 294, 987-994.
766. Jenkins, C.D. (1976b). Recent evidence supporting psychological and social risk factors for coronary heart disease, Part II. New England Journal of Medicine, 294, 1033-1038.
767. Jenkins, C.D. (1978). A comparative review of the interview and questionnaire methods in the assessment of the coronary-prone behavior pattern. En: T.M. Dembroski, S.M. Weiss, J.L. Shields, S.G. Haynes, & M. Feinleib (Eds.), Coronary-prone behavior. New York: Springer.

768. Jenkins, C.D. (1978). Behavioral risk factors in coronary artery disease. Annals of the Review of Medicine, 29, 543-562.
769. Jenkins, C.D., Friedman, M., & Rosenman, R.H. (1965). The Jenkins Activity Survey for Health Prediction. Chapel Hill, North Carolina: C. David Jenkins, University of North Carolina.
770. Jenkins, C.D., Rosenman, R.H., & Friedman, M. (1967). Development of an objective psychological test for the determination of the coronary-prone behavior pattern in employed men. Journal of Chronic Diseases, 20, 371-379.
771. Jenkins, C.D., Rosenman, R.H., & Eyzanski, S.J. (1968). Cigarette smoking: Its relationship to coronary heart disease and related risk factors in the Western Collaborative Group Study. Circulation, 38, 1140-1155.
772. Jenkins, C.D., Rosenman, R., & Eyzanski, S. (1974). Prediction of clinical coronary heart disease by a test for the coronary prone behavior pattern. New England Journal of Medicine, 290, 1271-1275.
773. Jenkins, C.D., Eyzanski, S.J., & Rosenman, R.H. (1971). Progress toward validation of a computer scored test for the type A coronary-prone behavior pattern. Psychosomatic Medicine, 33, 193-202.
774. Jenkins, C.D., Eyzanski, S.J., & Rosenman, R.H. (1978). Coronary-prone behavior: One pattern or several? Psychosomatic Medicine, 40, 25-35.
775. Jenkins, C.D., Eyzanski, S.J., & Rosenman, R.H. (1979). Manual for the Jenkins Activity Survey. New York: Psychological Corporation.
776. Jenkins, C.D., Eyzanski, S.J., Rosenman, R.H., & Cleveland, G.L. (1971). Association of coronary-prone behavior scores with recurrence of coronary heart disease. Journal of Chronic Diseases, 24, 601-611.
777. Jenkins, C.D., Eyzanski, S., & Ryan, T. (1977). Social insecurity and coronary prone type A responses as verifiers of seven atherosclerosis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 1000-1007.
778. Jennings, B.S. (1967). Some cognitive control variables and psycholinguistic dimensions (Tesis Doctoral, University of Florida, 1968). Dissertation Abstracts, 29, 1172B-1173B.

779. Jennings, R.J. (1981). Type A components and psychophysiological responses to an attention demanding performance task. Psychosomatic Medicine, 43, 475-487.
780. Jensen, A.R., & Rohwer, W.D., Jr. (1966). The Stroop Color-Word Test: A review. Acta Psychologica, 25, 36-93.
781. Jobe, A.M., Beutler, L.E., Johnson, D.T., & Neville, C.W. (1973, April). Psychotherapy outcome as a function of cognitive style, interpersonal attraction, and the A-B dichotomy. Trabajo presentado en el Meeting of the Southwestern Psychological Association, Dallas, Texas.
782. Joe, V.C. (1971). Review of the internal-external control construct as a personality variable. Psychological Reports, 28, 619-640.
783. Joe, V.C., & Jahn, J.C. (1973). Factor structure of the Rotter I-E Scale. Journal of Clinical Psychology, 29, 66-68.
784. Johns, M.W. (1975). Stress and coronary heart disease. Ergonomics, 18, 683-690.
785. Johnson, B., & Kilmann, P. Locus of control and perceived confidence in problem-solving abilities.
786. Johnson, B.L., & Kilmann, P.R. The relationship between recalled parental attitudes and internal-external control.
787. Johnson, C.P. (1973). Oral dependence and its relationship to field dependence and dependent behavior in same and mixed sex pairs (Tesis doctoral, State University of New York at Buffalo, 1974). Dissertation Abstracts International, 31, 4046B.
788. Johnson, C.D., & Gormly, J. (1971). Achievement, sociability, and task importance in relation to academic cheating. Psychological Reports, 28, 302.
789. Johnson, C.D., & Gormly, J. (1972). Academic cheating. The contribution of sex, personality, and situational variables. Developmental Psychology, 9, 320-323.
790. Johnson, J.H., & Sarason, I.G. (1978). Life stress, depression and anxiety: Internal-external control as a moderator variable. Journal of Psychosomatic Research, 22, 205-208.
791. Johnston, P.K. (1974). Relationship between perceptual style, achievement, and child-rearing practices in elementary-school boys and girls (Tesis doctoral, University of Southern California, 1974). Dissertation Abstracts International, 34, 5169B-5170B.

792. Johnstone, E.C., Owens, D.G.C., Frith, C.D., McPherson, K., Dewie, C., Riley, G., & Gold, A. (1980). Neurotic illness and its response to anxiolytic and antidepressant treatment. Psychological Medicine, 10, 321-328.
793. Jones, P.A. (1975). Socialization practices and the development of spatial ability. En J.L.M. Dawson & W.J. Lonner (Eds.), Readings in cross-cultural psychology (págs. 176-184). Hong Kong: Hong Kong University Press.
794. Jones, W.H., Russell, D.W., & Nickel, T.W. (1977). Beliefs in the paranormal scale: An objective instrument to measure beliefs in magical phenomena and causes. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 7, 100.
795. Joshi, R.T. (1968). The relationship between individual differences in perception and some personality correlates. Tesis de maestría inédita, University of London.
796. Julian, J.W., & Katz, S.B. (1968). Internal versus external control and the value of reinforcement. Journal of Personality and Social Psychology, 8, 89-94.
797. Julian, J.W., Lichtman, C.M., & Ryckman, R.M. (1968). Internal-external control and the need to control. Journal of Social Psychology, 70, 43-48.
798. Justice, M.T. (1969). Field dependency, intimacy of topic and interpersonal distance (Tesis doctoral, University of Florida, 1970). Dissertation Abstracts International, 31, 395B-396B.
799. Justin, N. (1970). Culture, conflict, and the Mexican-American achievement. School and Society, 98, 27-28.
800. Kagan, S. (1974). Field dependence and conformity of rural Mexican and urban Anglo-American children. Child Development, 45, 765-771.
801. Kagan, S., & Zahn, G.L. (1975). Field dependence and the school achievement gap between Anglo-American and Mexican-American Children. Journal of Educational Psychology, 67, 613-650.
802. Kagan, S., Zahn, G.L., & Gealy, J. (1977). Competition and school-achievement among Anglo-American children. Journal of Educational Psychology, 69, 432-441.
803. Kaha, N., & Solomon, P. (1971). Normal and abnormal sexual behavior. En P. Solomon & V. Patch (Eds.), Psychiatry. Los Altos, California: Lange Medical Publications.

804. Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J., Diedrick, J., & Rosenthal, R.A. (1964). Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity. New York: Wiley.
805. Kane, J.R. (1973). Perceptual differentiation in Ojibway and white populations. Tesis de licenciatura inédita. Queens University.
806. Kangas, B.B. (1970). An experimental manipulation of expressed values (Tesis doctoral, Washington State University, 1971). Dissertation Abstracts International, 31, 4997B.
807. Kannel, W.B. (1976). Recent highlights from the Framingham study. Aust NZ Journal of Medicine, 6, 373-386.
808. Kannel, W.B., & Wolf, P.A. (1975). Risk factors in atherosclerotic cerebrovascular disease. En J.S. Meyer (Ed.), Modern Concepts of Cerebrovascular Disease. New York: Spectrum.
809. Kaplan, N. (1980). Hipertensión Clínica. México, D.F., : El Manual Moderno.
810. Karabenick, S.A. (1972). Valence of success and failure as a function of achievement motives and locus of control. Journal of Personality and Social Psychology, 21, 101-110.
811. Karp, S.A. (1963). Field dependence and overcoming embeddedness. Journal of Consulting Psychology, 27, 294-302.
812. Karp, S.A., Kissin, B., & Hostmeyer, F.E. (1970). Field dependence as a predictor of alcoholic therapy dropouts. Journal of Nervous and Mental Disease, 150, 77-83.
813. Karp, S.A., & Konstadt, N. (1971). The Children's Embedded Figures Test (CEFT). En H.A. Witkin, P.K. Oltman, E. Raskin, & S.A. Karp (Eds.), Manual for the Embedded Figures Tests (págs. 21-26). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
814. Katzell, R.A., Barret, R.S., & Parker, T.C. (1961). Job satisfaction, job performance, and situational characteristics. Journal of Applied Psychology, 45, 65-72.
815. Keelan, P. (1965). Double blind trial of propranolol (inaleral) in angina pectoris. British Medical Journal, 1, 897.
816. Keen, P.G.W. (1973). The implications of cognitive style for individual decision-making (Tesis Doctoral, Harvard University, 1974). Dissertation Abstracts International, 34, 5238B.

817. Keith, R.A., Lown, B., & Stare, F.J. (1965). Coronary heart disease and behavior pattern. Psychosomatic Medicine, 27, 424-434.
818. Keller, H.R., Deysach, R.E., Hiers, T.G., Ross, A.W., & Moore, L.L. (1976). Interrelationship among Decentering and behavioral ratings in a therapeutic camp setting. Journal of Genetic Psychology.
819. Kelley, E.L., & Fiske, D.W. (1951). The prediction for performance in clinical psychology. Ann Arbor: University of Michigan Press.
820. Kelley, H.H. (1967). Attribution theory in social psychology. In D. Levine (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln: University of Nebraska Press.
821. Kellner, R. (1975). Psychotherapy in psychosomatic disorders: A survey of controlled studies. Archives of General Psychiatry, 32, 1021.
822. Kendall, T., Finch, A., Little, V., Chirico, M., & Ollendick, T. (1978). Variations in a construct: Quantitative and qualitative differences in children's locus of control. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 590-593.
823. Kendon, A., & Cook, M. (1964). The consistency of gaze patterns in social interaction. British Journal of Psychology, 50, 481-494.
824. Kenigsberg, L., Szankowski, S., Moberg, G.S., Wardwell, W.L., & Licciardello, A.P. (1974). The coronary-prone behavior pattern in hospitalized patients with and without coronary heart disease. Psychosomatic Medicine, 36, 544-551.
825. Kennedy, R.S. (1972). The relationship between habituation to vestibular stimulation and vigilance: Individual differences and subsidiary problems. (Ph.D. Doctoral, University of Rochester, 1972). Dissertation Abstracts International, 33, 2374B-2375B.
826. Kenyon, F.H. (1976). Hypochondriacal states. British Journal of Psychiatry, 129, 1.
827. Kerr, B. (1979). Sequential predictability effects on initiation time and movement time for adults and children. Journal of Motor Behavior, 11, 71-81.
828. Kidson, M. (1975). Personality and hypertension. Journal of Psychosomatic Research, 17, 35.

829. Kilmann, P.R., & Howell, R.J. (1974). The effects of structure of marathon group therapy and locus of control on therapeutic outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology.
830. Kimball, C.F. (1971). Emotional and psychosocial aspects of diabetes mellitus. Medical Clinics of North America, 55, 1007-1018.
831. King, H.E. (1954). Psychomotor aspects of mental disease. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
832. King, H.E. (1965). Psychomotor changes with age, psychopathology and brain damage. In A. Welford & J. Birren (Eds.), Behavior, aging and the nervous system. Springfield, Illinois: Thomas.
833. King, H.E. (1969). Psychomotility: A dimension of behavior disorder. In J. Zubin & C. Shagass (Eds.), Neurobiological aspects of psychopathology. New York: Grune and Stratton.
834. King, H.E. (1975). Psychomotor correlates of behavior disorder. In M. Kietzman, S. Sutton, & J. Zubin. Experimental approaches to psychopathology. New York: Academic Press.
835. King, H.E. (1976). Incidental reaction time: Normal and schizophrenic response to the onset and cessation of auditory signals. The Journal of Psychology, 93, 299-311.
836. Kirk, L., & Burton, M. (1977). Maternal kinesic behavior and cognitive development in the child. Annals of the New York Academy of Sciences, 285, 389-407.
837. Kish, G.B., Solberg, K.B., & Vecker, A.E. (1971). Locus of control as a factor in influencing patients' perceptions of ward atmosphere. Journal of Clinical Psychology, 10, 287-289.
838. Kittell, F., Kornitzer, M., Lyzanski, S.J., Jenkins, C.D., Rustin, R.P., & Degré, C. (1978). Two methods of assessing the type A coronary-prone behavior pattern in Belgium. Journal of Chronic Diseases, 31, 147-155.
839. Klaiber, E.L., Broverman, D.M., & Kobayashi, Y. (1967). The automatization cognitive style, androgens, and monoamine oxidase. Psychopharmacologia, 11, 520-536.
840. Klaiber, E.L., Broverman, D.M., Vogel, W., Abraham, G.E., & Cone, E.L. (1971). Effects of infused testosterone on mental performances and serum LH. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 32, 341-349.

841. Klau, L.G. (1973). The formation of first impressions in field-dependent and field independent persons (Tesis doctoral, City University of New York, 1973). Dissertation Abstracts International, 33, 0061B.
842. Klebanoff, H.E. (1975). Leadership: An investigation of its distribution in task-oriented small groups (Tesis doctoral, Adelphi University, 1976). Dissertation Abstracts International, 36, 3614B.
843. Kleiber, D., Veldman, D.J., & Menaker, S.L. (1973). The multidimensionality of locus of control. Journal of Clinical Psychology, 29, 411-416.
844. Klein, D.C., Fencil-Morse, E., & Seligman, M.E.P. (1976). Learned helplessness, depression, and the attribution of failure. Journal of Personality and Social Psychology, 33, 508-516.
845. Klein, G.S., & Schlesinger, H.J. (1949). Where is the perceiver in perceptual theory? Journal of Personality, 18, 32-47.
846. Klein, R.F., Kliner, V.A., Eipes, D.P., Troyer, W.G., & Wallace, A.G. (1968). Transfer from a coronary care unit: Some adverse responses. Archives of Internal Medicine, 122, 104.
847. Klepper, I.L. (1969). Induction of field-dependence changes by body attention procedures. Perceptual and Motor Skills, 29, 139-145.
848. Klockars, A., & Varnum, S. (1975). A test of dimensionality assumptions of Rotter's Internal-External Scale. Journal of Personality Assessment, 39, 397-404.
849. Knapp, R.H., & Holzberg, J.D. (1964). Characteristics of college students volunteering for service with mental patients. Journal of Consulting Psychology, 28, 82-85.
850. Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardness. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1-11.
851. Koff, J.H.W. (1972). Field dependence and psychotherapy expectancies, presenting symptoms, defensive style, and length of stay in psychotherapy (Tesis doctoral, George Washington University, 1972). Dissertation Abstracts International, 32, 7312B.

852. Kolakowski, D., & Malina, R.M. (1974, October). Spatial ability, throwing accuracy and man's hunting heritage. Nature, págs. 410-412.
853. Kolb, L.C. (1977). Modern Clinical Psychiatry. Philadelphia: W.B. Saunders.
854. Komaroff, A.L., Masuda, M., & Holmes, T.H. (1968). The Social Readjustment Rating Scale: A comparative study of Negro, Mexican and White Americans. Journal of Psychosomatic Research, 12, 121-128.
855. Komnenich, P., Lane, D.M., Dickey, R.P., & Stone, S.C. (1978). Hormones and cognitive performance. Physiological Psychology, 6, 115-120.
856. Korman, A.K. (1971). Environmental ambiguity and locus of control as interactive influences on satisfaction. Journal of Applied Psychology, 55, 339-342.
857. Kornitzer, M., De Backer, G., Dramaix, M., & Thilly, C. (1979). Regional differences in risk factor distribution, food habits and coronary heart disease mortality and morbidity in Belgium. International Journal of Epidemiology, 8, 23-31.
858. Kornitzer, M., Kittel, G., De Backer, G., Dramaix, M. (1981). The Belgian Heart Disease Prevention Project: Type A behavior pattern and the prevalence of coronary heart disease. Psychosomatic Medicine, 43, 133-145.
859. Kornitzer, M., Kittel, F., Rustin, R.M., Degré, G., Dramaix, M., De Backer, G., & Thilly, C. (1975). Facteurs psychologiques et sociaux en relation avec les cardiopathies ischémiques (C.I.). Données initiales du projet Belge de Prévention des Affections Cardiovasculaires. Arch Mal Coeur Vaissaux, 68, 35-44.
860. Kostlin-Gloger, G. (1974). Socialisation and cognitive stile. Germany: Beltz.
861. Krantz, D.S., Glass, D.C., & Snyder, M.L. (1974). Helplessness, stress level, and the coronary prone behavior pattern. Journal of Experimental Social Psychology, 10, 284-300.
862. Krantz, D.S., Sanmarco, M.I., Selvester, R.H., & Matthews, K.A. (1979). Psychological correlates of progression of atherosclerosis in men. Psychosomatic Medicine, 41, 467-475.

863. Krantz, D.S., Schaeffer, M.A., Davis, J.E., Dembroski, T.M., MacDougall, J.M., & Shaffer, R.T. (1981). Extent of coronary atherosclerosis, type A behavior, and cardiovascular response to social interaction. Psychophysiology, 18, 654-664.
864. Kraus, P. (1973). Yesterday's children: A longitudinal study of children from kindergarten into the adult years. New York: Wiley.
865. Krippner, S., & Brown, D.P. (1973). Field independence and electroencephalogram induced altered states of consciousness. Journal of Clinical Psychology, 29, 316-319.
866. Kugelmass, S., & Lieblich, A.A. (1975). Developmental study of the Arab child in Israel (Scientific Report, Ford Foundation Grant 015. 1261). Hebrew University, Human Development Center.
867. Kuhlen, R.G. (1963). Needs, perceived need satisfaction opportunities and satisfaction with occupation. Journal of Applied Psychology, 47, 50-64.
868. Kukla, A. (1973). Attributional determinants of achievement related behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 21, 166-174.
869. Kuller, L. (1969). Sudden death in arteriosclerotic heart disease: The case for preventive medicine. American Journal of Cardiology, 23, 617.
870. Kumpf, M., & GStz-Marchand, B. (1975). Reduction of cognitive dissonance as a function of magnitude of dissonance, differentiation, and self-esteem. European Journal of Social Psychology, 5, 253-270.
871. Kuncz, J., & Anderson, W. (1976). Normalizing the MMPI. Journal of Clinical Psychology, 32, 776-780.
872. Kurtz, R.M. (1969). A conceptual investigation of Witkin's notion of perceptual style. Mind, 78, 522-533.
873. Kushnir, B. (1977). Rehabilitation and myocardial infarction. Tesis doctoral inédita. University of Hull.
874. Lacey, B.C., & Lacey, J.I. (1974). Studies of heart rate and other bodily processes in sensorimotor behavior. En P.A. Obrist, A.H. Black, J. Brener, & L.V. Dicara (Eds.), Cardiovascular Psychophysiology. Chicago: Aldine.

875. Lacey, J.L. (1967). Somatic response patterning and stress: Some revision of activation theory. En M.H. Appley & R. Trumbull (Eds.), Psychological Stress. New York: Appleton-Century-Crofts.
876. Lacey, J.L., & Lacey, B.C. (1974). On heart rate responses and behavior: A reply to Elliot. Journal of Personality and Social Psychology, 30, 1-18.
877. Lachman, S. (1972). Psychosomatic disorders: A behavioristic interpretation. New York: Wiley.
878. Lader, M., & Marks, I. (1971). Clinical Anxiety. London: William Heinemann.
879. Lair, C., & King, G. (1976). MMPI profile predictors for successful and expired open heart surgery patients. Journal of Clinical Psychology, 32, 51-54.
880. Laird, J.D., & Berglas, S. (1975). Individual differences in the effects of engaging in counter-attitudinal behavior. Journal of Personality, 43, 286-304.
881. Landauer, A., Armstrong, S., & Digwood, J. (1950). Sex differences in choice reaction time. British Journal of Psychology, 71, 551-555.
882. Lao, R.C. (1970). Internal-external control and competent and innovative behavior among Negro college students. Journal of Personality and Social Psychology, 13, 263-270.
883. Lao, R.C. (1974). The developmental trend of the locus of control. Personality and Social Psychology Bulletin, 1, 348-350.
884. Lao, R.C. (1976). Is internal-external control an age related variable? The Journal of Psychology, 92, 3-7.
885. Laosa, L.M. (1976, December). Teaching problem-solving to their young children: Strategies used by Mexican-American and Anglo-American mothers. Preliminary analyses. Trabajo presentado en The Interamerican Congress of Psychology, Miami Beach, Florida.
886. LaTorre, R.A. (1978). The unitary construct variously named over inclusion and cognitive style. Journal of Psychology, 99, 113-117.
887. Lawler, E.A., III, & Porter, L.W. (1967). Antecedent attitudes of effective managerial performance. Organizational Behavior and Human Performance, 2, 123-142.

888. Lawrence, G.L. (1968). Behaviors and attitudes of college females differing in parent identification (Tesis doctoral, George Peabody College for Teachers, 1969). Dissertation Abstracts International, 30, 1362B.
889. Lawson, N.C.A. (1977). Physical and social masculinity and femininity in relation to sex-typed cognitive abilities (Tesis doctoral, University of Texas at Austin, 1978). Doctoral Dissertation, 38, 6121B.
890. Lazarini, H.J., Besse, P., Diognon, J., Peres, M., Serise, A., & L'Epee, P. (1975). Etude sur le devenir socio-professionnel des sujets porteurs de pacemakers cardiaques. Archs.Mal. Prof., 42, 36.
891. Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.
892. Lazarus, R.S. (1971). The concepts of stress and disease. En L. Levi (Ed.), Society, stress and disease. Vol. 1. London: Oxfor University Press.
893. Lazarus, R.S., & Opton, E.M. (1966). The study of psychological stress: A summary of theoretical formulations and experimental findings. En C.D. Spielberger (Ed.), Anxiety and behavior. New York: Academic Press.
894. Lebovits, B.A., Shekelle, R.B., Ostfeld, A.M., & Paul, O. (1967). Prospective and retrospective psychological studies of coronary heart disease. Psychosomatic Medicine, 29, 265-272.
895. Lee, R.E., & Schneider, R.F. (1958). Hypertension and atherosclerosis in executive and non-executive personnel. Journal of the American Medical Association, 167, 1447.
896. Lee, S.W. (1974). Effects of temporary father absence and parental child rearing attitudes on the development of cognitive abilities among elementary school boys (Tesis doctoral, University of Texas at Austin, 1974). Dissertation Abstracts International, 33, 483B.
897. Lefcourt, H.M. (1967). Effects of cue explication upon persons maintaining external control expectancies. Journal of Personality and Social Psychology, 5, 372-378.
898. Lefcourt, H.M. (1972). Recent developments in the study of locus of control. En B.A. Maher (Ed.), Progress in experimental personality research. New York: Academic Press.

899. Lefcourt, H.M. (1973). The function of illusions of control and freedom. American Psychologist, 28, 417-425.
900. Lefcourt, H.M. (1976). Locus of control and the response to aversive events. Canadian Psychological Review, 17, 203-209.
901. Lefcourt, H.M. (1976). Locus of control. Current trends: Theory and research. New York: Wiley.
902. Lefcourt, H.M. (1980). Locus of control and coping with life events. In E. Staub (Ed.), Personality: Basic issues and current research. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
903. Lefcourt, H.M., Antrobus, P.M., & Hogg, E. (1974). Humor response and humor production as a function of locus of control, field dependence, and type of reinforcements. Journal of Personality, 42, 632-651.
904. Lefcourt, H.M., Grønnerud, P., & McDonald, P. (1973). Cognitive activity and hypothesis formation during Double Entendre Word Association Test as a function of locus of control and field dependence. Canadian Journal of Behavioral Science, 5, 161-173.
905. Lefcourt, H.M., Hogg, E., & Sordini, G. (1975). Locus of control, field dependence and the conditions arousing objective vs. subjective self awareness. Journal of Research in Personality, 9, 21-36.
906. Lefcourt, H.M., Hogg, E., Struthers, S., & Holmes, C. (1975). Causal attributions as a function of locus of control, initial confidence, and performance outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 32, 391-397.
907. Lefcourt, H., & LaBing, C. (1965). The American Negro: A problem in expectancies. Journal of Personality and Social Psychology, 1, 377-380.
908. Lefcourt, H.M., Lewis, L., & Silverman, I.W. (1965). Internal versus external control of reinforcement and attention in a decision-making task. Journal of Personality, 36, 603-632.
909. Lefcourt, H.M., Miller, R.S., Ware, E.E., & Sherk, D. (1981). Locus of control as a modifier of the relationship between stressors and moods. Journal of Personality and Social Psychology, 41, 357-369.

910. Lefcourt, H.M., & Siegel, J.M. (1970). Reaction time performance as a function of field dependence and autonomy in test administration. Journal of Abnormal Psychology, 76, 475-481.
911. Lefcourt, H.M., Sordini, C., & Sordini, C. (1974). Locus of control and the expression of humor. Journal of Personality, 42, 130-143.
912. Lefcourt, H.M., & Wine, J. (1969). Internal versus external control of reinforcement and the deployment of attention in experimental situations. Canadian Journal of Behavioral Science, 1, 167-181.
913. Leff, J.P. (1978). Psychiatrists' versus patients' concepts of unpleasant emotions. British Journal of Psychiatry, 133, 306-315.
914. Lega-Duguet, L.I. (1977). A cross-cultural study of the relationship between field independence and conservation (Tesis doctoral, Temple University, 1978). Dissertation Abstracts International, 58, 3358A.
915. Lehman, R.E. (1978). Symptom contamination of the Schedule of Recent Events. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1364-1367.
916. Lei, H., & Skinner, H. (1958). A psychometric study of life events and social readjustment. Journal of Psychosomatic Research, 21, 57-65.
917. Leibman, M. (1970). The effects of sex and race norms on personal space. Environment and Behavior, 2, 208-246.
918. Leithwood, K.A., & Fowler, W. (1971). Complex motor learning in four year olds. Child Development, 42, 781-792.
919. Lessing, E. (1969). Racial differences in indices of ego functioning relevant to academic achievement. Journal of Genetic Psychology, 113, 153-167.
920. Lester, D. (1976). The relationship between some dimensions of personality. Psychology, 13, 58-60.
921. Lesyk, J. (1969). Effects of intensive operant conditioning on belief in personal control in schizophrenic women (Tesis doctoral, Case Western Reserve University, 1969). Dissertation Abstracts International, 29, 4849B.

922. Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association, 7, 261-262.
923. Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41, 397-407.
924. Levenson, H., & Miller, J. (1976). Multidimensional locus of control in sociopolitical activists of conservative and liberal ideologies. Journal of Personality and Social Psychology, 33, 199-208.
925. Levine, J. & Zigler, E. (1975). Denial and self image in stroke, lung cancer and heart disease patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 751-757.
926. Levy, J. (1969). Possible basis for the evolution of lateral specialization of the human brain. Nature, 224, 614-615.
927. Levy, J. (1974). Psychobiological implications of bilateral asymmetry. In S.J. Diamond & G. Beaumont. Hemisphere function in the human brain (págs. 121-183). New York: Halsted Press.
928. Levy, L. (1975). Emotions: Their parameters and measurement. New York: Raven Press.
929. Levy, S. (1969). Field independence-field dependence and occupational interests. Thesis de maestría inédita. Cornell University.
930. Lewin, K. (1935). A dynamic theory of personality. New York: McGraw-Hill.
931. Lewinsohn, P.M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. En M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (págs. 19-64). New York: Academic Press.
932. Lewis, L.H. (1968). Acquiescence response set: Construct or artifact? Journal of Projective Techniques and Personality Assessment, 32, 33-584.
933. Lewis, O. (1959). Five families: Mexican case studies in the culture of poverty. New York: Basic Books.
934. Ley, P. (1978). Psychological and behavioral factors in weight loss. En G. A. Bray (Ed.), Recent advances in obesity research. London: Newman Publishing.

935. Lichtenstein, E., & Granie, W.H. (1969). The importance of subjective evaluation of reinforcement in verbal conditioning. Journal of Experimental Research and Personality, 3, 214-220.
936. Lichtenstein, E., & Keutzer, C.S. (1967). Further normative and correlational data on the Internal-External (I-E) Control of Reinforcement Scale. Psychological Reports, 21, 1014-1016.
937. Lichtenstein, S., & Newman, J.R. (1967). Empirical scaling of common verbal phrases associated with numerical probabilities. Psychonomical Science, 9, 503-504.
938. Leibman, M. (1970). The effects of sex and race norms on personal space. Environment and Behavior, 2, 208-240.
939. Lief, A. (1948). The commonsense psychiatry of Dr. Adolf Meyer. New York: McGraw-Hill.
940. Lifshitz, M. (1977). Person perception and social interaction of Jewish and Druze kindergarten children in Israel. Annals of the New York Academy of Sciences, 285, 338-354.
941. Liljefors, I. (1970). Coronary heart disease in male twins: Heredity and environmental factors in concordant and discordant pairs. Acta Medica Scandinavica, 188 (Suppl. 511).
942. Liljefors, I., & Rahe, R.H. (1970). An identical twin study of psychosocial factors in coronary heart disease in Sweden. Psychosomatic Medicine, 32, 523.
943. Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry, 101, 141-148.
944. Lindsay, J., Jr. (1981). Enfermedades de la aorta y de las venas cavas. En J.W. Hurst (Ed.), El corazón (2a. ed.) (págs. 1890-1901). Barcelona: Ediciones Toray.
945. Linton, H.B. (1952). Relations between mode of perception and the tendency to conform. Tesis doctoral inédita, Yale University.
946. Linton, H.B. (1955). Dependence on external influence: Correlates in perception, attitudes, and judgment. Journal of Abnormal and Social Psychology, 51, 502-507.
947. Lipowski, Z.J. (1975). Physical illness, the patient and his environment. En S. Arieti (Ed.), American Handbook of Psychiatry: Vol. IV (págs. 3-42). New York: Basic Books.

948. Lipp, L., Kolstoe, R., James, W., & Randall, H. (1968). Denial of disability and internal control of reinforcement: A study using a perceptual defense paradigm. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32, 72-75.
949. Little, B.G. (1974). Attitudes toward conflict with authority as a function of sex, I-E, and dogmatism. Psychological Reports, 34, 375-381.
950. Liverant, S., & Scodel, A. (1960). Internal and external control as determinants of decision making under conditions of risk. Psychological Reports, 7, 59-67.
951. Lodahl, T.M., & Kejner, M. (1965). The definition and measurement of job involvement. Journal of Applied Psychology, 49, 24-33.
952. Loeblin, J.C., Sharan, S., & Jacoby, R. (1978). In pursuit of the "spatial gene": A family study. Behavior Genetics, 8, 27-41.
953. Lombardo, J.P., Fantasia, S.C., & Solheim, G. (1975). The relationship of internality-externality, self-acceptance and self-ideal discrepancies. Journal of Genetic Psychology, 126, 281-288.
954. Looft, W.R. (1972). Egocentrism and social interaction across the life span. Psychological Bulletin, 78, 73-92.
955. López, L.C. (1976). The relationship between selected cognitive styles and cooperation in a prisoner's dilemma game situation (Tesis doctoral, Ohio State University, 1977). Dissertation Abstracts International, 37, 7043A-7044A.
956. Lord, F.M., & Novick, M.R. (1968). Statistical theories of mental test scores. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
957. Lorr, M. (1966). Explorations in typing psychotics. New York: Pergamon.
958. Loudon, K.H. (1973). Field dependence in college students as related to father absence during the latency period. Tesis doctoral inédita, Fuller Theological Seminary.
959. Lovallo, W., & Pishkin, V. (1980). Type A behavior, self-involvement, autonomic activity and the traits of neuroticism and extraversion. Psychosomatic Medicine, 42, 329-334.
960. Loveless, E.J. (1972). Cognitive styles, orienting responses and self-report measures of personality. Journal of Personality Assessment, 36, 273-281.

961. Lown, B. (1980). Cardiovascular collapse and sudden cardiac death. En E. Braunwald (Ed.), Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine (págs. 778-817). Philadelphia: W.B. Saunders.
962. Lundberg, U., & Theorell, T. (1975). Scaling of life events in three diagnostic groups (Report No. 387). University of Stockholm, Psychological Laboratories.
963. Lundberg, U., & Theorell, T. (1975). Scaling life events: Differences between three diagnostic groups and between recently experienced and nonexperienced events. Journal of Human Stress, 2, 7-17.
964. Lundberg, U., Theorell, T., & Lind, E. (1975). Life changes and myocardial infarction: Individual differences in life change scaling. Journal of Psychosomatic Research, 19, 27-32.
965. Lundeen, G.E., & Caldwell, G.W. (1980). A study of unfounded beliefs among school seniors and college students. Journal of Educational Research, 72, 277-283.
966. Lykken, D.T., & Katzemeyer, G.G. (1967). Manual for the Activity Preference Questionnaire (APQ) (Report No. PR-68-3). Minneapolis: University of Minnesota.
967. Lynch, R., & Edwards, L. (1981). Anatomía patológica de la hipertensión sistólica, incluyendo antecedentes y complicaciones. En L.W. Horst (Ed.), El corazón (págs. 1413-1422). Barcelona: Ediciones Torri.
968. Lynn, D.R. (1962). Sex-role and parental identification. Child Development, 33, 525-531.
969. Lynn, D.R. (1963). Curvilinear relation between cognitive functioning and distance of child from parent of the same sex. Psychological Review, 70, 176-219.
970. Lynn, R. (1966). Attention, arousal and the orientation reaction. London: Pergamon Press.
971. MacArthur, R.S. (1970, October). Cognitive and psychosocial influences for Eastern Eskimos and Senega Africans: some preliminaries. Trabajo presentado en the Memorial University of Newfoundland Symposium on Cross-Cultural Research, St. John's.
972. MacArthur, R.S. (1971, March). Mental abilities and psychosocial environments: Igloodik Eskimos. Trabajo presentado en el mid-project review, International Biological Programme, Igloodik Project, Toronto.

973. MacArthur, R.S. (1973). Some ability patterns: Central Eskimos and Nsenga Africans. International Journal of Psychology, 8, 239-247.
974. MacArthur, R.S. (1975). Differential ability patterns: Inuit, Nsenga, Canadian Whites. En J.W. Berry & W.J. Lonner (Eds.), Applied cross-cultural psychology (págs. 237-241). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
975. MacArthur, R.S. (1978). Ecology, culture, and cognitive development: Canadian native Youth. En L. Driedger (Ed.), The Canadian ethnic mosaic: A quest for identity (págs. 187-211). Toronto: McClelland & Stewart.
976. Maccoby, E.E. (1966). The development of sex differences. Stanford, California: Stanford University Press.
977. Maccoby, E.E., & Jacklin, C.N. (1974). The psychology of sex differences. Stanford, California: Stanford University Press.
978. MacDonald, A.P. (1971a). Internal-external locus of control: A promising rehabilitation variable. Journal of Consulting Psychology, 18, 111-116.
979. MacDonald, A.P. (1971b). Internal-external locus of control: Parental antecedents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37, 141-147.
980. MacDonald, A.P., Jr., & Hall, J. (1971). Internal-external locus of control and perception of disability. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39, 338-343.
981. MacDonald, A.P., & Tseng, M.S. (1971). Dimensions of internal versus external control revisited. Trabajo inédito, University of West Virginia.
982. MacDougall, J.M., Dembroski, T.M., & Mustante, L. (1979). The structured interview and questionnaire methods of assessing coronary prone behavior in male and female college students. Journal of Behavioral Medicine, 2, 71-83.
983. MacEachron, A.E., & Guenfeld, L.W. (1978). The effects of family authority structure and socioeconomic status on field independence. Journal of Social Psychology, 104, 49-50.
984. MacKinnon, A.A. (1972). Eskimo and Caucasian: A discordant note on cognitive-perceptual abilities. Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association, 2, 303-304.

985. MacKinnon, D.W. (1962). The personality correlates of creativity: A study of African architects. En G. Nielson (Ed.), Proceedings of the 13th International Congress of Applied Psychology: Vol. 1. Personality Research. Copenhagen: Munksgaard.
986. Magendantz, H., & Shortleeve, J. (1951). Electrocardiographic abnormalities in patients exhibiting anxiety. American Heart Journal, 42, 849.
987. Mahler, I. (1974). A comparative study of locus of control. Psychologia, 17, 135-139.
988. Maloney, P.M. (1974). Perceived parental child rearing patterns, field articulation, and reading achievement in eighth grade girls (Tesis doctoral, Fordham University, 1974). Dissertation Abstracts International, 35, 1503A.
989. Manchester, J., Herman, M., & Gorlin, R. (1971). Premenopausal castration and documented coronary atherosclerosis. American Journal of Cardiology, 28, 33-37.
990. Mandler, G., & Cowen, E. (1958). Test anxiety questionnaires. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 22, 228-229.
991. Manuck, S.B., Craft, S., & Gold, K.J. (1978). Coronary-prone behavior pattern and cardiovascular response. Psychophysiology, 13, 403-411.
992. Manuck, S.B., & Garland, F.N. (1979). Coronary-prone behavior pattern, incentive, and cardiovascular response. Psychophysiology, 16, 136-142.
993. Marcus, E.S. (1970). The relationship of psychological differentiation to the congruence of temporal patterns of speech (Tesis doctoral, New York University, 1970). Dissertation Abstracts International, 31, 2288B.
994. Margulis, M. (1971). Perceptual and cognitive correlates of self-actualization (Tesis doctoral, University of Maine, 1972). Dissertation Abstracts International, 32, 6055B-6056B.
995. Marks, I.M. (1970). Agoraphobic syndrome (phobic anxiety state). Archives of General Psychiatry, 23, 538.
996. Marks, I., & Lader, M. (1973). Anxiety states (anxiety neurosis): A review. Journal of Nervous and Mental Disorders, 156, 3.
997. Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. Journal of Personality and Social Psychology, 35, 63-79.

998. Markush, R.E., & Favers, R.V. (1974). Epidemiologic assessment of stressful life events, depressed mood and psychophysiological symptoms- A preliminary report. En B.S. Dehrendend & B.P. Dohrendend (Eds.), Stressful life events and their effects. New York: Wiley.
999. Marriott, H.J.A., & Myerburg, R.J. (1981). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del ritmo y de la conducción. en J.W. Hurst (Ed.), El corazón (2a. ed.) (págs. 656-712). Barcelona: Ediciones Toray.
1000. Martin, E.B. (1974, November 26). 53% of Americans believe in psychic phenomena. National Enquirer, p4g. 2.
1001. Martin, P., & Toomey, T. (1973). Perceptual orientation and empathy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41, 315.
1002. Marty (1970). The occult establishment. Social Research, 37, 212-230.
1003. Mason, J.W., Mangan, G., Brady, J.V., Conrad, D., & Rioch, D. (1961). Concurrent plasma epinephrine, norepinephrine and 17-hydroxy-corticosteroid levels during conditional emotional disturbances in monkeys. Psychosomatic Medicine, 23, 344.
1004. Massari, D.J., & Rosenblum, D.C. (1972). Locus of control, interpersonal trust, and academic achievement. Psychological Reports, 31, 355-360.
1005. Masuda, M., & Holmes, T.H. (1967a). Magnitude estimations of social readjustments. Journal of Psychosomatic Research, 11, 219.
1006. Masuda, M., & Holmes, T.H. (1967b). The Social Readjustment Rating Scale: A cross-cultural study of Japanese and Americans. Journal of Psychosomatic Research, 11, 227-237.
1007. Matthews, K.A., Glass, D.C., Rosenman, R.H., & Bortner, R.W. (1977). Competitive drive, pattern A and coronary heart disease. A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. Journal of Chronic Diseases, 30, 489-498.
1008. Matthews, K., & Saal, F. (1978). Relationship of the type A coronary prone behavior pattern to achievement, power, and affiliation motives. Psychosomatic Medicine, 40, 631-656.

1009. Mausner, B., & Graham, J. (1970). Field dependence and prior reinforcement as determinants of social interaction in judgment. Journal of Personality and Social Psychology, 16, 486-493.
1010. May, R. (1969). Existential psychology. New York: Random House.
1011. Mayo, P.R., & Bell, J.M. (1972). A note on the taxonomy of Witkin's field-independence measures. British Journal of Psychology, 63, 255-256.
1012. Mayou, R. (1975). The patient with angina symptoms and disability. Postgraduate Medical Journal, 49, 250-254.
1013. McCall, M.M., III. (1981). Reanimación cardiopulmonar. En J.W. Hurst (Ed.), El corazón (2a. ed.) (págs. 751-767). Barcelona: Ediciones Toray.
1014. McCarrey, M.W., Dayhaw, L.T., & Chagnon, G.P. (1971). Attitude shift, approval need, and extent of psychological differentiation. Journal of Social Psychology, 84, 141-149.
1015. McCarter, S.C. (1976). A description of altered visual perceptual differentiation as affected by instructional procedures upon the responses of individuals to visual data (Tesis doctoral, North Texas State University, 1976). Dissertation Abstracts International, 37, 3352A-3353A).
1016. McCarthy, R.J. (1967). A study of the effect of rail walking on improvement of rod and frame performance of alcoholics. Tesis de maestría inédita, University of Kansas.
1017. McCord, M.M. (1973). Comparative effects of selected art experiences upon factors of visual perception (Tesis doctoral, Indiana University, 1974). Dissertation Abstracts International, 34, 4880A-4881A.
1018. McCranie, E., Simpson, M., & Stevens, J. (1981). Type A behavior, field dependence, and serum lipids. Psychosomatic Medicine, 43, 107-110.
1019. McFall, R.M., & Schenkeln, D. (1970). Experimenter expectancy effects, need for achievement, and field dependence. Journal of Experimental Research in Personality, 4, 122-128.
1020. McFie, J. (1961). The effect of education on African performance on a group of intellectual tests. British Journal of Educational Psychology, 31, 232-240.

1021. McGarry, J.J., & Newberry, B.H. (1981). Beliefs in paranormal phenomena and locus of control: A field study. Journal of Personality and Social Psychology, 41, 725-736.
1022. McGarvey, W.E. (1976). Can adjustment cause achievement? A cross-lagged panel analysis (Research Report No. 76-1). Los Angeles: University of Southern California, Social Science Research Institute.
1023. McGee, M.G. (1978). Intrafamilial correlations and heritability estimates for spatial ability in a Minnesota sample. Behavior Genetics, 8, 77-80.
1024. McGhee, P.E., & Crandall, V.G. (1968). Beliefs in internal-external control of reinforcement and academic performance. Child Development, 39, 91-112.
1025. McGinnies, E., Norholm, L.A., Ward, C.D., & Duangduen, L.B. (1974). Sex and cultural differences in perceived locus of control among students in five countries. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 451-455.
1026. McMurray, L. (1970). Emotional stress and driving performance: The effect of divorce. Behavioral Research in Highway Safety, 1, 100-114.
1027. McNair, D., Lorr, M., & Droppleman, L. (1971). Profile of Mood States. San Diego: Educational and Industrial Testing Services.
1028. McNemar, Q. (1969). Psychological Statistics (4th ed.). New York: Wiley.
1029. McNett, C.W. (1970). A settlement pattern scale of cultural complexity. In R. Naroll, & R. Cohen (Eds.), A handbook of method in cultural anthropology (pages. 872-886). New York: Natural History Press.
1030. McWhinnie, H.J. (1967). The effects of a learning experience upon the preference for the complexity and asymmetry in fourth grade children. California Journal of Educational Research, 18, 219-229.
1031. McWhinnie, H.J. (1968). The effects of a learning experience upon the preference for complexity and asymmetry in fifth grade children. California Journal of Educational Research, 19, 183-189.
1032. McWhinnie, H.J. (1970). A factor analytic study of perceptual behavior in fourth and fifth grade children. Acta Psychologica, 34, 89-97.

1033. Mebane, D., & Johnson, D.L. (1970). A comparison of the performance of Mexican boys and girls on Witkin's cognitive tasks. Interamerican Journal of Psychology, 4, 227-239.
1034. Mechanic, D. (1966). Response factors in illness: The study of illness behavior. Social Psychiatry, 1.
1035. Medalie, J.H., & Kahn, H.A. (1973). MI over a five year period: (1) Prevalence, incidence and mortality experience. Journal of Chronic Diseases, 26, 63-84.
1036. Medical News Section (1968). Journal of the American Medical Association, 203, 5.
1037. Meek, F., & Skubie, V. (1971). Spatial perception of highly skilled and poorly skilled females. Perceptual and Motor Skills, 33, 1309-1310.
1038. Mehrabian, A., & Williams, M. (1969). Nonverbal concomitants of perceived and intended persuasiveness. Journal of Personality and Social Psychology, 13, 37-58.
1039. Meites, K., Lovallo, W., & Piskin, V. (1980). A comparison of four scales for anxiety, depression and neuroticism. Journal of Clinical Psychology, 36, 427-432.
1040. Meizlik, F. (1973). The effect of sex and cultural variables on field independence/dependence in a Jewish subculture. Tesis de maestría inédita. City University of New York.
1041. Melges, F., & Bowlby, J. (1969). Types of hopelessness in psychopathological process. Archives of General Psychiatry, 20, 690-699.
1042. Mendels, J., & Weinstein, N. (1972). The relationship between depression and anxiety. Archives of General Psychiatry, 27, 649-653.
1043. Mendels, J., & Weinstein, N. (1972). The Schedule of Recent Experiences: A reliability study. Psychosomatic Medicine, 34, 527.
1044. Meskin, B.B., & Singer, J.L. (1974). Daydreaming, reflective thought and laterality of eye movements. Journal of Personality and Social Psychology, 30, 64-71.
1045. Messer, S.B. (1972). The relation of internal-external control to academic performance. Child Development, 43, 1456-1462.

1046. Messer, S.B. (1976). Reflection-impulsivity: A review. Psychological Bulletin, 83, 1026-1052.
1047. Messick, S., & Damarin, F. (1964). Cognitive styles and memory for faces. Journal of Abnormal and Social Psychology, 69, 313-318.
1048. Messick, S., & Fritsky, F.J. (1963). Dimensions of analytic attitude in cognition and personality. Journal of Personality 31, 346-370.
1049. Metropolitan Life Insurance company (1959). Build and body pressure study. Statistical Bulletin, 40, 3.
1050. Micheal, D.N. (1968). Some preliminary hypotheses on the relation of field approach to driving behavior (I.D.R. No. 437864, Project No. 1666). University of Michigan, Institute for Social Research.
1051. Michael, J.I. (1970). Rehabilitation. En C. Neuringer, & J.L. Michael (Eds.), Behavior Modification in Clinical Psychology (pages 52-85). New York: Appleton-Century-Crofts.
1052. Midgley, N., & Abrams, M.S. (1974). Fear of success and locus of control in young women. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 73.
1053. Miles, H.W., Waldfoegel, S., Barrabee, E.L., & Cobb, S. (1954). Psychosomatic study of 46 young men with coronary artery disease. Psychosomatic Medicine, 16, 455-477.
1054. Milgram, N.A. (1971). Locus of control in Negro and White children at four age levels. Psychological Reports, 29, 459-465.
1055. Miller, A.G., & Minton, H.L. (1969). Machiavellianism, internal-external control and the violation of experimental instructions. Psychological Record, 19, 369-380.
1056. Miller, R.J. (1975). Psychological differentiation and hypnotizability (Tesis doctoral, Pennsylvania State University, 1974). Dissertation Abstracts International, 35, 1392B-1393B.
1057. Miller, W.R. (1975). Psychological deficit in depression. Psychological Bulletin, 82, 238-260.
1058. Miller, W.R., & Seligman, M.E.P. (1973). Depression and the perception of reinforcement. Journal of Abnormal Psychology, 82, 62-73.

1059. Miller, W.R., & Seligman, M.E.P. (1975). Depression and learned helplessness in man. Journal of Abnormal Psychology, 84, 228-238.
1060. Minkoff, K., Berman, E., Beck, A.T., & Beck, R. (1973). Hopelessness, depression and attempted suicide. American Journal of Psychiatry, 130, 455-459.
1061. Minkowich, A. (1967). Correlates of ambivalence, risk-taking and rigidity (Final scientific report No. 3, Grant AF EOAR 65-32). European Office of Aerospace Research, United States Air Force, Air Force Office of Scientific Research.
1062. Minton, H.L. (1967). Power as a personality construct. En B.A. Maher (Ed.), Progress in experimental personality research, Vol. 4. New York: Academic Press.
1063. Mirrels, H.L. (1970). Dimensions of internal versus external control. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34, 226-228.
1064. Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. Psychological Review, 80, 252-283.
1065. Mischel, W., & Gilligan, C. (1964). Delay of gratification, motivation for the prohibited gratification, and responses to temptation. Journal of Abnormal and Social Psychology, 69, 411-417.
1066. Mischel, W., Zeiss, R., & Zeiss, A. (1974). Internal-external control and persistence: Validation and implications of the Stanford Preschool Internal-External Scale. Journal of Personality and Social Psychology, 29, 265-278.
1067. Mlott, S.R., Bostick, E.T., & Lira, F.T. (1977). Dogmatism and locus of control in young women who support, oppose or voice no opinion on the Equal Rights Amendment. Journal of Clinical Psychology, 33, 740-748.
1068. Mlott, S.R., & Lira, F.T. (1977). Dogmatism, locus of control and life goals in stable and unstable marriages. Journal of Clinical Psychology, 33, 142-146.
1069. Mohr, J.P., Fisher, C.M., & Adams, R.D. (1980). Cerebrovascular Diseases. Ep. T.R. Harrison (Ed.), Principles of Internal Medicine (9th ed.) (págs. 1911-1941). New York: McGraw-Hill.
1070. Mones, A.G. (1974). Humor and its relation to field dependence-independence and open mindedness-closed mindedness (Tesis Doctoral, Long Island University, 1975). Dissertation Abstracts International, 35, 4657B-4658B.

1071. Money, J. (1968). Cognitive deficits in Turner's syndrome. En S.G. Vandenberg (Ed.), Progress in human behavior genetics (págs. 27-30). Baltimore: John Hopkins.
1072. Money, J., & Alexander, D. (1966). Further demonstration of the presence of specific cognitional-deficiencies. Journal of Medical Genetics, 3, 47-48.
1073. Montgomery, D.D. (1971). Personality correlates of response tendencies during habituation of the galvanic skin response (Tesis doctoral, West Virginia University, 1972). Dissertation Abstracts International, 32, 6690B-6691B.
1074. Moosy, J. (1977). Cerebral atherosclerosis: Morphology and some relationships with coronary atherosclerosis. En K.J. Zuluch, W. Kaufmann, K.A. Hossmann, & U. Hossmann (Eds.), Brain and heart infarct. Germany: Springer-Verlag.
1075. Morales, A. (1971). The collective preconscious and racism. Social Casework, 22, 285-293.
1076. Mordkoff, A., & Parsons, O.A. (1968). The coronary personality: A critique. International Journal of Psychiatry, 5, 413.
1077. Morelan, S.J., & Ortiz, F.I. (1975). The effects of personal and impersonal rewards on the learning performance of field independent-dependent Mexican-American Children. Colorado Journal of Educational Research, 11, 27-32.
1078. Morgan, A.H. (1972). Hypnotizability and cognitive styles: A search for relationships. Journal of Personality, 40, 503-509.
1079. Morris, W.H.M. (1960). The cardiac on the farm. En L.J. Warshaw (Ed.), The heart in industry (pág. 431). New York: Harper and Row.
1080. Moser, H., Victor, M., & Adams, S.D. (1981). Enfermedades nutricionales y metabólicas del sistema nervioso. En T.R. Harrison (Ed.), Medicina Interna (págs. 2270-2284). México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana.
1081. Moses, J.L. (1970). Selecting vigilant types: Predicting vigilance performance by means of a field dependence test (Ms. No. 151 B). Experimental Publication Systems, No. 4
1082. Mulgrave, N.W. (1965). An investigation of the cognitive factor structure of two types of concept-attainment tasks and two tests of cognitive style (Tesis doctoral, University of Pittsburgh, 1966). Dissertation Abstracts, 27, 1283B.

1083. Munroe, R.H., & Munroe, R.L. (1975, April). Infant care and childhood performance in East Africa. Trabajo presentado en el Meeting of the Society for Research in Child Development, Denver, Colorado.
1084. Murdock, G.P. (1969). Correlations of exploitative and settlement patterns. En D. Damas (Ed.), Ecological Essays. National Museum of Canada Bulletin No. 230, Anthropological Series No. 86.
1085. Murillo Varela, P.L. (1977). Algunas consideraciones sobre la etiología psicogenética del infarto prematuro-conducta Tipo A. Tesis de licenciatura inédita, Universidad Nacional Autónoma de México.
1086. Murphy, L.B., & Moriarty, A.E. (1976). Vulnerability, coping, and growth from infancy to adolescence. New Haven, Connecticut: Yale University Press.
1087. Murray, H.A. (1943). Thematic Apperception Test Manual. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
1088. Mustard, J.F., & Packham, M.A. (1969). The role of thrombogenic factors in atherosclerosis. American New York Academy of Sciences, 149, 848.
1089. Myers, J., Lindenthal, J., Pepper, M., & Ostrander, D. (1972). Life events and mental status: A longitudinal study. Journal of Health and Social Behavior, 13, 398-406.
1090. Naditch, M.P. (1974). Locus of control, relative discontent, and hypertension. Social Psychiatry, 9, 111-117.
1091. Naditch, M.P., Gargan, A.M., & Michael, L.B. (1975). Denial anxiety, locus of control and the discrepancy between aspirations and achievements as components of depression. Journal of Abnormal Psychology, 84, 1-9.
1092. Nagle, R., Gangola, R., & Picton-Robinson, I. (1971). Factors influencing return to work after an MI. Lancet, 2, 454-455.
1093. National Assessment of Educational Progress (NAEP) (1972). Reading Summary. Denver, Colorado: Educational Commission of the States.
1094. National Assessment of Educational Progress (NAEP) (1976). Newsletter 4, No. 5. Denver, Colorado: Educational Commission of the States.

1095. Naughton, J., Blake, B., & Nagle, F. (1964). Refinements in methods and evaluation and physical conditioning before and after myocardial infarction. American Journal of Cardiology, 14, 837.
1096. Naylor, G.H. (1971). Learning styles at six years in two ethnic groups in a disadvantaged area (Tesis doctoral, University of Southern California, 1971). Dissertation Abstracts International, 32, 794A.
1097. Nedd, A.N.B., & Gruenfeld, L.W. (1976). Field dependence-independence and social traditionalism: A comparison of ethnic subcultures of Trinidad. International Journal of Psychology, 11.
1098. Nedd, A.N.B., & Schwartz, H. (1977). A cross-cultural investigation of the relative importance of child rearing and socioeconomic antecedents of field dependence-independence. The Journal of Psychology, 96, 63-70.
1099. Nehmiah, J. (1975). Neurasthenic neurosis. En A.M. Friedman, H.F. Kaplan, & B.J. Sadock. Comprehensive textbook of Psychiatry II (págs. 1264-1267). Baltimore: The Williams and Wilkins Company.
1100. Nelson, P.D. (1967). Comment. En E.K.E. Gunderson & R.H. Rahe. Life stress and illness. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
1101. Nevill, D. (1974). Experimental manipulation of dependency motivation and its effect on eye contact and measures of field dependency. Journal of Personality and Social Psychology, 29, 72-79.
1102. Newton, E.J. (1974). The relationship between the occurrence of suicidal attempt and life crisis events. Tesis de maestría inédita, University of Washington, Seattle.
1103. Nichols, R.C. (1966). The resemblance of twins in personality and interests. National Merit Scholarship Corporation Research Rep, 2, 1-23.
1104. Nielson, W., & Dobson, K. (1980). The coronary-prone behavior pattern and trait anxiety: Evidence for discriminant validity. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 546-547.
1105. Nilsson, A., Almgren, P.E., Kohler, E.M., & Kohler, L. (1973). Enuresis: The importance of maternal attitudes and personality. Acta Psychiatrica Scandinavica, 49, 114-130.

1106. Nixou, P.G.F. (1976). The human function Curve. The Practitioner, 217, 765-995.
1107. Nordquist, S. (1958). The perception of the vertical related to selected personality characteristics. Tesis de maestría inédita. Texas Christian University.
1108. Norris, J.W., Hachinski, U.C., & Myers, M.G. (1982, March). Conference report (págs. 1679-1690). International Joint Conference on Stroke and Cerebral Circulation (7th annual).
1109. Novak, E., & Williams, T. (1968). Autopsy comparison of cardiovascular changes in castrated and normal women. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 80, 863-872.
1110. Nowicki, S. (1973, August). Predicting academic achievement of females from a locus of control orientation: Some problems and some solutions. Trabajo presentado en The Meeting of the American Psychological Association, Montreal, Canada.
1111. Nowicki, S. (1978). Reported stressful events during developmental periods and their relation to locus of control orientation in college students. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1552-1553.
1112. Nowicki, S., & Barnes, J. (1973). Effects of a structured camp experience on locus of control orientation. Journal of Genetic Psychology, 124, 247-253.
1113. Nowicki, S., Bonner, J., & Feather, B. (1972). Effects of locus of control and differential analogue interview procedures on the perceived therapeutic relationship. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38, 434-438.
1114. Nowicki, S., & Duke, M.P. (1972). A locus of control scale for adults: An alternative to the Rotter. Trabajo inédito, Atlanta: Emory University.
1115. Nowicki, S., & Duke, M.P. (1974). A locus of control for college as well as noncollege adults. Journal of Personality Assessment, 33, 130-137.
1116. Nowicki, S., & Strickland, B.P. (1973). A locus of control scale for children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40, 148-154.
1117. Nowlin, J., Williams, R.B., & Wilkie, F.L. (1972). Prospective study of physical and psychological factors in elderly men who subsequently suffer acute myocardial infarction. Clinical Research, 465.

1118. Nuckolls, K.B., Cassell, J., & Kaplan, B.H. (1972). Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. American Journal of Epidemiology, 95, 431-441.
1119. Nunnally, J. (1967). Psychometric theory. New York: McGraw Hill.
1120. Nyborg, H. (1976). Sex chromosome abnormalities and cognitive performance. I: A developmental study of cognitive performance in girls with Turner's syndrome (Psychological Reports Aarhus Vol. 1, No. 2). Risskov, Denmark: University of Aarhus, Institute of Psychology.
1121. Obrist, P.A., Webb, R.A., Stutterer, J.R., & Howard, J.L. (1970). Cardiac deceleration and reaction time: An evaluation of two hypotheses. Psychophysiology, 6, 6.
1122. O'Connor, J. (1943). Structural visualization. Boston: Human Engineering Laboratory.
1123. Okonji, M.O. (1969). The differential effects of rural and urban upbringing on the development of cognitive styles. International Journal of Psychology, 4, 293-305.
1124. O'Leary, M.R. (1972). Perceived characteristics of the opponent as a determinant of aggression (Tesis Doctoral, Washington State University, 1972). Dissertation Abstracts International, 33, 2818B.
1125. O'Leary, M.R., Donovan, D.M., Cysewski, B., & Chaney, E.F. (1977). Perceived locus of control, experienced control, and depression: A trait description of the learned helplessness model of depression. Journal of Clinical Psychology, 33, 164-168.
1126. O'Leary, M.R., Donovan, D.M., & Hague, W.H. (1974a). Relationships between locus of control and MMPI scales among alcoholics: A Replication and extension. Journal of Clinical Psychology, 30, 312-314.
1127. O'Leary, M.R., Donovan, D.M., & Hague, W.H. (1974b). Relationship between locus of control, self-report, and nonobstrusive measures of anxiety. Journal of Clinical Psychology, 30, 372-373.
1128. O'Leary, M.R., Donovan, D.M., & Hague, W.H. (1975). Relationship between locus of control and defensive style among alcoholics. Journal of Clinical Psychology, 31, 362-363.
1129. O'Leary, V.E. (1974). Some attitudinal barriers to occupational aspirations in women. Psychological Bulletin, 81, 809-826.

1130. Oliver, M. (1965). Ischemic heart disease in young women. British Heart Journal, 27, 305.
1131. Oliver, R.A. (1974). Parental influence on children's cognitive style (Tesis doctoral, Iowa State University, 1974). Dissertation Abstracts International, 35, 485B.
1132. Olson, P.L. (1974). Aspects of driving performance as a function of field dependence. Journal of Applied Psychology, 59, 192-196.
1133. Oltman, P.K. (1968). A portable rod-and-frame apparatus. Perceptual and Motor Skills, 26, 503-506.
1134. Oltman, P.K., Goodenough, D.R., Witkin, H.A., Freedman, N., & Friedman, F. (1973). Psychological differentiation as a factor in conflict resolution. Journal of Personality and Social Psychology, 32, 730-736.
1135. Organ, D.W., & Greene, C.N. (1974). Role ambiguity, locus of control and work satisfaction. Journal of Applied Psychology, 59, 101-102.
1136. Osgood, C.E. & Tannenbaum, P.H. (1955). The principle of congruity in the prediction of attitude change. Psychological Review, 62, 42-55.
1137. Osler, W. (1910). The Lurieian lectures on angina pectoris. Lancet, 1, 896-900, 839-844, 929, 974-977.
1138. Ostfeld, A.M., Lebovitz, B.Z., Shekelle, R.B., & Paul, O. (1964). A prospective study of the relationship between personality and coronary heart disease. Journal of Chronic Diseases, 17, 265-276.
1139. Overmier, J.P., & Seligman, M.E. (1967). Effects of inescapable shock on subsequent escape and avoidance responding. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 63, 28-33.
1140. Paclisanu, M.I. (1970). Interacting effects of field dependence, stimulus deprivation and two types of reinforcement upon problem solving in elementary school children (Tesis doctoral, Temple University, 1970). Dissertation Abstracts International, 31, 2290B-2291B.
1141. Padilla, E.R., Rohsenow, D.J., & Bergman, A.B. (1976). Predicting accident frequency in children. Pediatrics, 58, 223-226.

1142. Paeth, C.A. (1973). A Likert scaling of student value statements, field independence-field dependence, and experimentally induced change (Tesis doctoral, Oregon State University, (1973). Dissertation Abstracts International, 34, 2288B-2289B.
1143. Paffenbarger, R.S., Jr., Wolfe, P.A., & Nortkin, J. (1966). Chronic disease in former college students. I. Early precursors of fatal coronary heart disease. American Journal of Epidemiology, 83, 314-328.
1144. Palmer, R.D. (1971). Parental perception and perceived locus of control in psychopathology. Journal of Personality, 39, 420-431.
1145. Palmer, R.D., & Field, P.B. (1971). Cognitive factors in hypnotic susceptibility. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37, 165.
1146. Palombo, S.R., & Bruch, H. (1964). Falling apart: The verbalization of ego failure. Psychiatry, 27, 248-258.
1147. Pappas, C., & Nowicki, S. (1972). Achievement correlates of locus of control. Trabajo presentado en The Meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta, Georgia.
1148. Pardes, H., Papernik, D.S., & Winston, A. (1974). Field differentiation in inpatient psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 31, 311-315.
1149. Park, J., Johnson, R.C., DeFries, J.C., McClearn, G.E., Mi, M.P., Rashad, M.N., Vandenberg, S.G., & Wilson, J.R. (1978). Parent offspring resemblance for specific cognitive abilities in Korea. Behavior Genetics, 8, 43-52.
1150. Parkes, C.M. (1972). Bereavement. International University Press.
1151. Parkes, C.M., Benjamin, B., Fitzgerald, R.G. (1969). Broken heart: A statistical study of increased mortality among widowers. British Medical Journal, 1, 740.
1152. Parkes, K.R. (1981). Field dependence and the differentiation of affective states. British Journal of Psychiatry, 139, 52-58.
1153. Parks, C., Backer, W.M., Chamberlain, J.M., & Crandell, J.M. (1975). Eliminating self-defeating behaviors and change in locus of control. The Journal of Psychology, 91, 115-120.

1154. Parlee, M.B. (1972). Comments on roles of activation and inhibition in sex differences in cognitive abilities by D.M. Broverman, E.L. Klaiber, Y. Kobayashi, & W. Vogel. Psychological Review, 79, 180-184.
1155. Parsons, O.A., & Schneider, J.M. (1974). Locus of control in university students from Eastern and Western societies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 456-461.
1156. Pascual-Leone, J. (1969). Cognitive development and cognitive style: A general psychological integration. Tesis doctoral inédita, University of Geneva.
1157. Pasley, S. (sin fecha). The Social Readjustment Rating Scale: A study of the significance of life events in age groups ranging from college freshman to seventh grade. Como parte de un tutorial en Psicología. Pittsburgh: Chatham College.
1158. Paykel, E.S. (1969). Life events and depression: A controlled study. Archives of General Psychiatry, 21, 753-760.
1159. Paykel, E.S. (1974). Life stress and psychiatric disorder. En B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.), Stressful life events, their nature and effects (págs. 135-150). New York: Wiley and Sons.
1160. Paykel, E.S. (1976). Life stress, depression and attempted suicide. Journal of Human Stress, 2, 3-12.
1161. Paykel, E.S., & Dienelt, M.N. (1971). Suicide attempts following acute depression. Journal of Nervous and Mental Diseases, 155, 234-243.
1162. Paykel, E.S., & Tanner, J. (1975). Life events, depressive relapse and maintenance treatment. Psychological Medicine.
1163. Pearlstein, L.S. (1971). The relationship between intelligence and cognitive style and the creative ability of kindergarten age children. Tesis de maestría inédita, University of Connecticut.
1164. Peltó, P.J. (1968, April). The differences between "tight" and "loose" societies. Transaction, págs. 37-40.
1165. Pemberton, C.L. (1952). The closure factors related to temperament. Journal of Personality, 21, 159-175.
1166. Penk, W. (1969). Age changes and correlates of Internal-External Locus of Control Scale. Psychological Reports, 25, 856.

1167. Perez, P.F. (1958). Experimental instructions and stimulus content as variables in the size constancy perception of schizophrenics and normals (Tesis Doctoral, New York University, 1958). Dissertation Abstracts, 18, 2214-2215.
1168. Perkins, C.J. (1973). A study of perceptual correlates to role taking ability with fourth through sixth grade children (Tesis doctoral, Oregon State University, 1973). Dissertation Abstracts International, 34, 1261B-1262B.
1169. Perry, C.E. (1970). Client internalizing and/or client externalizing consistency or change: Its effect on therapeutic process and outcome. Dissertation Abstracts, 1020-A.
1170. Petersdorf, R.G., & Dale, D.C. (1981). Infecciones en el huesped comprometido. En T.R. Harrison (Ed.), Medicina Interna (5a. ed.) (págs. 893-899). México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana.
1171. Petersen, A.C. (1976). Physical androgyny and cognitive functioning in adolescence. Developmental Psychology, 12, 524-533.
1172. Petzel, T.P., & Gynther, M.D. (1970). Effects of internal-external locus of control and skill or chance instructional sets on task performance. Journal of General Psychology, 82, 87-93.
1173. Phares, E.J. (1957). Expectancy in skill and chance situations. Journal of Abnormal and Social Psychology, 54, 339-342.
1174. Phares, E.J. (1968). Differential utilization of information as a function of internal-external control. Journal of Personality, 36, 649-662.
1175. Phares, E.J. (1971). Internal-external control and the reduction of reinforcement value after failure. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37, 386-390.
1176. Phares, E.J. (1973). Locus of control: A personality determinant of behavior. Morristown, New Jersey: General Learning Press.
1177. Phares, E.J. (1976). Locus of control in personality. Morristown, New Jersey: General Learning Press.
1178. Phares, E.J., & Davis, W.L. (1966). Breadth of categorization and the generalization of expectancies. Journal of Personality and Social Psychology, 4, 461-464.

1179. Phares, E., Richie, D., & Davis, W. (1968). Internal-external control and reaction to threat. Journal of Personality and Social Psychology, 10, 402-405.
1180. Phares, E.J., Wilson, K.G., & Klyver, N.W. (1971). Internal-external control and the attribution of blame under neutral and distractive conditions. Journal of Personality and Social Psychology, 18, 285-288.
1181. Piaget, J. (1962). Comments on Vygotsky's critical remarks concerning the language and thought of the child and judgment and reasoning in the child. Attachment to L.S. Vygotsky, Thought and language. Cambridge, Massachusetts: M.I.T. Press.
1182. Pichot, P., & Danjon, S. (1951). Le Test de Frustration de Rosenzweig. Paris: Ed. Centre de Psychologie Appliquee.
1183. Pierson, J.S. (1965). Cognitive styles and measured vocational interests of college men (Tesis doctoral, University of Texas at Austin, 1965). Dissertation Abstracts, 20, 875-876.
1184. Pilowsky, I., Chapman, C.R., & Bonica, J.J. (1977). Pain, depression and illness behavior in a pain clinic population. Pain, 1, 183.
1185. Pilowsky, I., & Spence, N.D. (1975). Patterns of illness behavior in patients with intractable pain. Journal of Psychosomatic Research, 19, 279.
1186. Pittman, N.L., & Pittman, T.S. (1979). Effects of amount of helplessness training and internal-external locus of control on mood and performance. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 39-47.
1187. Pitts, F.N. (1971). Biochemical factors in anxiety neurosis. Behavioral Science, 19, 81.
1188. Pitts, F.N., & McClure, J.N. (1967). Lactate metabolism in anxiety neurosis. New England Journal of Medicine, 277, 1329.
1189. Pizzamiglio, L. (1976, September). Field dependence and brain organization. Trabajo presentado en el Symposium, Psychophysiological studies of field dependence-independence en el Meeting of the American Psychological Association, Washington, D.C.
1190. Platt, J.J., & Eisenman, R. (1968). Internal-external control of reinforcement, time perspective, adjustment, and anxiety. Journal of Genetic Psychology, 79, 121-128.

1191. Platt, J.J., Pomeranz, D., & Eisenman, R. (1971). Validation of the Eysenck Personality Inventory by the MMPI and the Internal-External Control Scale. Journal of Clinical Psychology, 27, 104-105.
1192. Poggie, J.J., Pollnac, R.B., & Gersuny, C. (1970). Risk as a basis for taboos among fishermen in southern New England. Journal for the Scientific Study of Religion, 15, 257-262.
1193. Pohl, R.L. (1967). An investigation of cognitive styles and their relationship to choice of major and academic performance. Tesis de licenciatura inédita, Princeton University.
1194. Pollack, I.W., & Kiev, A. (1963). Spatial orientation and psychotherapy: An experimental study of perception. Journal of Nervous and Mental Disease, 137, 93-97.
1195. Popp, R.L., & Winkle, R.A. (1976). The mitral valve prolapse syndrome. Journal of the American Medical Association, 236, 867.
1196. Poussaint, A., & Atkinson, C. (1970). Black youth and motivation. Black Scholar, 1, 43-51.
1197. Powell, A., & Vega, M. (1972). Correlates of adult locus of control. Psychological Reports, 30, 455-460.
1198. Pratt, L., Seligman, K., & Reader, G. (1957). Physicians' views on the level of medical information among patients. American Journal of Public Health, 47, 1277.
1199. Preale, I., Amir, Y., & Sharan, S. (1970). Perceptual articulation and task effectiveness in several Israeli subcultures. Journal of Personality and Social Psychology, 15, 190-193.
1200. Preston, C.E. (1964). Psychological testing with northwest coast Alaskan Eskimos. Genetic Psychology Monographs, 69, 323-419.
1201. Price, D.M., Thaler, M., & Mason, J. (1957). Preoperative emotional states and adrenal cortical activity. Archives of Neurol. Psychiatry, 77, 646-650.
1202. Pritchard, M. (1974). Dimensions of illness behavior in long-term hemodialysis. Journal of Psychosomatic Research, 18, 351.
1203. Pritchard, M. (1977). Further studies of illness behavior in long term hemodialysis. Journal of Psychosomatic Research, 21, 41.

1204. Prociuk, T.J., & Breen, L.J. (1973). Internal-external control, test anxiety and academic achievement: additional data. Psychological Reports, 33, 563-566.
1205. Prociuk, T.J., & Breen, L.J. (1974). Locus of control, study habits and attitudes, and college academic performance. The Journal of Psychology, 88, 91-95.
1206. Prociuk, T.J., Breen, L.J., & Lussier, R.J. (1976). Hopelessness, internal-external locus of control and depression. Journal of Clinical Psychology, 32, 299-300.
1207. Prusoff, B., & Klerman, G.L. (1974). Differentiating depressed from anxious neurotic outpatients. Archives of General Psychiatry, 30, 302-309.
1208. Quinlan, D.M., & Blatt, S.J. (1972). Field articulation and performance under stress: Differential predictions in surgical and psychiatric nursing training. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39, 517.
1209. Raab, T.J. (1973). An experimental study exploring the relationship between various types of reinforcement, cognitive style and learning among sixth grade students (Tesis Doctoral, Rutgers University, 1974). Dissertation Abstracts International, 34, 3473B.
1210. Raab, W. (1966). Emotion and sensory stress factors in MI pathology. American Heart Journal, 72, 538-564.
1211. Raab, W. (1968). Correlated cardiovascular, adrenergic and adrenergic to sensory and mental annoyances in Man. Psychosomatic Medicine, 30, 809-818.
1212. Raab, W. (1971). In E: Levi (Ed.), Society, Stress and disease. Oxford: Oxford University Press.
1213. Rabkin, J.G., & Streuning, E.L. (1976). Life events, stress and illness. Science, 194, 1013-1020.
1214. Ractcliff, H.L. (1963). Environmental factors and coronary disease. Circulation, 27, 481.
1215. Radin, J.H. (1961). Authoritarianism in relation to perceptual performance: The relationship between degrees of acceptance of authoritarianism and space orientation (Tesis doctoral, New York University, 1962). Dissertation Abstracts, 22, 4427-4428.
1216. Rahe, R.H. (1968). Life change measurement as a predictor of illness. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 61, 1124-1126.

1217. Rahe, R.H. (1969a). Life crisis and health change. En P.-R.A. May y J.K. Wittenborn (Eds.), Psychotropic drug responses, advances in prediction (págs. 92-115). Springfield: Charles C. Thomas.
1218. Rahe, R.H. (1969b). Multi cultural correlations of life change scaling: America, Japan, Denmark and Sweden. Journal of Psychosomatic Research, 13, 191-195.
1219. Rahe, R.H. (1972a). Subjects' recent life changes and their near-future illness reports. Annals of Clinical Research, 4, 150.
1220. Rahe, R.H. (1972b). Subjects recent life change and their near future illness susceptibility. Advances in Psychosomatic Medicine, 8, 2-19.
1221. Rahe, R.H. (1974). The pathway between subjects' recent life changes and their near future illness reports: Representative results and methodological issues. En D.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.), Stressful life events: Their nature and effects (págs. 73-86). New York: John Wiley.
1222. Rahe, R.H. (1975). Epidemiological studies of life change and illness. International Journal of Psychiatry and Medicine, 6, 135.
1223. Rahe, R.H., Arajärvi, H., Arajavi, S., Punsar, S., & Karvonen, M.J. (1976). Recent life changes and coronary heart disease in East versus West Finland. Journal of Psychosomatic Research, 20, 431-437.
1224. Rahe, R.H., & Arthur, R.J. (1968). Life change patterns surrounding illness experience. Journal of Psychosomatic Research, 11, 341-345.
1225. Rahe, R.H., Bennet, L., Romo, M., Siltanen, P., & Arthur, R.J. (1973). Subjects recent life changes and coronary heart disease in Finland. American Journal of Psychiatry, 130, 1222-1226.
1226. Rahe, R., Floistad, I., Tergan, T., Ringdahl, R., Gerhardt, R., Gunderson, E., & Arthur, R.A. (1974). A model for life changes and illness research. Archives of General Psychiatry, 31, 172-177.
1227. Rahe, R., Hervig, L., & Rosenman, R. (1978). Heritability of type A behavior. Psychosomatic Medicine, 40, 478-486.

1228. Rahe, R.H., & Holmes, T.H. (1970). Life crisis and disease onset: Qualitative and quantitative definition of the life crisis and its association with health change. Trabajo inédito, University of Washington.
1229. Rahe, R.H., & Lind, E. (1970). Psychosocial factors and sudden cardiac death: A pilot study. Journal of Psychosomatic Research, 15, 19-24.
1230. Rahe, R.H., & Lind, E. (1971). Psychosocial factors and myocardial sudden death in Sweden. Journal of Psychosomatic Research, 15, 19.
1231. Rahe, R.H., Lundberg, U., Bennett, L., & Theorell, T. (1971). The Social Readjustment Rating Scale: A comparative study of Swedes and Americans. Journal of Psychosomatic Research, 15, 241.
1232. Rahe, R.H., Mahan, J.L., & Arthur, R.J. (1970). Prediction of near future health change from subjects preceding life changes. Journal of Psychosomatic Research, 14, 401-406.
1233. Rahe, R.H., McKean, J.D., & Arthur, R.J. (1967). A longitudinal study of life change and illness patterns. Journal of Psychosomatic Research, 10, 555-566.
1234. Rahe, R.H., Meyer, M., Smith, M., Kjaer, G., & Holmes, T.H. (1964). Social stress and illness onset. Journal of Psychosomatic Research, 8, 35-41.
1235. Rahe, R.H., O'Neil, T., & Hagan, A. (1975). Brief group therapy following myocardial infarction: Eighteen month follow-up of the controlled trial. International Journal of Psychiatry and Medicine, 6, 349-358.
1236. Rahe, R., & Paasikivi, J. (1971). Psychosocial factors and myocardial infarction, II. An outpatient study in Sweden. Journal of Psychosomatic Research, 15, 33-39.
1237. Rahe, R.H., & Romo, M. (1974). Recent life changes and the onset of myocardial infarction and coronary death in Helsinki. In E.K.E. Gunderson & R.H. Rahe (Eds.), Life Stress and illness (pp. 105-120). Springfield: Charles C. Thomas.
1238. Rahe, R.H., Romo, M., & Bennet, L. (1974). Recent life changes, myocardial infarction and abrupt coronary death. Archives of Internal Medicine, 133, 221-228.

1239. Rahe, R.H., Tuffle, C., & Suchor, R. (1973). Group therapy in the outpatient management of post myocardial infarction patients. Psychiatry in Medicine, 4, 77-88.
1240. Rahe, R.H., Ward, H.W., & Haynes, U. (1979). Brief group therapy in myocardial infarction rehabilitation. Psychosomatic Medicine, 41, 229-241.
1241. Ramirez, M., & Price-Williams, D. (1974a). Cognitive styles in children: Two Mexican communities. Interamerican Journal of Psychology, 8, 93-101.
1242. Ramirez, M., & Price-Williams, D. (1974b). Cognitive styles of children of three ethnic groups in the United States. Journal of Cross-Cultural Psychology, 5, 212-219.
1243. Rand, Y. (1975). Dependence a l'egard du champ et appartenance culturelle (1975). Monographies Francaises de Psychologie, 23. Paris: Centre National de la Recherche Scientifique.
1244. Randolph, L.C. (1971). A study of the effects of praise, criticism and failure on the problem solving performance of field dependent and field independent individuals (Tesis doctoral, New York University, 1971). Dissertation Abstracts International, 32, 30145-3015B.
1245. Rapczynski, W., Welkowitz, J., & Sadd, S. (1979). Affect Judgment and field dependence (ETS RR79-5). Princeton, New Jersey: Educational Testing Service.
1246. Rappaport, P.S. (1975). The effects of field dependence and high and low structured human potential groups on personal and interpersonal response (Tesis doctoral, Temple University, 1975). Dissertation Abstracts International, 36, 3004B.
1247. Ray, W.J. (1974). The relationship of locus of control, self-report measures, and feedback to the voluntary control of heart rate. Psychophysiology, 11, 527-534.
1248. Ray, W., & Katahn, M. (1968). Relationship of anxiety to locus of control. Psychological Reports, 23, 1190.
1249. Ray, W.J., & Lamb, S.B. (1974). Locus of control and the voluntary control of heart rate. Psychosomatic Medicine, 36, 180-182.
1250. Ray, W.J., & Strupp, H.H. (1971). Locus of control and the voluntary control of heart rate. Psychophysiology, 9, 270.

1251. Rees, W.D., & Lutkins, S.G. (1967). Mortality of bereavement. British Journal of Medicine, 4, 13.
1252. Reeves, D.J. (1971). The assessment of altered differentiation as affected by experimental treatments (Tesis doctoral, Illinois State University, 1971). Dissertation Abstracts International, 32, 253A.
1253. Reid, D.W., & Ware, E.E. (1973). Two dimensions of internal external locus of control: Their differential validity and importance for a multidimensional interpretation of I-E. Trabajo presentado en The American Psychological Association, Montreal, Canada.
1254. Reid, D., & Ware, E.E. (1974). Multidimensionality on internal versus external control: Addition of a third dimension and nondistinction of self versus others. Canadian Journal of Behavioral Science, 6, 131-142.
1255. Reimanis, G. (1974). Effects of locus of reinforcement control modification procedures in early graders and college students. Journal of Educational Research, 68, 124-127.
1256. Reitz, H., & Groff, G. (1974). Economic development and belief in locus of control among factory workers in four countries. Journal of Cross-Cultural Psychology, 5, 344-355.
1257. Renzi, N.B. (1974). A study on some effects of field dependence-independence and feedback on performance achievement (Tesis doctoral, Hofstra University, 1974). Dissertation Abstracts International, 35, 2059A.
1258. Ribback, B.H.B. (1957). Factors related to the perceptual analytic ability of children (Tesis doctoral, Purdue University, 1957). Dissertation Abstracts, 18, 302.
1259. Rimé, B., & Bonami, M. (1973). Specificité psychosomatique et affections cardiaques coronariennes: Essai de verification de la théorie de Dunbar au moyen du MMPI. Journal of Psychosomatic Research, 17, 345-352.
1260. Rimé, B., & Bonami, M. (1979). Overt and covert personality traits associated with coronary heart disease. British Journal of Medical Psychology, 52, 77-84.
1261. Ritchie, E., & Phares, E.J. (1969). Attitude change as a function of internal-external control and communication status. Journal of Personality, 37, 429-443.

1262. Ritterband, A. (1963). Gonadal function and the development of coronary heart disease. Circulation, 27, 237-251.
1263. Rivera Carreño, N. (1979). Un estudio estadístico sobre algunas variables relacionadas al infarto. Tesis de licenciatura inédita, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
1264. Rizzo, J.R., House, R.J., & Lirtzman, S.I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. Administrative Science Quarterly, 15, 150-163.
1265. Roberts, M.J.R. (1964). Attention and cognitive controls as related to individual differences in hypnotic susceptibility (Tesis doctoral, Stanford University, 1964). Dissertation Abstracts, 25, 4261.
1266. Robinson, H., Kirk, R.F., Frye, R.F., & Robertson, J.T. (1972). A psychological study of patients with rheumatoid arthritis and other painful diseases. Journal of Psychosomatic Research, 16, 53.
1267. Rodin, J., & Singer, J.L. (1974, April). Laterality of eye-shift, reflective thought and obesity. Trabajo presentado en The Meeting of the Eastern Psychological Association, New York, New York.
1268. Rogers, C.R. (1961). On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin.
1269. Rogers, C.R. (1970). Carl Rogers on encounter groups. New York: Harper and Row.
1270. Rogers, T.B., Kuiper, N.A., & Kirker, W.S. (1977). Self-reference and the encoding of emotion. Journal of Personality and Social Psychology, 35, 667-688.
1271. Rohde, D.W.H.A. (1977). A study of sex differences and interactions in measures of trust, trusting behavior and field independence-dependence (Tesis doctoral, University of Notre Dame, 1977). Dissertation Abstracts International, 38, 2947B.
1272. Rokeach, M. (1968). Beliefs, attitudes and values. San Francisco: Jossey-Bass.
1273. Romo, M., Siltanen, P., & Theorell, T. (1974). Work behavior, time urgency and life dissatisfactions in subjects with myocardial infarction: A cross-cultural study. Journal of Psychosomatic Research, 18, 1-8.

1274. Roodin, P.A., Broughton, A., & Vaught, G.M. (1974). Effects of birth order, sex, and family size on field dependence and locus of control. Perceptual and Motor Skills, 39, 671-676.
1275. Rose, G.A., & Blackburn, H. (1969). Méthodes d'enquête sur les maladies cardio-vasculaires. Genève: O.M.S.
1276. Rose, G., McCartney, P., & Reid, D.D. (1977). Self administration of a questionnaire on chest pain and intermittent claudication. British Journal of Preventive Social Medicine, 31, 42-48.
1277. Rosen, E., Fox, R., & Gregory, I. (1972). Abnormal Psychology. Philadelphia: W.B. Saunders.
1278. Rosen, J.L., & Bibring, G.L. (1966). Psychological reactions of hospitalized male patients to a heart attack: Age and social class differences. Journal of Psychosomatic Medicine, 28, 20S.
1279. Rosenbaum, M., & Raz, D. (1977). Denial, locus of control and depression among physically disabled and non disabled men. Journal of Clinical Psychology, 33, 672-676.
1280. Rosenberg, E.S. (1976). Some psychological and biological relationships between masculinity and femininity and field dependence and field independence (Tesis doctoral, Northwestern University, 1976). Dissertation Abstracts International, 36, 6453B.
1281. Rosenfeld, H. (1966a). Instrumental affiliative functions of facial and gestural expressions. Journal of Personality and Social Psychology, 4, 65-72.
1282. Rosenfeld, H. (1966b). Approval seeking and approval inducing functions of verbal and nonverbal responses in the dyad. Journal of Personality and Social Psychology, 4, 597-605.
1283. Rosenfeld, H. (1967). Nonverbal reciprocation of approval: An experimental analysis. Journal of Experimental Social Psychology, 3, 102-111.
1284. Rosenman, R.H. (1971). Assessing the risk associated with behavior patterns. Journal of the Medical Association of Georgia, 60, 31.
1285. Rosenman, R.H. (1972). Emotional factors in coronary heart disease. Postgraduate Medicine, 42, 165-172.

1286. Rosenman, R.H., Brand, R.J., Jenkins, C.D., Friedman, M., Straus, R., & Wurn, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8.5 years. Journal of the American Medical Association, 235, 872-877.
1287. Rosenman, R.H., Brand, R.J., & Sholtz, R.I. (1976). Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 year follow-up in the Western Collaborative Group Study. American Journal of Cardiology, 37, 903-910.
1288. Rosenman, R.H., & Friedman, M. (1958). The possible relationship of occupational stress to clinical coronary heart disease. California Medicine, 89, 169.
1289. Rosenman, R., & Friedman, M. (1961). Association of specific behavior pattern in women with blood and cardiovascular findings. Circulation, 24, 1175-1184.
1290. Rosenman, R.H., & Friedman, M. (1974). Neurogenic factors in the pathogenesis of coronary heart disease. Medical Clinics of North America, 58, 269-279.
1291. Rosenman, R.H., Friedman, M., Straus, R., Jenkins, C.D., Tyzanski, S.J., & Wurn, M. (1970). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: A follow up experience of 4.5 years. Journal of Chronic Diseases, 23, 175-190.
1292. Rosenman, R.H., Friedman, M., Straus, R., Wurn, M., Jenkins, C.D., Messinger, H.B., Kositchek, R., Hahn, W., & Werthessen, N.T. (1966). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: A follow up experience of two years. Journal of the American Medical Association, 195, 86-92.
1293. Rosenman, R.H., Friedman, M., Straus, R., Wurn, M., Kositchek, R., Hahn, W., & Werthessen, N. (1964). A predictive study of coronary heart disease. The Western Collaborative Group Study. Journal of the American Medical Association, 189, 15-22, 105-110.
1294. Rosenman, R.H., Rahe, R.H., Borhani, N.O., & Feinleib, M. (1975). Heritability of personality and behavior pattern. Trabajo presentado en the Meeting of the American Psychosomatic Society, New Orleans.
1295. Rosenthal, S.V., Aiken, R.C.B., & Dealley, A.K. (1975). The Cattell 16PF personality profile of asthmatics. Journal of Psychosomatic Research, 17, 9.

1296. Rosenzweig, S. (1944). An outline of frustration theory. En J. McV. Hunt (Ed.), Personality and the behavior disorders: Vol. 1. New York: Ronald Press.
1297. Rosenzweig, S. (1949). Revised norms for the adult form of the Rosenzweig Picture Frustration Study. Journal of Personality, 18, 34.
1298. Rosett, H.L., Robbins, H., & Watson, W.S. (1968). Physiognomic perception as a cognitive control principle. Perceptual and Motor Skills, 26, 707-719.
1299. Rosner, S. (1956). Studies of group pressure. Tesis doctoral inédita, New School for Social Research, New York, New York.
1300. Rosner, S. (1957). Consistency in response to group pressures. Journal of Abnormal and Social Psychology, 55, 145-146.
1301. Rozzak, T. (1969). The making of a counter culture. Garden City, New York: Doubleday.
1302. Roth, M., Gurney, C., Garside, R.F., & Kerr, T.A. (1972). Studies in the classification of affective disorders: The relationship between anxiety states and depressive illnesses. I. British Journal of Psychiatry, 121, 147-161.
1303. Roth, S., & Bootzin, R.R. (1974). The effects of experimentally induced expectancies of external control: An investigation of learned helplessness. Journal of Personality and Social Psychology, 29, 253-264.
1304. Roth, S., & Kubal, L. (1975). The effects of noncontingent reinforcement on tasks of differing importance: Facilitation and learned helplessness. Journal of Personality and Social Psychology, 32, 680-691.
1305. Rotter, J.B. (1954). Social learning and Clinical Psychology. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
1306. Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80, (1, Whole No. 609), 1-28.
1307. Rotter, J.B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 56-67.
1308. Rotter, J.B., Chance, J., & Phares, E. (1972). Applications of a social learning theory of personality. New York: Holt, Rinehart and Winston.

1309. Rotter, J.B., Liverant, S., & Crowne, D. (1961). The growth and extinction of expectancies in chance controlled and skilled tasks. Journal of Psychology, 52, 161-177.
1310. Rotter, J.B., & Mulry, R.C. (1965). Internal versus external control of reinforcement and decision time. Journal of Personality and Social Psychology, 2, 598-604.
1311. Rotter, J.B., Seaman, M., & Liverant, S. (1962). Internal versus external control of reinforcement: A major variable in behavior theory. En N.F. Washburne. Decisions, values and groups. New York: Macmillan.
1312. Rubin, R.T., Gunderson, E.K.E., & Arthur, R.J. (1969). Prior life changes and illness onset in an attack carrier's crew. Archives of Environmental Health, 19, 753-757.
1313. Rubin, R.T., Gunderson, E.K.E., & Arthur, R.J. (1971). Life stress and illness patterns in the U.S. Navy-V. Prior life change and illness onset in a battleship's crew. Journal of Psychosomatic Research, 15, 89.
1314. Rubin, S.S. (1969). An investigation of experimentally based measures of conformity and independence (Tesis doctoral, John Hopkins University, 1969). Dissertation Abstracts International, 30, 2936H.
1315. Ruble, D.N., & Nakamura, C.Y. (1972). Task orientation versus social orientation in young children and their attention to relevant social cues. Child Development, 43, 471-480.
1316. Ruch, F.L., & Zimbardo, P.G. (1971). Psychology and life. Glenview, Illinois: Scott, Foresman.
1317. Ruch, L.O., & Holmes, T.H. (1971). Scaling of life change: Comparison of direct and indirect methods. Journal of Psychosomatic Research, 15, 221.
1318. Rushmer, R.F., & Smith, O.A., Jr. (1959). Cardiac control. Physiological Review, 39.
1319. Russakoff, L.M., Fontana, A.F., Dowds, B.N., & Harris, M. (1976). Psychological differentiation and psychotherapy. Journal of Nervous and Mental Diseases, 163, 329-333.
1320. Russek, H.J. (1959). Role of heredity, diet and emotional stress in coronary heart disease. Journal of the American Medical Association, 171, 503.

1321. Russek, H. (1962). Emotional stress and coronary heart disease in American physicians, dentists and lawyers. American Journal of Medical Science, 243, 716-725.
1322. Russek, H. (1967). Role of emotional stress in the etiology of clinical coronary heart disease. Chest, 52, 1.
1323. Ryckman, R.M., & Malikioti, M.X. (1975). Relationship between locus of control and chronological age. Psychological Reports, 36, 655-658.
1324. Ryckman, R., & Sherman, M. (1975). Relationship between self-esteem and internal-external control for men and women. Psychological Reports, 32, 1106.
1325. Safer, J. (1975). Effects of sex and psychological differentiation on responses to a stressful group situation. (Tesis doctoral, New School for Social Research, 1975). Dissertation Abstracts International, 36, 3068B-3069B.
1326. Sales, S.M. (1969). Organizational role as a risk factor in coronary disease. Administration and Science Quarterly, 14, 325-336.
1327. Salome, R.A., & Reeves, D. (1972). Two pilot investigations of perceptual training of four and five year old kindergarten children. Studies in Art Education, 13, 5-10.
1328. Salomon, G. (1975, August). Cognitive effects of media: The case of "Sesame Street" in Israel. Trabajo presentado en The Meeting of the International Society for the Study of Behavioral Development, Ann Arbor, Michigan.
1329. Sanders, M., Scholtz, J.P., & Kagan, S. (1976). Three social motives and field independence-dependence in Anglo American and Mexican American children. Journal of Cross-Cultural Psychology, 7, 451-462.
1330. Sanger, S., & Alker, H. (1972). Dimensions of internal-external locus of control and the women's liberation movement. Journal of Social Issues, 28, 115-129.
1331. Sarason, I.G., De Monchaux, C., & Hunt, I. (1975). Methodological issues in the assessment of life stress. En L. Levi (Ed.), Emotions-Their parameters and measurement. New York: Raven Press.
1332. Sarason, I.G., Johnson, J.H., & Siegel, J.M. (1978). Assessing the impact of life change: Development of the Life Experiences Survey. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 932-946.

1333. Scarr, S. (1966). The origins of differences in adjective checklist scores. Journal of Consulting Psychology, 30, 354-357.
1334. Schaefer, S.D. (1973). Some cognitive factors influencing interpersonal choice in task situations (Tesis doctoral, Stanford University, 1973). Dissertation Abstracts International, 34, 2990B.
1335. Schaffer, M.C. (1969). Parent-child similarity in psychological differentiation (Tesis doctoral, Purdue University, 1969). Dissertation Abstracts International, 30, 1888B.
1336. Scheflien, A. (1972). Body language and social order: Communication as behavioral control. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
1337. Scheibner, R.M. (1969). Field dependence-independence as a basic variable in the measurement of interest and personality (Tesis doctoral, Temple University, 1970). Dissertation Abstracts International, 30, 3575R-3576B.
1338. Scheidt, R.J. (1973). Belief in supernatural phenomena and locus of control. Psychological Reports, 32, 1159-1162.
1339. Scheidt, R.J. (1974). Deviance, power, and the occult: A field study. The Journal of Psychology, 87, 21-28.
1340. Scheier, M.F. (1976). Self-awareness, self-consciousness, and angry aggression. Journal of Personality, 44, 627-644.
1341. Scherwitz, L., Berton, K., & Leventhal, H. (1977). Type A assessment and interaction in behavior pattern interview. Psychosomatic Medicine, 39, 229-240.
1342. Scherwitz, L., Berton, K., & Leventhal, H. (1978). Type A behavior, self-involvement, and cardiovascular response. Psychosomatic Medicine, 40, 593-602.
1343. Scherwitz, L., McKelvain, R., Laman, C., Patterson, J., Dutton, L., Yudin, S., Lester, J., Kraft, I., Rochelle, D., & Leachman, R. (1983). Type A behavior, self-involvement and coronary atherosclerosis. Psychosomatic Medicine, 45, 47-57.
1344. Schimek, J.G. (1968). Cognitive style and defenses: A longitudinal study of intellectualization and field independence. Journal of Abnormal Psychology, 73, 575-580.
1345. Schlant, R.C. (1981). Alteración de la fisiología del sistema cardiovascular en la insuficiencia cardíaca. En J.W. Hurst (Ed.), El corazón (2a. ed.) (págs. 544-562). Barcelona: Ediciones Toray.

1346. Schlant, R.C., & DiGirolamo, M. (1981). Modificación de los factores de riesgo en la prevención y el tratamiento de la cardiopatía coronaria aterosclerótica. En J.W. Hurst (Ed.), El corazón (2a. ed.) (págs. 1341-1342). Barcelona: Ediciones Toray.
1347. Schleifer, M., & Douglas, V.I. (1973). Moral judgments, behavior and cognitive style in young children. Canadian Journal of Behavioral Science, 5, 133-144.
1348. Schmidt, H.E. (1973). The identification of high and low creativity in architecture students. Psychologia Africana, 15, 15-40.
1349. Schneider, J.M. (1968). Skill versus chance activity preferences and locus of control. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32, 333-337.
1350. Schneider, J.M. (1972). Relationship between locus of control and activity preferences: Effects of masculinity, activity and skill. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38, 225-230.
1351. Schneider, J.M., & Parsons, O.A. (1970). Categories on the locus of control scale and cross-cultural comparisons in Denmark and the United States. Journal of Cross-Cultural Psychology, 1, 131-138.
1352. Schneider, R.A., & Costiloe, J.P. (1966). Level and variability of serial resting blood pressures in subjects with and without ischemic heart disease. Angiology, 17, 201.
1353. Schneider, R.A., Costiloe, J.P., & Wolf, S. (1971). Arterial pressures recorded in hospital and during ordinary daily activities: Contrasting data in subjects with and without ischemic heart disease. Journal of Chronic Diseases, 23, 647.
1354. Schooler, C. (1972). Childhood family structure and adult characteristics. Sociometry, 35, 235-269.
1355. Schramm, W., & Roberts, D.F. (1971). The process and effects of mass communication. Urbana: University of Illinois Press.
1356. Schreiber, L.B. (1972). Field dependence-independence and athletic team choice. Tesis de maestría inédita, Boston University.
1357. Shubert, J., & Cropley, A.J. (1972). Verbal regulation of behavior and IQ in Canadian Indian and White children. Developmental Psychology, 7, 295-301.

1358. Schucker, B., & Jacobs, D.R. (1977). Assessment of behavioral risk for coronary disease by voice characteristics. Psychosomatic Medicine, 39, 219-228.
1359. Sealy, A.P., & Cattell, R.B. (1966). Adolescent personality trends in primary factors measured on the 16 PF and the HSPQ questionnaires through ages 11-23. British Journal of Social and Clinical Psychology, 5, 172-184.
1360. Seder, J.A. (1957). The origin of differences in extent of independence in children: developmental factors in perceptual field dependence. Tesis de licenciatura inédita, Radcliffe College.
1361. Seeman, M. (1963). Alienation and social learning in a reformatory. American Journal of Sociology, 69, 270-284.
1362. Seeman, M., & Evans, J.W. (1962). Alienation and learning in a hospital setting. American Sociological Review, 27, 772-783.
1363. Segatore, L., & Feli, G. (1980). Piccionario Médico. Barcelona: Editorial Teide.
1364. Segers, M.J., Mertens, C., & Vastesueger, M. (1973). Auto-evaluation de l'anxiété de la dépression et prédisposition coronarienne-I. Relations psycho-biologiques. Journal of Psychosomatic Research, 17, 197.
1365. Seligman, M.E.P. (1972). Learned helplessness. Annual Review of Medicine, 23, 407-412.
1366. Seligman, M.E.P. (1973). Fall into helplessness. Psychology Today, 7, 43-48.
1367. Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness: On depression, development and death. San Francisco: W.H. Freeman and Co.
1368. Seligman, M.E.P. y Maier, S.F. (1967). Failure to escape traumatic shock. Journal of Experimental Psychology, 74, 1-9.
1369. Selvo, H. (1970). The evolution of the stress concept. American Journal of Cardiology, 26, 289-299.
1370. Selzer, M.L., & Vinokur, A. (1974). Life events, subjective stress and traffic accidents. American Journal of Psychiatry, 131, 903-906.
1371. Seppa, M.T. (1972). The Social Readjustment Rating Scale and the seriousness of illness rating scale: A comparison of Salvadorans, Spanish and Americans. Tesis medica, University of Washington, Seattle.

1372. Shaffer, E.C. (1970, April). Field articulation and conformity. Trabajo presentado en the Meeting of the Southeastern Psychological Association, Louisville, Kentucky.
1373. Shaffer, J.W. (1962). A specific cognitive deficit observed in gonadal aplasia (Turner's syndrome). Journal of Clinical Psychology, 18, 403-406.
1374. Shapiro, A. (1979). Editorial: Non-A, non-B types: A parable for behaviorists. Psychosomatic Medicine, 41, 353-355.
1375. Shapiro, J.L., Marano, P., & Diamond, M.J. (1973, April). An investigation of encounter group outcome and its relationship to leadership experience. Trabajo presentado en The Nineteenth Annual Meeting of the Southeastern Psychological Association, New Orleans.
1376. Shapiro, M.B., & Nelson, E.H. (1955). An investigation of the nature of cognitive impairment in cooperative psychiatric patients. British Journal of Medical Psychology, 28, 239-256.
1377. Shaw, D.B., & Eraut, D. (1970). Prevalence and morbidity of heart block in Devon. British Medical Journal, 1, 144.
1378. Shaw, G. (1970). Problems with pacemakers. Practitioner, 216, 297.
1379. Shea, J.A. (1973). A preliminary investigation of expectancy changes in locus of control among aged white women as related to skill and chance tasks. Tesis doctoral inédita, University of North Carolina at Greensboro.
1380. Shekelle, R.B., Schoenberger, J.A., & Stamler, J. (1976). Correlates of the JAS type A behavior pattern score. Journal of Chronic Diseases, 29, 381-394.
1381. Shepard, R.D. (1974). The relationship between locus of control and field dependence: A psychoanalytic and experimental attempt at clarification (Tesis doctoral, Catholic University of America, 1974). Dissertation Abstracts International, 35, 1417B-1418B.
1382. Shepherd, W.C. (1972). Religion and counter culture. A new religiosity. Sociological Inquiry, 42, 3-9.
1383. Sholtz, D. (1973). The development of sex differences in field independence (Tesis doctoral, Boston University, 1973). Dissertation Abstracts International, 35, 6066B-6067B.

1384. Shows, W.D. (1975). Psychological differentiation and the A-B dimension: A dyadic interaction hypothesis. Genetic Psychology Monographs, 92, 79-113.
1385. Shulman, E. (1975). Conformity in a modified asch-type situation. Tesis doctoral inédita, City University of New York.
1386. Shybut, J. (1968). Time perspective, internal versus external control, and severity of psychological disturbance. Journal of Clinical Psychology, 24, 312-315.
1387. Siddons, H., & Sowton, E. (1974). Cardiac pacemakers. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
1388. Silverman, A.J., Cohen, S.I., Shmavonian, B.M., & Greenberg, G. (1961). Psychophysical investigations in sensory deprivation: The body-field dimension. Psychosomatic Medicine, 23, 48-61.
1389. Silvern, L., & Nakamura, C.Y. (1971). Powerlessness, social-political action, social-political views. Their interrelation among college students. Journal of Social Issues, 27, 137-157.
1390. Simon, W.E., & Wilde, V. (1971). Ordinal position of birth, field dependency and Forer's measure of gullibility. Perceptual and Motor Skills, 33, 677-678.
1391. Simpson, R.H. (1963). Stability in meanings for quantitative terms: A comparison over 20 years. Quarterly Journal of Speech, 49, 146-151.
1392. Singer, G., & Montgomery, R.B. (1969). Comment on roles of activation and inhibition in sex differences in cognitive abilities. Psychological Review, 76, 325-327.
1393. Singer, M.T. (1974). Engagement-involvement: A central phenomenon in psychophysiological research. Psychosomatic Medicine, 36, 1-17.
1394. Singer, M.T. (1976). Enduring personality styles and responses to stress. Trans. Assoc. Life Ins. Med. Dir. Am., 5, 150-166.
1395. Sinha, D. (1978, August). Perceptual style among nomadic and transitional agricultural birthors. In, Ecological variables and psychological concepts, symposium llevado a cabo en The Fourth International Congress, International Association for Cross-Cultural Psychology, Munich.
1396. Skinner, B.F. (1971). Beyond freedom and dignity. New York: Knopf.

1397. Skinner, H.A., & Lei, H. The multidimensional assessment of stressful life event. Journal of Nervous and Mental Diseases.
1398. Slater, E., & Shields, J. (1969). Genetical aspects of anxiety. En M.H. Lader (Ed.), Studies of anxiety. London: Royal Medico-Psychological Association.
1399. Smith, C.E., Steinke, J., & DiStefano, M.K. (1973). Perceived locus of control and future outlook among psychiatric patients. Journal of Community Psychology, 1, 40-42.
1400. Smith, I. (1964). Spatial ability. London: University of London Press.
1401. Smith, P.C., Kendall, L.M., & Hulin, C.I. (1969). Measurement of satisfaction in work and retirement: A strategy for the study of attitudes. Chicago: Rand McNally.
1402. Smith, R.E. (1970). Changes in locus of control as a function of life crisis resolution. Journal of Abnormal Psychology, 75, 328-332.
1403. Smith, R.E., Johnson, J.H., & Sarason, I.G. (1978). Life change, the sensation seeking motive and psychological distress. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 348-349.
1404. Smith, R.P., Bridge, G.W.K., & Hamilton, M. (1976). The Leeds Scales for the self-assessment of anxiety and depression. British Journal of Psychiatry, 128, 150-165.
1405. Snyder, C.R., & Larson, G.R.A. (1972). A future look at student acceptance of general personality interpretations. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35, 384-388.
1406. Soat, D.M. (1974). Cognitive style, self-concept, and expressed willingness to help others (Tesis doctoral, Marquette University, 1974). Dissertation Abstracts International, 35, 2065A-2064A.
1407. Sokolov, E.N. (1963). Perception and the conditioned reflex. London: Pergamon Press.
1408. Solar, D., & Bruehl, D. (1971). Machiavellianism and locus of control: Two conceptions of interpersonal power. Psychological Reports, 29, 1079-1082.
1409. Solar, D., Davenport, G., & Bruehl, D. (1969). Social compliance as a function of field dependence. Perceptual and Motor Skills, 29, 299-306.

1410. Sousa-Poza, J.F. (1974). Effects of different communicative tasks and cognitive style on verbal and kinesic behavior. (Tesis doctoral inédita, State University of New York, Downstate Medical Center.
1411. Sousa-Poza, J.F., & Rohrberg, R. (1976). Communicational and interactional aspects of self-disclosure in psychotherapy: Differences related to cognitive style. Psychiatry, 39, 81-91.
1412. Sousa-Poza, J.F., Rohrberg, R., & Shulman, E. (1973). Field dependence and self-disclosure. Perceptual and Motor Skills, 36, 735-738.
1413. Sowton, E. (1976). Use of cardiac pacemakers in Britain. British Medical Journal, 2, 1182.
1414. Spain, D.M., & Bradess, V.A. (1959). Post mortem studies on coronary atherosclerosis in one population group. Chest, 36, 397.
1415. Sparacino, J. (1979). The type A behavior pattern: A critical assessment. Journal of Human Stress, 5, 37-51.
1416. Spielberger, C.D. (1966). Anxiety and behavior. New York: Academic Press.
1417. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). STAI: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
1418. Spuhler, K.P. (1976). Family resemblance for cognitive performance: An assessment of genetic and environmental contributions to variation (Tesis doctoral, University of Colorado, 1976). Dissertation Abstracts International, 37, 1963B.
1419. Srull, T.K., & Karabenick, S.A. (1975). Effects of personality-situation locus of control congruence. Journal of Personality and Social Psychology, 32, 617-628.
1420. Stamler, J. (1974). The primary prevention of coronary heart disease. En E. Braunwald (Ed.), The myocardium: Failure and infarction (pág. 219). New York: HP Publishing Company.
1421. Stanes, D., & Gordon, A. (1973). Relationship between conceptual style test and children's Embedded Figures Test. Journal of Personality, 41, 185-191.
1422. Standa, J.R. (1970). Alienated youth and the cult of the occult. En M.L. Medley & J.E. Conyers (Eds.), Sociology for the Seventies. New York: Wiley.

1423. Steger, J.A., Simmons, W.L., & Lavelle, S. (1973). Accuracy of prediction of own performance as a function of locus of control. Psychological Reports, 33, 59-62.
1424. Stein, A.H., & Bailey, M.M. (1973). The socialization of achievement orientation in females. Psychological Bulletin, 80, 345-360.
1425. Stein, F. (1968). Consistency of cognitive interest and personality variables with academic mastery: A study of field dependence-independence, verbal comprehension, self-perception, and vocational interests in relation to academic performance among male Juniors attending an urban university (Tesis doctoral, New York University, 1968). Dissertation Abstracts, 29, 1429A.
1426. Steingart, I., Freedman, N., Grand, S., & Buchwald, C. (1975). Personality organization and language behavior: The imprint of psychological differentiation on language behavior in varying communication conditions. Journal of Psycholinguistic Research, 4, 241-255.
1427. Stephens, M.W., & Delys, P.A. (1973). A locus of control measure for preschool children. Developmental Psychology, 9, 55-65.
1428. Stephens, S. (1972). The effect of motivation on cardiac activity in a reaction time task under conditions of augmented feedback. Tesis de maestría inédita, University of Waterloo.
1429. Stephenson, I.P., Duncan, C.H., & Ripley, H.S. (1951). Variations in EKG changes in emotional stress. Geriatrics, 6, 184.
1430. Stephenson, I.P., Duncan, C.H., & Wolff, H.C. (1949). Circulatory dynamics before and after exercise in subjects with and without structural heart disease during anxiety and relaxation. Journal of Clinical Investigation, 28, 1534.
1431. Stern, G.S., & Berrenberg, J.L. (1977). Biofeedback training in frontalis muscle relaxation and enhancement of belief in personal control. Biofeedback and Self Regulation, 2, 175-182.
1432. Sternbach, R.A. (1974). Pain patients: Traits and treatment. New York: Academic Press.
1433. Stevens, J.H., Turner, C.W., Rhodewalt, F., & Talbot, S. (1984). The type A behavior pattern and carotid artery atherosclerosis. Psychosomatic Medicine, 46, 105-113.

1434. Stevens, S.S. (1966). A metric for social consensus. Science, 151, 530.
1435. Stevens, S.S. (1974). Psychophysics: Introduction to its perceptual, neural, and social prospects. New York: Wiley.
1436. Stevens, S.S., & Galanter, E.H. (1957). Ratio scales and category scales for a dozen perceptual continua. Journal of Experimental Psychology, 54, 377-411.
1437. Stevenson, D.K., Nabstith, D.C., & Masuda, M. (1976). Life change and the postoperative course of duodenal ulcer patients. Trabajo inédito.
1438. Stridham, A.B. (1966). A comparative study of factually set and conceptually set college learners (Tesis doctoral, University of Tennessee, 1967). Dissertation Abstracts, 27, 2899A.
1439. Stipek, D. (1977). Changes during first grade in children's social motivational development. Tesis doctoral inédita, Yale University.
1440. Stipek, D., & Hoffman, J. (1980). Children's achievement related expectations as a function of academic performance histories and sex. Journal of Educational Psychology, 6, 861-865.
1441. St. John, J., Krichev, A., & Bauman, E. (1976). Northwestern Ontario Indian children and the WISC. Psychology in the Schools, 13, 407-411.
1442. Stogdill, R.M. (1965). Manual for the Job Description and Job Expectation questionnaire. Columbus: Ohio State University, Bureau of Business Research.
1443. Stokols, J.J. (1975). Life dissatisfaction as a risk factor in coronary heart disease. Tesis doctoral inédita, University of North Carolina at Chapel Hill.
1444. Stone, A.A., & Neale, J.M. (1978). Life event scales: Psychological training and rating dimension effects on event-weighting coefficients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 849-853.
1445. Stone, D.R., & Johnson, R.T.A. (1959). A study of words indicating frequency. Journal of Educational Psychology, 50, 224-227.

1446. Stotland, E. (1969). The psychology of hope. San Francisco: Jossey-Bass.
1447. Strahan, R.F. (1981). Time urgency, type A behavior and effect strength. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 134.
1448. Strandness, D.E., Jr. (1983). Pain in the extremities. En T.R. Harrison (Ed.), Principles of internal medicine (9th ed.) (págs. 48-52). New York: McGraw Hill.
1449. Strassberg, D.S., & Robinson, J.S. (1974). Relationship between locus of control and other personality measures of drug users. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 744-745.
1450. Street, R.F.A. (1951). A Gestalt Completion Test. Columbia University, Teachers College.
1451. Strickland, B. R. (1962). The relationships of awareness to verbal conditioning and extinction. Tesis doctoral inédita. Ohio State University.
1452. Strickland, B.R. (1965). The prediction of social action from a dimension of internal-external control. Journal of Social Psychology, 66, 353-358.
1453. Strickland, B. (1973a). Delay of gratification and internal locus of control in children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40, 338.
1454. Strickland, B.R. (1973b). Locus of control. Where have we been, and where are we going? Trabajo presentado en the Meeting of the American Psychological Association, Montreal, Canada.
1455. Strickland, B.R. (1977). Internal versus external control of reinforcement. En T. Blass (Ed.), Personality variables in social behavior. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
1456. Strickland, B., & Haley, W. (1980). Sex differences on the Rutter I-E Scale. Journal of Personality and Social Psychology, 39, 930-939.
1457. Surawicz, B., & Pellegrino, E.D. (1964). Sudden death. New York: Grune and Stratton.
1458. Sutton-Smith, B., Baracca, F., Eadie, F., Mahony, D., & Zaren, S. (1977, March). A developmental psychology of children's film making. Trabajo presentado en the 1977 Conference on Culture and Communication, Temple University, Philadelphia, Pennsylvania.

1459. Swan, G.A. (1973). Machiavellianism, impulsivity, field dependence-independence and performance on the prisoners' dilemma game (Tesis doctoral, Wayne State University, 1974). Dissertation Abstracts International, 34, 5695B.
1460. Swarthout, D.A. (1979). A secondary analysis of classroom observations using the social cognitive and ecological perspectives. San Francisco: Far West Laboratory for Educational Research and Development.
1461. Swenson, W.M., Pearson, J.S., & Osborne, D. (1973). An MMPI Source book: Basic item scale and pattern data on 50,000 medical patients. Minneapolis: University of Minnesota Press.
1462. Szeto, J.W. (1975). The effects of search practice and perceptual drawing training upon representational drawing performance and visual functions (Tesis doctoral, Illinois State University, 1976). Dissertation Abstracts International, 36, 7135A.
1463. Tannen, M.M. (1976). A comparative study of human figure drawings of Arab and Jewish adolescents based on the Koppitz and Mariens analytic Schemes. Tesis de maestría inédita, City University of New York.
1464. Tapia, L.L., San Roman, A., & Diaz-Guerrero, R. (1967). Percepción, inteligencia, formación de conceptos y cultura. En C.F. Herford & L. Natalicio (Eds.), Apertaciones de la Psicología a la Investigación Transcultural (pp. 143-153). México, D.F.: Trillas.
1465. Task Force on Cardiovascular Rehabilitation of the National Heart and Lung Institute. Needs and opportunities for rehabilitating the coronary heart disease patient (DHEW Publication No. NIH 75-750). Washington, D.C.: United States Department of Health, Education and Welfare.
1466. Taylor, H.L. (1967). Occupational factors in the study of coronary heart disease and physical activity. Canadian Medical Association Journal, 96, 525.
1467. Taylor, J.A. (1955). A personality scale of manifest anxiety. Journal of Abnormal and Social Psychology, 48, 285-290.
1468. Taylor, L.J., & Skanes, G.R. (1976). Cognitive abilities in Inuit and white children from similar environments. Canadian Journal of Behavioral Science, 8, 1-8.
1469. Tendler, R. (1975). Maternal correlates of differentiation in hearing children of the deaf (Tesis doctoral, Yeshiva University, 1976). Dissertation Abstracts International, 36, 4183B.

1470. Tennant, C., & Andrews, G. (1976). A scale to measure the stress of life events. Aust NZ Journal of Psychiatry, 10, 27-33.
1471. Ter Keurst, A.J. (1939). Comparative differences between superstitious and non-superstitious children. Journal of Experimental Education, 2, 261-267.
1472. Tiffany, D.W. (1967). Mental health: A function of experienced control. Journal of Clinical Psychology, 23, 311-315.
1473. Tiffany, D.W., Salkin, G., & Cowan, J.R. (1970). Generalized expectancies for control of reinforcement compared to experienced control. Journal of Clinical Psychology, 26, 519-520.
1474. Tiffany, D.W., Schentz, F.C., & Woll, S.B. (1969). A model of control. Journal of General Psychology, 81, 67-82.
1475. The Metropolitan Life Insurance Company (1973). Definitions of overweight and obesity. In G.A. Bray (Ed.), Obesity in perspective (DHHS Publication No. NIH 75-708).
1476. Theorell, T. (1974). Life events before and after the onset of a premature myocardial infarction. In B.S. Dohrenwend & B. Dohrenwend (Eds.), Stressful life events: Their nature, and effects (pages. 101-118). New York: Wiley.
1477. Theorell, T. (1970). Selected illnesses and somatic factors in relation to two psychosocial stress indices: A prospective study of middle-aged construction building workers. Journal of Psychosomatic Research, 20, 7-20.
1478. Theorell, T., Lind, E., & Flodérus, B. (1975a). Life events and prospective near-future illness with special reference to myocardial infarction-studies on middle-aged building construction workers. International Journal of Epidemiology.
1479. Theorell, T., Lind, E., & Flodérus, B. (1975b, March). The psychosocial situation before death and serious illness in middle aged men- A prospective study with special reference to myocardial infarction. Trabajo presentado en The Psychosomatic Conference, Hong Kong.
1480. Theorell, T., Lind, E., & Flodérus, B. (1975c). The relationship of disturbing life changes and emotions to the early development of myocardial infarction and other serious illnesses. International Journal of Epidemiology, 4, 281.

1481. Theorell, T., Lind, E., & Fröberg, J. (1972). A longitudinal study of 21 subjects with coronary heart disease: Life changes, catecholamine excretion and related biochemical reactions. Psychosomatic Medicine, 34, 505-516.
1482. Theorell, T., & Rahe, R.H. (1971). Psychosocial factors and myocardial infarction. I.: An inpatient study in Sweden. Journal of Psychosomatic Research, 15, 25-31.
1483. Theorell, T., & Rahe, R.H. (1972). Behavior and life satisfactions characteristic of Swedish subjects with myocardial infarction. Journal of Chronic Diseases, 25, 139.
1484. Theorell, T., & Rahe, R.H. (1974). Psychosocial characteristics of subjects with myocardial infarction in Stockholm. In E.K.E. Gunderson & R.H. Rahe (Eds.), Life stress and illness (pages. 90-104). Springfield: Charles C. Thomas.
1485. Theorell, T., & Rahe, R.H. (1975). Life change events, ballistocardiography and coronary death. Journal of Human Stress, 1, 18-24.
1486. Thiel, H.G., Parker, D., & Bruce, T.A. (1973). Stress factors and the risk of MI. Journal of Psychosomatic Medicine, 17, 43-57.
1487. Thomas, C.B., & Murphy, E.A. (1958). Further studies on cholesterol levels in the John Hopkins medical students: The effect of stress on examinations. Journal of Chronic Diseases, 8, 661.
1488. Thomas, L.K. (1970). The I-E Scale, ideological bias, and political participation. Journal of Personality, 38, 273-286.
1489. Thomson, K.C., & Hendrie, H.C. (1972). Environmental stress in primary depression illness. Archives of General Psychology, 26, 130-132.
1490. Thorne, M.C., Wing, A.L., Paffenbarger, R.S., Jr. (1968). Chronic disease in former college students. VII. Early precursors of non fatal coronary heart disease. American Journal of Epidemiology, 87, 520-529.
1491. Thornton, C.L., Barrett, G.V., & Davis, J.A. (1968). Field dependence and target identification. Human Factors, 10, 493-496.
1492. Throckmorton, R.S. (1974). Role playing, social dependence and field dependence: An exploratory study (Tesis doctoral, University of Nevada, 1975). Dissertation Abstracts International, 35, 4712B.

1493. Throop, W.F., & MacDonald, A.P., Jr. (1971). Internal-external locus of control: A bibliography. Psychological Reports, 28, (Monograph Supplement), 175-190.
1494. Thurber, S., & Friedli, R. (1976). Internal-external control, interpersonal trust, and the motive to avoid success in college women. The Journal of Psychology, 92, 141-143.
1495. Thurber, S., Heacock, D., & Brown, B. (1973). The control orientation of black athletes in relation to unobtrusive tasks of skill. Journal of Psychology, 85, 43-44.
1496. Thurlow, H.J. (1971). Illness in relation to life situation and sick-role tendency. Journal of Psychosomatic Research, 15, 73.
1497. Thurstone, L.L. (1940). Manual. Thurstone Inventory of Temperamental Traits. Chicago: Science Research Associates.
1498. Thurstone, L.L. (1944). A factorial study of perception. Chicago, University of Chicago Press.
1499. Thurstone, L.L. (1949). Thurstone Temperament Survey. Chicago, Science Research Associates.
1500. Tibbling, G. (1972). Physiology, emotion and psychosomatic illness (p4g. 327). Holland: Elsevier, Ciba Foundation Symposium.
1501. Tiffany, D.W. (1967). Mental health: A function of experienced control. Journal of Clinical Psychology, 23, 311-315.
1502. Tiryakian, E.A. (1972). Toward a sociology of esoteric culture. The American Journal of Sociology, 78, 491-521.
1503. Tobacyk, J.J., Broughton, A., & Vaught, G.M. (1975). The effects of congruence-incongruence between locus of control and field dependence on personality functioning. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 81-85.
1504. Tobias, J. (1968). The relationship of the field-articulation control principle, WAIS factors, and adaptive behavior of mildly retarded adults (Tesis doctoral, New York University, 1969). Dissertation Abstracts, 29, 4356B.
1505. Tollefson, D.J. (1972). The relationship between the occurrence of fractures and life crisis events. Tesis de maestría inédita, University of Washington, Seattle.
1506. Tolor, A., & Jalowiec, J.E. (1968). Body boundary, parental attitudes and internal-external expectancy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32, 206-209.

1507. Tolson, W.W., Mason, J.W., Sachar, E.J., Hamburg, D.A., Handlon, J.H., & Fishman, J.R. (1965). Urinary catecholamine responses associated with hospital admission in normal human subjects. Journal of Psychosomatic Research, 8, 365.
1508. Ton, W.H. (1972). Perceptual style and detection of motion in depth. Perceptual and Motor Skills, 31, 435-428.
1509. Trego, R.E. (1971). An investigation of the red and frame test in relation to emotional dependence and social cue attentiveness (Tesis doctoral, Texas Christian University, 1972). Dissertation Abstracts International, 32, 4910B.
1510. Trent, E.R. (1974). An analysis of sex differences in psychological differentiation (Tesis doctoral, Ohio State University, 1974). Dissertation Abstracts International, 35, 2416B.
1511. Truzzi, M. (1972). The occult revival as popular culture: Some random notes on the old and nouveau witch. Sociological Quarterly, 13, 16-36.
1512. Tseng, M.S. (1970). Locus of control as a determinant of job proficiency employability and training satisfaction of vocational rehabilitation clients. Journal of Counseling Psychology, 17, 487-491.
1513. Tuch, L.B. (1968). Superstition as related to security. Tesis de maestría inédita. University of Tulsa.
1514. Turner, T.R., Bennett, V.L., & Hernández, H. (1981). The beneficial side of moderate alcohol use. John Hopkins Medical Journal, 148, 53-63.
1515. Tyler, F.E., Gatz, M., & Keenan, K. A structure-factor matrix analysis of the Rotter I-E Scale. Trabajo inédito.
1516. Tyler, L.E. (1965). The psychology of human differences (3rd ed.). New York: Appleton-Century Crofts.
1517. Uguroglu, M., & Walberg, H. (1979). Motivation and achievement: A quantitative synthesis. American Educational Research Journal, 16, 375-389.
1518. Uhlenhuth, E.H., & Paykel, E.S. (1973). Symptom configuration and life events. Archives of General Psychiatry, 28, 744.
1519. Uhlenhuth, E.H., & Paykel, E.S. (1973). Symptom intensity and life events. Archives of General Psychiatry, 28, 473.
1520. U.S. Department of Health, Education and Welfare. Final mortality statistics. En, Monthly Vital Statistics Report, 4-5, 1b-25.

1521. Utian, W. (1971). Cholesterol, coronary heart disease and estrogens. South African Medical Journal, 45, 359-361.
1522. Valecha, G.K. (1972). Construct validation of internal-external locus of reinforcement related to work related variables. Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association, 7, 435-436.
1523. Valentine, W.L. (1936). Common misconceptions of college students. Journal of Applied Psychology, 20, 635-658.
1524. Van Brock, A.C. (1972). Correlates of prisoner's dilemma play: Mental abilities, personality inventory and field dependence. Tesis de maestría inédita, San Francisco State College.
1525. Van der Does, E., & Lubsen, J. (1978). Acute coronary events in general practice. The Imminent Myocardial Infarction Rotterdam Study. Rotterdam.
1526. Van Leeuwen, M.S. (1978). A cross-cultural examination of psychological differentiation in males and females. International Journal of Psychology, 13, 87-122.
1527. Vernon, P.E. (1965). Ability factors and environmental influences. American Psychologist, 20, 725-735.
1528. Vetter, N.C., Day, E.L., Philip, A.E., & Strange, R.C. (1977). Anxiety on admission to coronary care unit. Journal of Psychosomatic Research, 21, 75.
1529. Victor, J.B. (1973, May). Peer judgements of teaching competence as a function of field independence and dogmatism. Trabajo presentado en the Meeting of the Eastern Psychological Association, Washington, D.C.
1530. Viney, L.L. (1974). Multidimensionality of perceived locus of control: Two replications. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 463-464.
1531. Vinokur, A., & Selzer, M. (1973). Life events, stress and mental distress. Proceedings of the 81st Annual Convention of the American Psychological Association, 8, 329-330.
1532. Vroom, V.H. (1964). Work and Motivation. New York: Wiley.
1533. Waber, D.P. (1970). Sex differences in cognition: A function of maturation rate? Science, 192, 572-574.
1534. Waber, D.P. (1977a). Biological substrates of field dependence: Implications of the sex difference. Psychological Bulletin, 84, 1076-1087.

1535. Waber, D.P. (1977b). Sex differences in mental abilities, hemispheric lateralization and rate of physical growth at adolescence. Developmental Psychology, 13, 29-38.
1536. Wachman, R.N. (1964). The study of social influence: A methodological evaluation. Hard Psychology Journal, 3, 3-25.
1537. Wachtel, P.L. (1972). Field dependence and psychological differentiation: Reexamination. Perceptual and Motor Skills, 35, 179-189.
1538. Wade, E.B. (1971). Field independence, authoritarianism, and verbal reinforcement in anagram solution (Tesis doctoral, Columbia University, 1971). Disertation Abstracts International, 32, 3635B-3636B.
1539. Wagner, M.E. (1928). Superstitions and their social and psychological correlates among students. Journal of Educational Sociology, 2, 26-36.
1540. Wainer, H. (1980). Estimating coefficients in linear models: It don't make no never mind. Psychological Bulletin, 83, 213.
1541. Waitzkin, H., & Stoeckle, J.D. (1972). The communication of information about illness: Clinical, sociological, and methodological considerations. In E.J. Lipowski (Ed.), Advances in psychosomatic medicine: Psychosocial aspects of physical illness. Basel: S. Karger.
1542. Walls, R.T., & Miller, J.J. (1979). Delay of gratification in welfare and rehabilitation clients. Journal of Counseling Psychology, 4, 383-384.
1543. Walls, R.T., Miller, J.J., & Cox, J. (1970). Delay of reinforcement and training choice behavior for rehabilitation clients. Rehabilitation Counseling Bulletin, 11, 69-77.
1544. Wardwell, W.I. (1973). A study of stress and coronary heart disease in an urban population. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 49, 521-531.
1545. Wardwell, W.I., & Bahnson, C.G. (1973). Behavior variables and myocardial infarction in the Southeastern Heart Study. Journal of Chronic Diseases, 26, 447-461.
1546. Wardwell, W.I., Bahnson, C.B., & Caron, H.S. (1963). Social and psychological factors in coronary heart disease. Journal of Health and Human Behavior, 4, 154.

1547. Wargo, M.J. (1967). Human operator response speed, frequency, and flexibility: A review and analysis. Human Factors, 9, 221-238.
1548. Watson, D. (1967). Relationship between locus of control and anxiety. Journal of Personality and Social Psychology, 6, 91-92.
1549. Watson, D., & Bauml, E. (1967). Effects of locus of control and expectation of future control upon present performance. Journal of Personality and Social Psychology, 6, 212-215.
1550. Watson, O., & Graves, T. (1966). Quantitative research in proxemic behavior. American Anthropologist, 68, 971-985.
1551. Webb, D. (1972). The effect of ordering and contrast of feedback and perceptual style on liking of an evaluative source (Thesis doctoral, University of Cincinnati, 1973). Dissertation Abstracts International, 33, 3966B.
1552. Weckowicz, T.E., Nurter, R.W., Cruise, D.G., & Yonge, K.A. (1972). Speed in test performance in relation to depressive illness and age. Canadian Psychiatric Association Journal, 17, 241-250.
1553. Weckowicz, T., Tam, C., Mason, J., & Bay, K. (1978). Speed in test performance in depressed patients. Journal of Abnormal Psychology, 87, 578-582.
1554. Weens, H.S., & Gay, B.A. (1981). Radiografía de torax. En J.W. Hurst (Ed.), El corazón (2a. ed.) (págs. 319-333). Barcelona: Toray.
1555. Weinberg, H.J. (1970). Changing perceptions on the RFT by conditioning subjects to relieve dissonance and/or escape from the anxiety in a new manner. (Thesis doctoral, University of Nebraska, 1970). Dissertation Abstracts International, 31, 1657A.
1556. Weiner, B. (1966). Role of success and failure in the learning of easy and complex tasks. Journal of Personality and Social Psychology, 5, 339-344.
1557. Weiner, B., Frieze, I., Kukla, A., Reed, L., Rest, S., & Rosenbaum, R.M. (1971). Perceiving the causes of success and failure. Morristown, New Jersey: General Learning Press.
1558. Weiner, B., Russell, D., & Lerman, D. (1978). Affective consequences of causal ascriptions. En J.H. Harvey, W.J. Ickes, & R.F. Kidd (Eds.), New directions in attribution research: Vol. 2, Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

1559. Weiner, M. (1955). The effects of differently structured visual fields on perception of verticality. American Journal of Psychology, 68, 291-293.
1560. Weinstein, R., Middlestadt, S., Brattesani, K., & Marshall, H. (1980, April). Student perceptions of differential teacher treatment. Trabajo presentado en The Annual Meeting of the American Educational Research Association, Boston, Massachusetts.
1561. Weisman, A.D., & Hackett, T.P. (1961). Predilection to death: Death and dying as a psychiatric problem. Psychosomatic Medicine, 23, 232.
1562. Weiss, B. (1956). Electrocardiographic indices of emotional stress. American Journal of Psychiatry, 113, 348.
1563. Weiss, E., Dlin, B., & Rollin, H.R. (1957). Emotional factors in coronary occlusion. Archives of Internal Medicine, 99, 628.
1564. Weiss, H., & Sherman, J. (1973). Internal-external control as a predictor of task effort and satisfaction subsequent to failure. Journal of Applied Psychology, 57, 132-136.
1565. Weiss, W. (1969). Effects of the mass media on communication. En G. Lindzey & E. Aronson. The handbook of social Psychology: Vol. 5 (2nd ed.). Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
1566. Weissenberg, P., & Gruenfeld, L.W. (1966). Relationships among leadership dimensions and cognitive style. Journal of Applied Psychology, 50, 391-395.
1567. Weissman, H.J. (1971). Sex differences in perceptual style in junior high school in relation to nursery school and current dependency and sex role crystallization (Tesis doctoral, Catholic University of America, 1971). Dissertation Abstracts International, 32, 2390B.
1568. Weitz, J.M. (1971). Cultural change and field dependence in two native Canadian linguistic families. Tesis doctoral inédita. University of Ottawa.
1569. Welford, A.T. (1968). Fundamentals of skill. London: Methden.
1570. Weller, L., & Sharan, S. (1971). Articulation of the body concept among first grade Israeli children. Child Development, 42, 1553-1559.

1571. Welsh, G.S. (1967). Verbal interest and intelligence: Comparison of Strong VIB, Terman CMT, and D-48 Scores of gifted adolescents. Educational and Psychological Measurement, 27, 349-357.
1572. Welte, J.W., & Russell, M. (1982). Regional variations in the consumption of alcohol in the U.S.A. Drug and Alcohol Dependence, 10, 243-249.
1573. Wender, P.H., Pedersen, F.A., & Waldrop, M.F. (1967). A longitudinal study of early social behavior and cognitive development. American Journal of Orthopsychiatry, 37, 691-696.
1574. Wendt, R.A., & Burwell, E. (1964). Test performance of Jewish day-school students. Journal of Genetic Psychology, 105, 99-103.
1575. Wener, A.W., & Rehm, L.P. (1975). Depressive affect: A test of behavioral hypothesis. Journal of Abnormal Psychology, 84, 221-227.
1576. Wenger, N.K. (1981). Causas no ateroscleróticas de isquemia y necrosis miocárdica. En J.W. Hurst (Ed.), El corazón (2a. ed.) (págs. 1376-1397). Barcelona: Toray.
1577. Wening, P. (1952). The relative roles of naive, autistic, cognitive and press compatibility misperception and other ego defense operations in tests of misperception. Tesis de maestría inédita, University of Illinois.
1578. Wennerholm, M.A., & Earle, T.H. (1976). Internal-external control, defensiveness, and anxiety in hypertensive patients. Journal of Clinical Psychology, 32, 644-648.
1579. Wershow, H.J., & Reinhart, G. (1974). Life change and hospitalization-A heretical view. Journal of Psychosomatic Research, 18, 393-401.
1580. Westbrook, M. (1974). Judgement of emotion: Attention versus accuracy. British Journal of Social and Clinical Psychology, 13, 383-389.
1581. Westlund, K. (1965). Further observations on the incidence of myocardial infarction in Oslo. Journal of the Oslo City Hospital, 15, 201-231.
1582. Wheeler, E.D., White, P.D., Reed, E.W., & Cohen, M.E. (1950). Neurocirculatory asthenia (anxiety neurosis, effort syndrome, neurasthenia). Journal of the American Medical Association, 142, 878.

1583. White, P.D., Bland, E.F., & Miskall, E.L. (1943). Prognosis of angina pectoris. Long term follow-up of 497 cases including notes on 57 additional cases of angina pectus decubitus. Journal of the American Medical Association, 123, 801-804.
1584. White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. Psychological Review, 66, 297-333.
1585. Wilkie, D.M. (1973). Attention and visual field dependency in the pigeon. Journal of Experimental Analysis of Behavior, 20, 7-15.
1586. Wilkins, W.E. (1975). Trends in powerlessness: A ten year follow-up. Journal of Psychology, 91, 15-18.
1587. Wilks, S.S. (1938). Weighting systems for linear functions of correlated variables when there is no dependent variable. Psychometrika, 3, 23.
1588. Williams, C.B., & Vantress, F.E. (1969). Relation between internal-external control and aggression. Journal of Psychology, 71, 59-61.
1589. Williams, M.L. (1969). Analytical ability, social conformity and N influence as a function of temporal and spatial disembedding skill (Tesis doctoral, Ohio State University, 1970). Dissertation Abstracts International, 30, 3419B.
1590. Williams, P.T., Krauss, R.M., Wood, P.D., Albers, J.J., Dreon, D., & Ellsworth, N. (1985). Associations of diet and alcohol intake with high-density lipoprotein subclasses. Metabolism, 34, 524-530.
1591. Williams, R.B. (1975). Physiological mechanisms underlying the association between psychosocial factors and coronary disease. In W.D. Gentry & R.B. Williams Jr. Psychosocial Aspects of myocardial infarction and coronary care (pages. 37-50). St. Louis: C.V. Mosby.
1592. Williams, R., Hancy, T., & Gentry, D. (1978). Relation between hostility and arteriographically documented coronary atherosclerosis in type A and non-type A patients. Psychosomatic Medicine, 40, 88.
1593. Williams, R.B., Lane, I.D., Kuhn, C.M., Melosh, W., White, A.D., & Schanberg, S.M. (1982). Type A behavior and elevated physiological and neuroendocrine responses to cognitive tasks. Science, 218, 483-485.

1594. Willis, F.N. (1966). Initial speaking distance as a function of the speaker's relationship. Psychonomic Science, 5, 221-222.
1595. Wineman, J.H. (1973). Projected utilization of interpersonal distance as a function of psychological differentiation (Tesis doctoral, University of Utah, 1974). Dissertation Abstracts International, 34, 5698B-5699B.
1596. Winkelstein, W., Stenchever, M., Lillienfeld, A. (1958). Occurrence of pregnancy, abortion and artificial menopause among women with coronary artery disease. Journal of Chronic Diseases, 7, 273-286.
1597. Winter, D.G. (1973). The power motive. New York: Free Press.
1598. Wishnie, H.A., Backett, T.P., & Cassem, N.H. (1971). Psychological hazards of convalescence following myocardial infarction. Journal of the American Medical Association, 215, 1292.
1599. Witkin, H.A. (1948). The effect of raining and of structural aids on performance in three tests of space orientation. Washington, D.C.: Civil Aeronautics Administration, Division of Research.
1600. Witkin, H.A. (1949). Perception of body position and of the position of the visual field. Psychological Monographs, No. 302.
1601. Witkin, H.A. (1950a). Individual differences in ease of perception of embedded figures. Journal of Personality, 19, 1-15.
1602. Witkin, H.A. (1950b). Perception of the upright when the direction of the force acting on the body is changed. Journal of Experimental Psychology, 40, 93-100.
1603. Witkin, H.A. (1952). Further studies of perception of the upright when the direction of the force acting on the body is changed. Journal of Experimental Psychology, 43, 9-20.
1604. Witkin, H.A. (1959). The perception of the upright. Scientific American, 200, 50-70.
1605. Witkin, H.A. (1964). Origins of cognitive style. En C. Scheerer (Ed.), Cognition: Theory, research, promise (págs. 172-205). New York: Harper and Row.
1606. Witkin, H.A. (1965). Psychological differentiation and forms of pathology. Journal of Abnormal Psychology, 70, 317-336.

1607. Witkin, H.A. (1967). A cognitive-style approach to cross-cultural research. International Journal of Psychology, 2, 153-170.
1608. Witkin, H.A. (1976). A cognitive-style approach to cross-cultural psychology. International Journal of Psychology, 2, 233-250.
1609. Witkin, H.A. (1978). Cognitive styles in personal and cultural adaptation. En the 1977 Heinz Werner Lectures. Worcester: Massachusetts: Clark University Press.
1610. Witkin, H.A., & Asch, S.E. (1948a). Studies in space orientation. III. Perception of the upright in the absence of a visual field. Journal of Experimental Psychology, 38, 603-614.
1611. Witkin, H.A., & Asch, S.E. (1948b). Studies in space orientation. IV. Further experiments on perception of the upright with displaced visual fields. Journal of Experimental Psychology, 38, 762-782.
1612. Witkin, H.A., & Berry, J.W. (1975). Psychological differentiation in cross-cultural perspective. Journal of Cross Cultural Psychology, 6, 4-87.
1613. Witkin, H.A., Cox, P.W., & Friedman, F., (1976). Field dependence-independence and psychological differentiation (ETS RB 76-28) [Supplement No. 2]. Princeton, New Jersey: Educational Testing Service.
1614. Witkin, H.A., Cox, P.W., Friedman, F., Hrishikeshan, A.G., & Siegel, K.N. (1974). Field dependence-independence and psychological differentiation [Supplement No. 1]. Princeton, New Jersey: Educational Testing Service.
1615. Witkin, H.A., Dyk, R., Faterson, H.F., Goodenough, D.R., & Karp, S.A. (1962). Psychological differentiation. New York: Wiley.
1616. Witkin, H.A., & Goodenough, D.R. (1976). Field dependence revisited. Princeton, New Jersey: Educational Testing Service.
1617. Witkin, H.A., & Goodenough, D.R. (1977). Field dependence and interpersonal behavior. Psychological Bulletin, 84, 661-689.
1618. Witkin, H.A., Goodenough, D.R., & Karp, S.A. (1967). Stability of cognitive style from childhood to young adulthood. Journal of Personality and Social Psychology, 7, 291-300.

1619. Witkin, H.A., Goodenough, D.R., & Oltman, P.K. (1979). Psychological differentiation: Current Status. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1127-1145.
1620. Witkin, H.A., Goodenough, D.R., Oltman, P.K., Moore, C.A., Emmerich, W., & McDonald, F. (1976). The role of cognitive style in teaching behavior, student learning and teacher-student interaction.
1621. Witkin, H.A., Lewis, H.B., Hertzman, M., Machover, K., Meissner, P.B., & Wapner, S. (1954). Personality through perception: An experimental and clinical study. New York: Harper.
1622. Witkin, H.A., Lewis, H.B., & Weil, E. (1968). Affective reactions and patient-therapist interactions among more differentiated and less differentiated patients early in therapy. Journal of Nervous and Mental Diseases, 146, 193-208.
1623. Witkin, H.A., Moore, C.A., Goodenough, D.R., & Cox, P.W. (1977). Field-dependent and field independent cognitive styles and their educational implications. Review of Educational Research, 47, 1-64.
1624. Witkin, H.A., Moore, C.A., Oltman, P.K., Goodenough, D.R., Friedman, F., & Owen, D. (1976). A longitudinal study of the role of cognitive styles in academic evolution during the college years. (Graduate Record Examinations Board Research Report 76-10R). Princeton, New Jersey: Educational Testing Service.
1625. Witkin, H.A., Moore, C.A., Oltman, P.K., Goodenough, D.R., Friedman, F., Owen, D.R., & Raskin, E. (1977). The role of field-dependent and field-independent cognitive styles in academic evolution: A longitudinal study. Journal of Educational Psychology, 69, 197-211.
1626. Witkin, H.A., Oltman, P.K., Chase, J.B., & Friedman, F. (1971). Cognitive patterning in the blind. In J. Hellmuth (Ed.), Cognitive studies: Vol. 2. Deficits in Cognition (ppgs. 10-16). New York: Brunner/Mazel.
1627. Witkin, H.A., Oltman, P.K., Cox, P.W., Ehrlichman, E., Hamm, R.M., & Ringler, R.W. (1973). Field dependence-independence and psychological differentiation (ETS RB 73-63). Princeton, New Jersey: Educational Testing Service.
1628. Witkin, H.A., Oltman, P.K., Raskin, E., & Karp, S.A. (1971). A manual for the Embedded Figures Test. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press.

1629. Witkin, H.A., Price-Williams, D., Bertini, M., Christiansen, B., Oltman, P.K., Ramirez, M., & van Meel, J. (1974). Social conformity and psychological differentiation. International Journal of Psychology, 9, 11-29.
1630. Wittenborn, J.R. (1951). Symptom patterns in a group of mental hospital patients. Journal of Consulting Psychology, 15, 290-302.
1631. Wober, M. (1966). Sensotypes. Journal of Social Psychology, 70, 181-189.
1632. Wober, M. (1967). Adapting Witkin's field independence theory to accommodate information from Africa. British Journal of Psychology, 58, 29-38.
1633. Wohlford, P., & Liberman, D. (1970). Effect of father absence on personal time, field independence, and anxiety. Proceedings of the 78th Annual Convention of the American Psychological Association, 3, 163-164.
1634. Wolf, S. (1965). The stomach. New York: Oxford University Press.
1635. Wolf, S. (1967). The end of the rope. The role of the brain in cardiac death. Canadian Medical Association Journal, 97, 1022.
1636. Wolf, S. (1969). Psychosocial forces in myocardial infarction and sudden death. Circulation, 40 (Suppl. 4), 74-85.
1637. Wolf, S., Cardon, F.L., Shepard, L.M., & Wolf, W.G. (1955). Life stress and essential hypertension. Baltimore: Williams and Wilkins.
1638. Wolf, S., McCabe, W., Yamamoto, J., Adsett, C.A., & Scottstaedt, K.W. (1962). Changes in serum lipids in relation to emotional stress during rigid control of exercise and diet. Circulation, 26, 379-387.
1639. Wolfe, R.N. (1972). Perceived locus of control and prediction of own academic performance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38, 80-85.
1640. Wolfe, R.N. (1974). Comunicación personal a G.F. Kawash & G.W. Scherf. En G.F. Kawash & G.W. Scherf. Self-esteem, locus of control and approval motivation in married couples. 715-720.

1641. Wolfe, R.N. (1976). Trust, anomia, and locus of control. Alienation in U.S. college students in 1964, 1969, and 1974. Journal of Social Psychology, 100, 151-152.
1642. Wolfe, R.N., & Egelston, R. (1973). Critique of accuracy of prediction of own performance as a function of locus of control. Psychological Reports, 33, 305-306.
1643. Wolff, H.G., Wolf, S., & Hare, C.C. (1950). Life stress and bodily disease: Vol. 29. Baltimore: Williams and Wilkins.
1644. Wolff, H.G. (1952). Stress and disease. Springfield: Thomas.
1645. Wolitzky, D.L. (1973). Cognitive controls and person perception. Perceptual and Motor Skills, 36, 619-623.
1646. Wolk, S., & DuCette, J. (1971). Locus of control and achievement motivation: Theoretical overlap and methodological divergence. Psychological Reports, 29, 755-758.
1647. Wolk, S., & DuCette, J. (1973). The moderating effects of locus of control in relation to achievement motivation variables. Journal of Personality, 41, 59-70.
1648. Wolk, S., & DuCette, J. (1974). Intentional performance and incidental learning as a function of personality and task dimension. Journal of Personality and Social Psychology, 29, 90-101.
1649. Wolk, S., & Hardy, R. (1975). The identifiability and consistency of the factor structure of locus of control. The Journal of Psychology, 89, 149-158.
1650. Wong, K.L. (1976). Psychological differentiation as a determinant of friendship choice. Thesis Doctoral, inedita, City University of New York.
1651. Woodworth, R., & Schlosberg, H. (1954). Experimental Psychology (rev. ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston.
1652. Woon, T. (1971). The Social Readjustment Rating Scale: A cross-cultural study of Malaysians and Americans. Cross-Cultural Psychology, 2, 373-386.
1653. World Health Organization European Collaborative Group (1974). An international controlled trial in the multifactorial prevention of coronary heart disease. International Journal of Epidemiology, 3, 219-224.

1654. Wortman, C.B., & Brehm, J.W. (1975). Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and learned helplessness model. En L. Berkowitz (Ed.), Advances in experimental social psychology, Vol. 8. New York: Academic Press.
1655. Woyno, W., & Amador, R.E.O. (1960). Thurstone Inventario de Rasgos Temperamentales. Barranquilla, Rep. de Colombia: Ediciones Pedagógicas Latino-Americanas.
1656. Wrzesniewski, K. (1975). The attitudes towards illness of patients after myocardial infarction undergoing rehabilitation. Social Science and Medicine, 9, 237.
1657. Wu, J.J. (1967). Cognitive style and task performance- A study of student teachers (Tesis doctoral, University of Minnesota, 1968). Dissertation Abstracts, 29, 176A.
1658. Wyler, A.R., Masuda, M., & Holmes, T.H. (1968). Seriousness of illness rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 363-374.
1659. Wyler, A.R., Masuda, M., & Holmes, T.H. (1970). The seriousness of illness rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 14, 59-64.
1660. Wynn, V.T. (1971). Measurements of small variations in absolute pitch. Journal of Physiology, 220, 627-637.
1661. Wynn, V.T. (1973). Study of rhythms in auditory perception and simple reaction times. Journal of Interdisciplinary Cycle Research, 4, 251-260.
1662. Wynn, V.T. (1980). Reaction time as a function of the cardiac cycle. British Journal of Psychology, 71, 155-162.
1663. Yalom, I.D., Green, R., & Fisk, N. (1973). Prenatal exposure to female hormones: Effect on psychosexual development in boys. Archives of General Psychiatry, 28, 554-561.
1664. Yen, W.M. (1973). Sex-linked major gene influence on human spatial abilities (Tesis doctoral, University of California at Berkeley, 1974). Dissertation Abstracts International, 34, 5667B.
1665. Zadik, B. (1966). Field dependence-independence among Oriental and Western school children. Megamot, 16, 51-58.
1666. Zborowski, M. (1969). People in pain. San Francisco: Jossey-Bass.

1667. Zion, M.M., Marchand, P.E., & Obel, I.W.P. (1973). Long-term prognosis after cardiac pacing in atrioventricular block. British Heart Journal, 35, 359.
1668. Zola, I.K. (1966). Culture and symptoms: An analysis of patients presenting complaints. American Social Review, 31, 615.
1669. Zuckerman, M. (1968). Field dependency as a predictor of responses to sensory and social isolation. Perceptual and Motor Skills, 27, 757-758.
1670. Zuckerman, M., & Lubin, B. (1965). The Multiple Affect Adjective Check List. San Diego, California: Educational and Industrial Testing Service.
1671. Zung, W.K. (1965). A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry, 12, 63.
1672. Zytowski, D.G., Mills, D.H., & Paeppe, C. (1969). Psychological differentiation and the Strong Vocational Interest Blank. Journal of Counseling Psychology, 16, 41-44.
1673. Zyzanski, S.J. (1978). Coronary-prone behavior pattern and coronary heart disease: Epidemiological evidence. In T.M. Dembroski, S.M. Weiss, J.L. Shields, S.G. Haynes, & M. Feinleib (Eds.), Coronary-prone behavior (pages. 25-40). New York: Springer-Verlag.
1674. Zyzanski, S.J., & Jenkins, C.D. (1970). Basic dimensions within the coronary prone behavior pattern. Journal of Chronic Diseases, 22, 781-795.
1675. Zyzanski, S.J., Jenkins, C.D., & Ryan, T.J. (1975). Emotions, behavior patterns and atherosclerosis. Proceedings of the Annual Meeting of the American Psychosomatic Society, New Orleans.
1676. Zyzanski, S., Jenkins, C.D., Ryan, T., Flessas, A., & Everist, M. (1976). Psychological correlates of coronary angiographic findings. Archives of Internal Medicine, 136, 1234-1237.
1677. Zyzanski, S.J., Wrzesniewski, K., & Jenkins, C.D. (1979). Cross-cultural validation of the coronary-prone behavior pattern. Social Science and Medicine, 13A, 405-412.

APENDICE A QUESTIONARIO

NOMBRE: _____

I SEXO M _____ F _____ EDAD _____ Años cumplidos
 ESTATURA _____ Mts. PESO _____ Kgs.

II ESTADO CIVIL: Soltero (a) Divorciado (a) Separado (a)
 Casado (a) Viudo (a)

III LUGAR QUE OCUPA ENTRE SUS HERMANOS (AS) O MEDIOS HERMANOS (AS) _____

SI NO ES USTED EL MAYOR, CUAL ES EL SEXO Y LA EDAD QUE LO SEPARA DE --
 SUS HERMANOS MAYORES:

SEXO	EDAD	SEXO	EDAD
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

IV FECHA DE NACIMIENTO: HORA APROXIMADA _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

V LUGAR DE NACIMIENTO: _____

VI TIEMPO DE RADICAR EN EL D.F. _____

VII ESCOLARIDAD (POR FAVOR TACHE EL NUMERO DE AÑOS CURSADOS EN CADA NIVEL.)

PRIMARIA:	1 2 3 4 5 6	TECNICA:	1 2 3 4
SECUNDARIA:	1 2 3	PROFESIONAL:	1 2 3 4 5 6
PREPARATORIA:	1 2 3	POST GRADO:	1 2 3

TOTAL DE AÑOS TERMINADOS: _____

VIII OCUPACION: _____

IX Cuál de estas enfermedades ha padecido o padece?

- | | |
|-----------------|------------------------|
| 1) Migraña | 4) Hipotiroidismo |
| 2) Diabetes | 5) Hipercolesterolemia |
| 3) Hipertensión | 6) Ninguna |

X Entre sus familiares y antepasados: conoce algún caso de:

- | | |
|---------------------|--|
| 1) Migraña | 5) Diabetes |
| 2) Embolia Cerebral | 6) Infarto cardíaco o
ataque al corazón |
| 3) Hipotiroidismo | 7) Ninguno |
| 4) Hipertensión | |

XI VIVE SU PADRE? SI _____ NO _____

PADRE: Edad actual _____ Edad al fallecer _____

VIVE SU MADRE? SI _____ NO _____

MADRE: Edad actual _____ Edad al fallecer _____

Lugar en el que vivieron sus padres la mayor parte de su vida: _____

APENDICE B

DESCRIPCION DEL APARATO QUE MIDE EL TIEMPO DE REACCION

El aparato consta de:

- a/ Un reloj electrónico con generación de frecuencia a base de un cristal de cuarzo.
- b/ Un contador de cuatro dígitos, electrónico, con display de siete segmentos.
- c/ Circuitos de control.
- d/ Fuentes de poder.
- e/ Un diodo emisor.

FUNCIONAMIENTO:

El reloj electrónico entrega pulsos de voltaje al contador con una frecuencia de mil por segundo, éstos son registrados en el display del mismo, indicando numéricamente el tiempo (en milésimas de segundo), mostrando el lapso entre el inicio del estímulo y la reacción.

Antes de iniciarse el experimento los circuitos de control (7474), mantienen el contador apagado, aún cuando el reloj permanece trabajando continuamente. Esto hace que el margen de error sea de una décima de segundo como máximo.

Al presionar el botón de inicio, habiendo seleccionado previamente el estímulo, éste aparece y el circuito 7474 cambia de estado liberando instantáneamente al contador, borrando el dato anterior.

Al presionar el botón de respuesta, el control regresa a su estado original y el contador se detiene, mostrando el tiempo final, el estímulo desaparece.

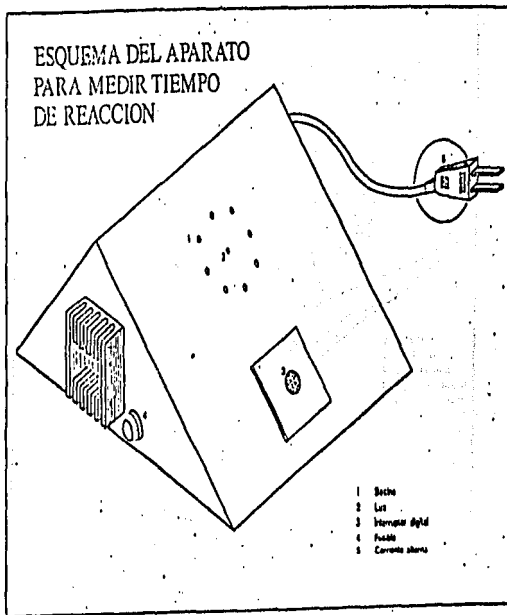
DESCRIPCION DEL ESTIMULO

El aparato contiene dos estímulos: Luz y Sonido.

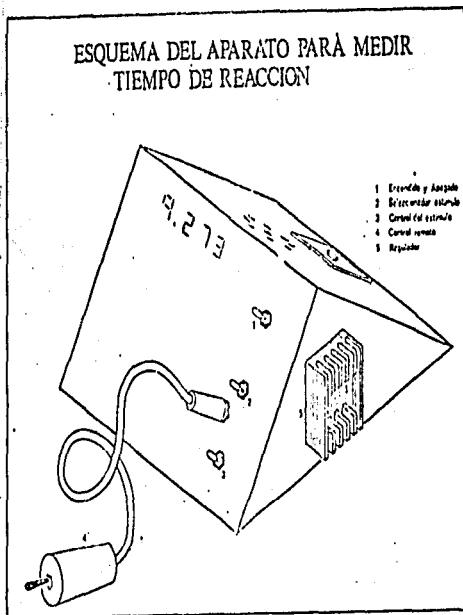
La luz es generada por un diodo de luz encendido continuamente (no tiene parpadeo), y recibe una potencia de 5 miliwatts, produciendo luz roja, es de 3 cms., de diámetro.

Sonido: el sonido es generado por una bocina de 5 cms. de diámetro de 8 Omhs, que produce un tono puro de 1000 ciclos, la potencia que recibe es de 1.5 miliwatts.

APENDICE B1

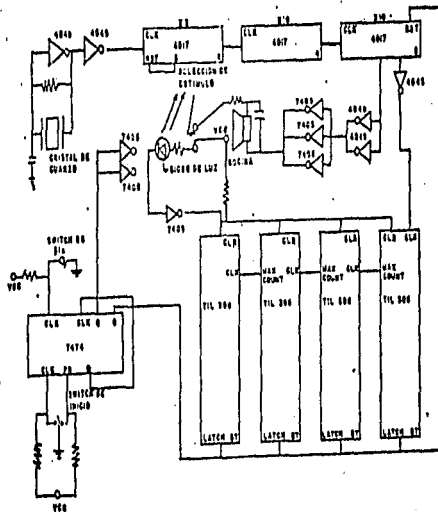


ESQUEMA DEL APARATO PARA MEDIR TIEMPO DE REACCION



APENDICE B3

DIAGRAMA LOGICO



ON
SWITCH