

AREA DE ESTUDIOS
AUTONOMO DE MEXICO

2
24



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
I Z T A C A L A

PATRON CONDUCTUAL TIPO A:
UN NUEVO INSTRUMENTO DE EVALUACION

FALLA DE ORIGEN

T E S I S

Que para obtener el Grado de
MAESTRO EN MODIFICACION DE CONDUCTA
p r e s e n t a
LEONARDO REYNOSO ERAZO



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

1	1
1.1	Prólogo	1
1.2	Introducción	3
2	ANTECEDENTES	16
2.1	Del patron conductual tipo A	16
2.2	Métodos de evaluación	34
2.3	Validez y confiabilidad	61
2.4	Tratamiento	65
3	EXPERIMENTO	69
3.1	Objetivo	69
3.2	Método	70
4	RESULTADOS	72
4.1	Descripción de resultados	72
5	DISCUSION Y CONCLUSIONES	82
5.1	82
6	BIBLIOGRAFIA	89
6.1	89

1.1 Prologo

El patrón conductual tipo A y las formas de evaluación del mismo son un tema que ha provocado la inquietud de varios investigadores tanto en la esfera conductual como en la médica. El tema pudiera parecer escabroso para aquellos que piensan que el problema de la medición a través de diversos instrumentos (incluyendo cuestionarios) implica el retorno a una psicología exclusiva de los rasgos, que permite la etiquetación de sujetos como portadores de tal o cual patología. Este trabajo no pretende de ninguna manera caer en ese terreno, ya que se parte de la base que el instrumento propuesto es una herramienta auxiliar del clínico que le permitirá detectar con antelación y en forma sencilla y confiable a sujetos que presentan en mayor o menor medida conductas relacionadas con el patrón conductual tipo A. Se pretende la utilización de este cuestionario en escenarios clínicos con sujetos sanos en riesgo de padecer enfermedad coronaria así como con enfermos tanto de insuficiencia coronaria en sus diversas formas como en sujetos infartados. Se pretende pues que la tecnología conductual sea utilizada en escenarios médicos coadyuvando en la prevención de enfermedades y previniendo complicaciones.

El presente trabajo consta una introducción, en donde se presenta someramente una visión histórica de la medicina, del área de la salud y de la medicina conductual, con el propósito

de contextualizar el ámbito de trabajo del psicólogo clínico. Posteriormente se presentan comentarios sobre las enfermedades denominadas psicósomáticas y se introduce al tema de la conducta tipo A.

El capítulo 2, denominado Antecedentes, presenta una revisión bibliográfica respecto del patrón conductual tipo A; posteriormente, se toca lo referente a métodos de evaluación, validez y confiabilidad y se culmina con algunos aspectos del tratamiento de los sujetos con este patrón conductual.

El capítulo 3 describe los objetivos y el método utilizado en el presente estudio. El capítulo 4 presenta los resultados obtenidos, que son discutidos en el capítulo 5.

1.2 Introducción

Breve reseña histórica de la medicina:

Al hablar de salud y enfermedad tradicionalmente se piensa en un área que históricamente ha sido del dominio de los médicos: así, desde los primeros curanderos o brujos, éstos poseían el saber y lo utilizaban para curar, sustentando a la enfermedad en un modelo demoníaco (que no ha cambiado mucho hasta la fecha) y su principal función consistía en alejar a los malos espíritus. Dicho saber era transmitido a unos cuantos, con lo que la casta de curanderos se fortalecía.

Posteriormente el saber médico se convirtió en propiedad de los clérigos, al menos desde el siglo I hasta el XV, época de oscurantismo que conservaba vigente el modelo demoníaco, aunque ahora se ofrecía una alternativa terapéutica: la comunión. En esta época los enfermos eran señalados y alejados de la sociedad y probablemente el caso típico de la época lo constituían los leprosos.

Fué desde el siglo XVI que la medicina inició con cierta formalidad su etapa precientífica a través de los trabajos de personalidades como Harvey, que en el siglo XVI describe la circulación sanguínea; posteriormente, aparecen las descripciones anatómicas de Vesalius (siglo XVII) y otros, entre los que podemos citar a Leonardo da Vinci. De esta forma y

progresivamente. la medicina va adquiriendo pues sustento, a pesar de encontrarse dividida en esta época entre cirujanos (los barberos, quienes además fungían como dentistas), los oficiales de salud (quienes denunciaban e ingresaban a los apestados a las instituciones de reclusión), los "médicos" (que no necesariamente eran clérigos) y los brujos.

Durante el siglo XIX la medicina y sus practicantes adquieren su connotación de científicos. en tanto que sustentan sus conocimientos y su práctica en una serie de fundamentos tanto teóricos como metodológicos que les permite el accionar sistemático. La clínica reafirma su superioridad y los antiguos practicantes de la medicina (como los barberos y los oficiales de salud) desaparecen cediendo todo el espacio terapéutico al médico, que desde entonces se erige como el eje de la salud. Además la medicina y la psicología encuentran sustento científico en la misma época: sin embargo, la tradición histórica de la medicina le permite tomar el mando para explicar la salud y la enfermedad. Es en este contexto que la Psicología heredó múltiples cosas de la Medicina y que aún en la actualidad los psicólogos se encuentren relegados debido a que muchos médicos ignoran las potencialidades del psicólogo clínico en tanto participe activo en el denominado equipo de salud.

Sobre la salud-enfermedad

La enfermedad es tan vieja como la vida y en su intento por comprenderla se han sugerido diferentes explicaciones para ella, que reflejan el momento histórico y el grado de desarrollo alcanzado: así, el concepto de salud-enfermedad ha transcurrido desde la interpretación mágica del equilibrio o la posesión por los demonios hasta el momento actual en que son numerosas las definiciones, pero ninguna satisface todas las exigencias. Desde el punto de vista fisiológico existe salud cuando se presenta una armonía y equilibrio funcional, y cuando éste se rompe se produce la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978) define a la salud como "el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". El sector Salud acepta esta definición, y además se agrega que "gozar del nivel más alto de salud posible constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, creencia política y condición económica o social"(1982). Puede conceptualizarse a la salud no solamente como la ausencia de enfermedad, sino como un proceso dinámico de adaptación a los cambios del ambiente (tanto biológicos como psicológicos y sociales): en tanto proceso, éste tiene la característica de multicausalidad y supone además la unión indisoluble entre salud y enfermedad, considerando al ser humano como un ente pensante que evalúa y actúa para afrontar las demandas que perciba, ya sean internas o externas.

Tradicionalmente los problemas de salud han sido manejados por el personal médico, partiendo de la base errónea que al curar la enfermedad se devolverá la salud; sin embargo, en tanto que la salud implica mucho mas que la ausencia de enfermedad, en la actualidad se acepta que en el campo de la salud deben actuar otros profesionales con el proposito de atacar los problemas desde diferentes perspectivas. De esta manera, en el campo de la salud, que era el terreno natural del accionar de médicos, enfermeras y odontólogos ahora se encuentran trabajando activamente psicólogos, biólogos, trabajadores sociales, antropólogos, sociólogos y otros profesionales. En la actualidad el trabajo multidisciplinario en el área de la salud consiste en definir y clarificar líneas generales de accionar en los diferentes niveles preventivos con el propósito de coordinar las acciones, optimizar los recursos y evitar duplicidad de esfuerzos.

Acerca de la Medicina Conductual

Los problemas de enfermedad y salud están íntimamente relacionados a factores físicos, conductuales y ambientales. Cada uno de estos factores contribuye a los diferentes tipos de problemas que se encuentran en la practica medica, cada uno de ellos requiere de especial atención si queremos satisfacer plenamente las necesidades de los pacientes. Los médicos, las enfermeras y otros profesionales de la salud se enfrentan a serios problemas para el manejo y cuidado de los pacientes.

que no pueden ser resueltos únicamente por las técnicas médicas tradicionales. los conceptos y las técnicas de otras disciplinas pueden ayudar a sugerir soluciones, por lo que un modelo integral de salud que combine entre otras a la ciencia médica y conductual es percibido como una opción por demás interesante en el análisis de la relación entre conducta y salud. Es importante aclarar que la naturaleza de dicha relación no es ni estática ni unidireccional. La conducta puede ser alterada por la enfermedad tanto como que la enfermedad resulte de la conducta.

En años recientes ha ido tomando auge una aproximación derivada de la psicología experimental llamada Medicina Conductual. Dicho término ha sido utilizado con frecuencia para describir ciertas formas de investigación e intervención en problemas psicofisiológicos y médicos. La Medicina Conductual se encuentra aún en proceso de desarrollo. a pesar de que el interés en la interacción entre la conducta y la enfermedad es tan viejo como la práctica de la medicina misma. Originalmente fué definida por Birk en 1973 para justificar la utilización de la retroalimentación biológica. Posteriormente, Schwartz y Weiss en 1978 definieron a la Medicina Conductual como el campo interdisciplinario que tiene que ver con el desarrollo e integración de las ciencias conductual y biomédica en la solución de problemas de salud. Pomerleau y Brady en 1979 la definieron como el terreno de la investigación y terapia de la conducta asociada a problemas médicos.

A pesar de que la psicología históricamente ha sido asociada con la intervención en educación y rehabilitación y en fechas más recientes con diversos problemas clínicos (depresión, angustia, habilidades sociales, etc.) no se le había asociado con enfermedades físicas. A la Medicina Conductual se le considera como una actividad clínica derivada de la terapia conductual (ya que utiliza métodos de evaluación y técnicas de ésta). Algunos investigadores la han definido como un campo que tiene relación con el desarrollo y conocimiento de las ciencias de la conducta y se vuelve de vital importancia para la comprensión de la salud y la enfermedad física y su aplicación, o sea para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El campo de estudio de la Medicina Conductual se conjuga en una amalgama de interacción inter y multidisciplinaria (por ejemplo con la medicina, la sociología médica, la antropología cultural, la psiquiatría, la enfermería, trabajo social y ciencias biológicas).

Las dos principales tareas de la Medicina Conductual consisten en la actualidad en el manejo de técnicas para mejorar el apego de los pacientes hacia diferentes regímenes de tratamiento, ya sean médicos o conductuales. El objetivo que se persigue consiste en alterar las conductas de enfermedad relacionadas con el paciente, como lo sería el tomar un medicamento con las dosis especificadas y bajo el horario establecido, seguir un programa dietético o cambiar los

patrones de conducta que pueden causar estrés, etc. La segunda consiste en la prevención de la enfermedad y la intervención ante enfermedades terminales o crónico-degenerativas, que representan un reto para la tecnología conductual. Se pretende trabajar en programas preventivos enfocados a modificar el estilo de vida de los sujetos en relación a sus hábitos alimenticios, ejercicio físico, conducta de fumar y beber, y el objetivo consiste en cambiar los patrones de conducta que incrementan el riesgo de enfermedades crónicas, así como las formas en que los sujetos afrontan las enfermedades que padecen. El trabajo sistemático de la medicina conductual es muy reciente: sus principales aplicaciones han sido en problemas cardiovasculares tales como el manejo de la hipertensión arterial y la prevención de la enfermedad coronaria; en el terreno de la neurología el tratamiento de migrañas y ciertas formas de epilepsia; en el aparato digestivo, la medicina conductual coadyuva en el tratamiento de problemas tales como las gastritis y úlceras. Además esta disciplina ha abordado problemas tales como el estrés, alcoholismo, cáncer y enfermedades crónicas, por lo que la medicina conductual se advierte como una posibilidad dentro del área de la salud que permite, además de resolver problemas, prevenir complicaciones e inclusive prevenir enfermedades.

La medicina conductual se ha apoyado en algunos estudios epidemiológicos. La epidemiología se puede definir en general como el estudio de la salud y la enfermedad de poblaciones o

grupos en relación con su ambiente y formas de vida. El campo de la epidemiología se enfoca tanto en la incidencia como en la prevalencia, entendiéndose por ésta como el número de casos existentes en la población en un momento particular, mientras que por incidencia se entiende el número de nuevos casos durante un periodo especificado. La investigación epidemiológica ha jugado un papel importante en demostrar la relación entre ciertas variables conductuales y la morbilidad y mortalidad. La asociación correlacional nos ha proporcionado ciertos predictores acerca de algunas enfermedades y ha dado como resultado algunas recomendaciones útiles para la prevención y el manejo de enfermedades crónicas. Entre las estrategias comúnmente utilizadas para los estudios epidemiológicos se encuentra la utilización de encuestas, cuestionarios, entrevistas, revisión de archivos, etc.

De las denominadas "enfermedades psicosomáticas"

Desde hace mucho tiempo, han existido intentos por señalar que los denominados "estados mentales" pueden influir en las condiciones físicas. Dicha subdivisión mente-cuerpo, legitimada desde la época de Descartes y alentada por alguna corriente de la Psicología permitió acuñar posteriormente el término de enfermedades psicosomáticas, entendidas estas como de origen interno, es decir mental, a diferencia de las

enfermedades puramente somáticas en donde el agente causal es claro y evidente, como es el caso de las enfermedades infecciosas.

El auge de la denominada medicina psicosomática permitió el señalamiento de determinados tipos de personalidades y su correlación con enfermedades orgánicas específicas, para posteriormente plantear que determinadas reacciones mentales podrían dañar algún órgano susceptible. Esta explicación, que para algunos continúa vigente, ha sido ampliada y justificada con una serie de estudios correlacionales, pero siempre desde la perspectiva médica de la unicausalidad y linealidad causa-efecto.

Los estudios en el campo del estrés permiten señalar una explicación alternativa, ya que la hiperfunción de los distintos sistemas corporales ante demandas percibidas como amenazas, si se sostienen crónicamente, aumentan la probabilidad de ocurrencia de algún trastorno físico; además, existe coincidencia al señalar que los factores psicológicos, sociales, comunitarios y biológicos, todos y cada uno de ellos, son relevantes en la medida de la percepción y la evaluación que el individuo haga de ellos, siendo lo más probable que los efectos conjuntos de tales factores puedan potencializarse.

Un individuo reacciona ante los eventos estresantes bajo patrones característicos aparentemente estables y constantes, aunque hay amplias diferencias individuales entre las reacciones fisiológicas, cogniciones y conductas ante un complejo estímulo estresante; sin embargo, existen interacciones entre variables personales (patrones fisiológicos) y variables situacionales (experiencias pasadas y recientes de la vida, apoyo social, etc.). Así, la enfermedad se vuelve el resultado de múltiples factores y no una simple relación unicausal.

Aunque por lo general no actúan solos, existen ciertos factores psicológicos que influyen en la enfermedad física. Entre ellos se encuentran las deficiencias en habilidades de afrontamiento, que se caracterizarían fundamentalmente por respuestas incorrectas o ausencia de respuestas, cuyas consecuencias son, por lo general, que el sujeto:

- se adapte defectuosamente a los cambios que requiere el ambiente.
- maneje y exprese inadecuada o incorrectamente los sentimientos y las emociones.
- interprete incorrectamente las exigencias, restricciones y oportunidades del ambiente.
- sea poco capaz para formar relaciones interpersonales durables y gratificadoras.

Existen además variables comunitarias y sociales que parecen estar implicadas en diverso grado en el funcionamiento físico; tales son: la urbanización. la pobreza. el rápido cambio social. la inmigración. etc., que tienen efectos nocivos sobre la salud. además del empleo. el volumen de trabajo. el horario laboral. las actitudes hacia el trabajo. etc.

Del patrón conductual tipo A

Existen pruebas de que algunas enfermedades físicas son causadas por la interacción de factores psicosociales y biológicos; tal es el caso de la enfermedad coronaria (angina de pecho e infarto miocárdico) en donde se ha demostrado una correlación entre un patrón de conducta (la llamada conducta tipo A) y la enorme incidencia de enfermedad coronaria.

Dentro del campo de la medicina conductual existen numerosas investigaciones sobre el denominado patrón conductual tipo A, la incidencia de enfermedad coronaria, enfermedad vascular, la posibilidad de aparición de otro tipo de enfermedades, la determinación de este patrón por medio de entrevista o cuestionarios así como el desarrollo de este síndrome conductual desde la infancia.

Jenkins. Friedman. Rosenman y Zyzanski (1967, 1971, 1974, 1976, 1978, 1982) fueron los primeros en evaluar las características de este patrón conductual y señalaron que este

tipo de sujetos suelen funcionar bajo mucha presión. tienen gran empuje y son exigentes consigo mismos y con los demás: al parecer, las personas con este tipo de conducta muestran las siguientes características:

- a) hablar rápidamente y en ocasiones de modo explosivo.
- b) moverse y caminar rápidamente.
- c) comer rápidamente.
- d) irritarse injustificadamente por los retrasos (V. gr. por tener que esperar su turno al hacer fila).
- e) tratar de programar más y más actividades en menos tiempo.
- f) sentirse vagamente culpables mientras descansan.
- g) tratar de hacer dos cosas a la vez.

Los datos anteriores permitieron a Friedman y Rosenman (1976) definir el patrón conductual tipo A en los siguientes términos: "la línea de conducta tipo A es un complejo emotivo-activo que se observa en toda persona agresivamente implicada en una crónica, incesante lucha por conseguir cada vez más en menos tiempo, en contra de las personas o de las cosas si ello fuere necesario".

Desde el descubrimiento de este patrón conductual hasta la fecha se han llevado a cabo múltiples investigaciones: así, en la actualidad se acepta que quien presente este patrón conductual es un sujeto de riesgo de padecer enfermedad coronaria tan importante como el antecedente de padecer hipertensión arterial o hipercolesterolemia, de allí su

relevancia. Además, es curioso señalar que en nuestro país, a pesar de contar con un Instituto Nacional de Cardiología de gran renombre internacional, existen solamente algunos estudios sobre el patrón conductual tipo A en poblaciones mexicanas (Reynoso et al. 1989; Avila et al. 1989; Fernández y Hernández, 1990; Reynoso et al. 1990; De la Torre et al. 1990). Por lo anteriormente expuesto, se considera de gran importancia la realización de estudios sobre este tópico con el propósito de ofrecer una visión más amplia sobre el tema para proponer posteriormente estrategias de intervención que permitan reducir la incidencia de la enfermedad coronaria.

2 ANTECEDENTES

2.1 Del patron conductual tipo A

En este siglo se ha encontrado un fuerte incremento en la aparición de enfermedades cardiovasculares: aparentemente, el mayor numero de casos encontrados pudiera deberse a una mayor cobertura medica de atención a la población, o a un mejor diagnóstico por parte de los médicos, o a la existencia de medios auxiliares de diagnóstico cada vez mas sofisticados (como las radiografias, el electrocardiograma de reposo, el electrocardiograma de esfuerzo, el vectocardiograma, la coronariografía, el ultrasonido, la resonancia magnética nuclear, etc.), o tal vez a una mayor expectativa de vida de la población. Sin embargo, esta mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares y su estudio cuidadoso a través de historias clinicas, de estudios epidemiológicos y el seguimiento de pacientes ha permitido establecer la existencia de una serie de factores biológicos, conductas específicas, hábitos y estilos de vida coincidentes con enfermedades cardiovasculares. Así pues, la correlación entre estos elementos y la aparición de alguna enfermedad cardiovascular permitio la identificación de los denominados factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, que son los siguientes: hipercolesterolemia, elevación de los triglicéridos, hiperlipoproteinemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, ingesta excesiva de sal, factores hereditarios.

estrés y la presencia del patron conductual tipo A. De un tiempo a la fecha se ha vuelto evidente la correlación entre estos factores y la aparición de enfermedades cardiovasculares: sin embargo, debe aclararse que quien presente alguno de estos factores justamente se encuentra en riesgo de padecer posteriormente alguna enfermedad cardiovascular, pero el riesgo es relativo. Si bien en algunas ocasiones puede demostrarse la correlación directa entre un factor de riesgo y la enfermedad, esto implica la necesidad de valorar cuidadosamente a todo sujeto. Además, es necesario recordar que es muy frecuente encontrar la coexistencia de varios de estos factores, sin que se pueda señalar cuál de ellos sería el principal; antes bien, es posible afirmar que la presencia conjunta de varios factores haría más posible la aparición de la enfermedad y esto mostraría además que los problemas cardiovasculares generalmente son multicausales. La presencia del patron conductual tipo A fue elevada a nivel de factor de riesgo cardiovascular por la American Heart Association apenas hace diez años y de entonces a la fecha se le ha prestado gran interés en los Estados Unidos de Norteamérica y parcialmente en países europeos y en Japón. A pesar de que México cuenta con una gran tradición en investigación en Cardiología, prácticamente no existen estudios en nuestro país sobre este tema.

A continuación se presenta una revisión sobre el patron conductual tipo A, con el objeto de presentar una visión panorámica sobre el tema.

Como antecedentes históricos Rosenman (1981) señala que Van Dusch observo en 1868 que las personas que hablaban muy fuerte y que se involucraban excesivamente en el trabajo estaban predispuestas a la enfermedad coronaria. Osler (1892) implicó fuertemente al estrés y la conducta agresiva en la enfermedad coronaria. Menninger & Menninger (1936) observaron pacientes coronarios caracterizados por conducta fuertemente agresiva. Dunbar (1943) encontro a estos sujetos como agresivos y Kemple (1945) los percibió como ambiciosos y compulsivos buscando alcanzar metas que les otorguen poder y prestigio. Arlow (1945) y Gildea (1949) observaron conducta similar y en 1950 Stewart correlaciono nuevas condiciones de estrés con elevacion de las tasas de enfermedad coronaria.

Powell (1984) conceptualiza el estilo de vida tipo A como un fenómeno multidimensional que presenta respuestas fisiológicas, conductuales y cognitivas de hiperreacción ante situaciones estresantes, así como actitudes características acerca de uno, de los demás y de la vida en general.

El patrón conductual tipo A puede conceptualizarse como un complejo o síndrome activo-emotivo consistente en voz vigorosa y modalidades psicomotrices, agresividad, sensación de presión contra el tiempo en el trabajo, competitividad, impaciencia, enojo y hostilidad fácil, ambientalmente inducido. En este

sentido, es un constructo global y se aplica a los sujetos que posean muchas -aunque no necesariamente todas- las características definitorias.

Las autopsias y la investigación angiocardiográfica han demostrado la asociación entre el patrón conductual tipo A y la severidad de la aterosclerosis subyacente (Friedman, 1968; Zyzanski, 1976; Frank, 1978; Blumenthal, 1978; Williams et al, 1980) así como la progresión del proceso aterosclerótico (Krantz, 1981). Estos hallazgos han posibilitado el sostener el status de factor de riesgo para el patrón conductual tipo A (Cooper, 1981).

De esta forma se ha integrado un síndrome conocido como patrón conductual tipo A, que se define como un síndrome conductual caracterizado por excesiva competitividad, esfuerzos por ejecutar muchas tareas, agresividad, urgencia de tiempo, aceleración de las actividades comunes, que no buscan descansar, hostilidad, estado de hiperalerta, explosividad al hablar, tensión de los músculos faciales y sentimientos de lucha contra las limitaciones del tiempo y la insensibilidad del ambiente. Este torrente de vida es canalizado usualmente en una vocación o profesión con tal dedicación que los sujetos tipo A a veces niegan otros aspectos de su vida, tales como la familia o la recreación. No todos los aspectos de este patrón conductual se presentan simultáneamente. El patrón no es un rasgo de

personalidad ni una reaccion de estrés, sino la conducta observable que emerge cuando una persona predispuesta es confrontada con una situacion de disparo.

La conducta tipo A constituye una amplia gama de elementos cognitivos, emocionales y estilos personales de funcionamiento de un individuo. Algunos investigadores la conceptualizan como una variable continua (Sparacino, 1979), mientras que otros como Matthews (1982) argumentan que no debe ser tratada como tal, sino como una tipología ya que hay diferencias tanto cuantitativas como cualitativas entre la conducta tipo A y tipo B. En lo particular, estoy de acuerdo con lo expresado por Sparacino, con lo cual es posible incluso pensar que un sujeto presente mas o menos componentes del denominado patron conductual tipo A.

El ambiente occidental contemporaneo puede haber incrementado la prevalencia del patron conductual tipo A por recompensar a aquellos que se comunican y desempeñan mas rapida y agresivamente. El patron conductual tipo A está constituido por una serie de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales que incluyen componentes intrinsecos y ambientales.

Los sujetos tipo A responden frecuentemente a los diversos retos que perciben con incrementos de frecuencia cardiaca, de conductancia de la piel o de presión arterial mayores que los observados en sujetos no A. Diversos retos producen diferentes patrones fisiologicos de respuesta, debido a las características

de estos sujetos (competitividad, hostilidad, velocidad e impaciencia). Se ha mencionado que todo sujeto presenta patrones de respuesta conductual y fisiologica que no varian mucho en el tiempo. "Parece probable, dice Rosenman (1978), que el patrón conductual de la mayoría de los individuos es relativamente estable en el tiempo."

Es importante distinguir entre el denominado patrón conductual tipo A y el concepto de estres: este patron no es una situación estresante ni es una respuesta de distres, sino que es un estilo de conductas manifiestas utilizadas para afrontar situaciones de la vida. El patrón conductual tipo A puede ser elicitado ya sea por situaciones placenteras o problemáticas, pero es disparado particularmente por situaciones que se perciben como retos relevantes. El patron conductual tipo A se manifiesta por valores característicos, pensamientos, aproximaciones y relaciones interpersonales tanto como por gestos característicos, expresiones faciales, actividad motora, estilo de hablar, etc. Es prevalente en sociedades industrializadas y es relativamente facil su reconocimiento. Otros investigadores han confirmado estas observaciones respecto de las reacciones conductuales y emocionales de los individuos tipo A, encontrandolos además como sujetos ordenados, bien organizados, autocontrolados, autoconfidentes, que prefieren trabajar solos cuando se encuentran bajo presión, que no se distraen facilmente cuando desempeñan alguna tarea, hiperalertas, competitivos, tensos, impacientes, agresivos,

concientes del tiempo, profundamente involucrados en su vocacion e incapaces de relajarse, en un estado cronico de lucha para controlar el ambiente, hostiles. La hostilidad que es característica del sujeto con el patron conductual tipo A puede no ser observada o eludida por un observador no entrenado. Sin embargo, cuando el individuo tipo A se encuentra frustrado, la hostilidad puede emerger. El patron conductual tipo A es un constructo que presenta un interjuego de conductas especificas ante un ambiente que reta a un individuo susceptible.

El patron conductual tipo A se asocia con aumento en la secrecion de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) en respuesta a los retos de la vida diaria, como también frente a los retos psicologicos y fisicos. El enojo y la hostilidad, facetas del sujeto con este patron conductual, se asocian con aumento de la descarga de noradrenalina, incidencia elevada de enfermedad coronaria, así como incremento en la severidad de la aterosclerosis. Además, este patron conductual se asocia con aumento del tiempo de coagulacion y con incremento de la agregacion plaquetaria.

Los sujetos con el patron conductual tipo A muestran mayor reactividad autonómica simpática que los sujetos no A bajo circunstancias de frustracion o competitivas, que puede ser una explicacion para el riesgo incrementado de padecer enfermedad coronaria.

El patrón conductual tipo A parece prevalecer en las áreas urbanas industrializadas y densamente pobladas. Existe poca correlación entre este patrón conductual y la edad, excepto por su baja prevalencia en edades jóvenes. (Rosenman, 1978).

Una condición central al concepto de patrón conductual tipo A es el elemento de reto que ofrece el ambiente de trabajo. La investigación en conducta tipo A indica fuertemente que el ambiente actúa como catalizador para la presentación de esta conducta (Friedman y Rosenman, 1976). Y aunque los sujetos tipo A pueden escoger trabajos que tengan relación con su manejo agresivo, ciertos ambientes de trabajo elicitán y refuerzan el patrón conductual tipo A (Rosenman y Chesney, 1981; Chesney et al, 1981; Howard et al, 1986;). El patrón conductual tipo A parece estar asociado con ambigüedad de rol, conflicto de rol y falta de participación en la toma de decisiones.

Los hombres exhiben con mayor probabilidad el patrón conductual tipo A que las mujeres (Haynes et al, 1978;). Mientras que la prevalencia relativamente elevada del patrón conductual tipo A entre los hombres pudiera reflejar diferencias de sexo en agresión, algunos investigadores han sugerido que las variaciones sexuales en la prevalencia del patrón conductual tipo A son consecuencia de la socialización de los roles sexuales.

Friedman y Rosenman (1976) descubrieron que los sujetos con patrón conductual tipo A consumen mas alcohol que los sujetos tipo B. En un estudio realizado por Folsom et al (1985) se corroboraron los hallazgos anteriores y se señalo que el mayor consumo puede deberse a mayor frecuencia de ingestión de alcohol que a cantidad por dia. Se piensa en la probabilidad que el sujeto con patrón conductual tipo A use el alcohol como relajante (Frankenhauser, 1980) o que el bebedor fuerte incremente su conducta agresiva (Boyatis, 1975).

Las actitudes de los padres, sus conductas y los patrones de desempeño influncian y probablemente jueguen algún papel en el desarrollo de algunas facetas de este patrón conductual, incluyendo la competitividad y el alcanzar metas. Ya que el modelado y el condicionamiento afectan significativamente las conductas agresiva y competitiva, no es sorprendente que existan similitudes entre niños de la misma familia que presenten patrón conductual tipo A, o que este patrón se desarrolle con mayor facilidad en niños hijos de padres con elevados niveles educativos y estatus ocupacional alto, o en niños que viven en ciudades respecto de los provincianos y en hombres respecto de las mujeres. Bortner, Rosenman y Friedman (1970) encontraron que los padres que habian sido clasificados como tipo A en la entrevista estructurada tendian a tener hijos que eran clasificados como tipo A por el Bortner Performance Battery (Bortner, Rosenman y Friedman, 1970). Ambos instrumentos utilizan conducta abierta (directamente observable) para

determinar la clasificación de los individuos. En contraste con los resultados de Bortner, Mattews y Krantz (1976) no encontraron correlaciones padre-hijo, pero sí encontraron correlaciones significativas madre-hijo. Los diferentes patrones de correlación progenitores-hijos encontrados en estos dos estudios podrían deberse a las diferentes técnicas de evaluación utilizadas.

El patrón conductual tipo A ha sido identificado en niños de kindergarten y primaria (Mattews & Angulo, 1980). Mientras que se ha establecido correlación y validez predictiva entre el patrón conductual tipo A y la enfermedad coronaria en adultos, se sabe poco respecto de diferencias observables o reportables en la salud física de los sujetos tipo A o no A antes del inicio de la enfermedad coronaria. En el grupo de niños y adolescentes estas diferencias son menos claras debido en parte a la ausencia de evidencia fisiológica de enfermedad coronaria. Además, como en muchas enfermedades que empiezan en la infancia y adolescencia, debido a la ausencia de investigación longitudinal, se sabe poco acerca de la relación entre el patrón conductual tipo A en niños y cómo este patrón y el riesgo de enfermedad coronaria puede desarrollarse en la maduración de estos niños hasta llegar a la adultez.

El patrón conductual tipo A en los niños se parece al de los adultos, con exhibición de gran competitividad, agresividad, sin descanso, impacientes. Por estas razones es

válido pensar que el ambiente juega un papel de mayor importancia que el genético en el desarrollo del patrón conductual tipo A. que este se origina en la infancia y que los factores culturales juegan un papel importante como antecedentes para el desarrollo de este patrón conductual.

Se asume que los niños y adultos que juegan para ganar, más que para divertirse, son competitivos. pero no se cree que las cualidades tipo A sean de tendencia a la enfermedad coronaria en ambas edades. ni se sabe cuando o como las conductas tipo A empiezan a ejercer su influencia patológica aunque la patogénesis de la enfermedad coronaria aparentemente empieza en la primera o segunda década de la vida.

El patrón conductual tipo A es un estilo de respuesta que obliga a un sujeto a desempeñarse a su máxima capacidad crónicamente. con hiperreactividad a los retos o amenazas actuales. Los sujetos con este patrón conductual presentan excreción elevada de catecolaminas en ambientes de trabajo y en situaciones competitivas. El patrón conductual tipo A es un interjuego entre ciertas conductas y el ambiente y las manifestaciones de este patrón representan la respuesta del sujeto ante la percepción de un reto. La descarga de catecolaminas se presenta cuando existe un reto que requiere una respuesta rápida y competitiva.

Fontana (1986) supone que la excitación simpática excesiva es la vía fisiológica que une a la inseguridad social y la conducta tipo A con la arterioesclerosis coronaria. Lo atractivo de esta hipótesis deriva del hecho que la excesiva excitación simpática ha sido postulada como el principal mecanismo que contribuye al desarrollo de enfermedad coronaria (Friedman, 1969). La conexión entre el patrón conductual tipo A y excitación simpática se ha establecido en algunos estudios (Matthews, 1982; Houston, 1983).

Scherwitz (1987) encontró que aquellos sujetos tipo A que frecuentemente mencionaban "yo, mío, de mí, a mí", presentaban cifras de presión arterial sistólica mayores y tasa cardíaca más elevada que aquellos sujetos tipo A que se autorreferían con menor frecuencia y, por supuesto, que los sujetos no A. Lovallo y Pishkin en 1966 encontraron que los sujetos con patrón conductual tipo A que se autorreferían con mayor frecuencia presentan más elevada la presión sistólica y tienen mayor vasoconstricción cutánea, lo que sugiere altos niveles tónicos de actividad cardiovascular. El hecho de que el grupo de autorreferencia muestre elevada extraversion apunta indirectamente a una mayor excitabilidad del sistema nervioso que, cuando se asocia con patrón conductual tipo A puede crear una combinación especialmente predisponente de riesgo.

Lovallo et al (1986) señalan que los sujetos tipo A presentan un pico mas elevado de concentracion de la hormona hipofisiaria ACTH que los sujetos calificados como no A así como una mayor excreción de noradrenalina y de testosterona. Esto sugiere que los sujetos tipo A pueden mostrar más signos neuroendocrinos y hemodinamicos de estres que otros sujetos en el lugar de trabajo. Según la medición que realizan multiplicando la tasa cardiaca por la presión arterial, los sujetos tipo A presentan una gran elevacion en la demanda de oxigeno por el miocardio, condicion que permitiria justificar un mayor trabajo cardiaco, y esto elevar la probabilidad de aparicion de la enfermedad coronaria.

El sujeto tipo A comparado contra otros presenta tasa cardiaca mas elevada, mayor presión arterial sistólica y diastolica, mayor secrecion de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), ademas de presentar mayor vasoconstriccion periferica y cambios electrocardiograficos durante la entrevista clinica, o durante tareas de tiempo de reaccion, solución de problemas, exposicion a ruidos o a factores aversivos no controlados, en pruebas de desempeño psicomotor, en el test de agua fria. Ademas debe señalarse que, por lo general, las respuestas mas elevadas ocurren en hombres, más que en mujeres. Los resultados anteriores, señalados por Rosenman y Chesney (1981) sugieren que los sujetos tipo A no tienen una

hiperreactividad intrínseca sino que presentan hiperrespuesta que puede estar causada por una mayor percepción de los estresores como retos.

Se ha prestado poca atención al patrón conductual tipo A y el riesgo o la presencia de enfermedad no coronaria, pero puede pensarse en el patrón tipo A como un factor general de riesgo para la salud. Por una parte, el sujeto tipo A es descrito como ambicioso, de paso vigoroso, de arduo trabajo. ¿Podría alguien con una constitución física pobre y con enfermedades frecuentes mantener ese estilo de vida? Se requiere que el sujeto tipo A tenga una salud relativamente buena. Debe notarse además que existe evidencia en la literatura (ver antes) que reporta a los sujetos tipo A como hiperrespondientes a los estresores, dándose esta hiperrespuesta fundamentalmente en el sistema cardiovascular. Si estos sujetos experimentan elevados niveles de excitación del sistema nervioso autónomo y esta excitación autonómica produce inmunosupresión, esta puede incrementar la susceptibilidad a una variedad de patógenos, por lo que los sujetos tipo A están en mayor riesgo de padecer enfermedades infecciosas.

Existen otras razones para pensar que el sujeto con patrón conductual tipo A pueda presentar enfermedades no cardiovasculares, ya que han sido descritos como tratando de llenar el día con más tareas y retos de los humanamente posibles. ¿Tienen tiempo de comer, hacer ejercicio y dormir para mantener una buena salud? Finalmente, hay algunos aspectos del

patrón conductual tipo A que sugieren que estos sujetos tienen recursos sociales mas pobres que otros sujetos. La hostilidad, competitividad y urgencia de tiempo puede impedir en buena medida la formación o extension de redes de interacción y soporte social y estas pobres redes se asocian con salud fisica y psicologica pobre. En suma, la combinación de inmunosupresion, el estilo de vida apresurado y un soporte social deficiente puede contribuir a elevar el riesgo de padecer enfermedad fisica entre los sujetos con el patron conductual tipo A. Es posible pensar que el sujeto con patron conductual tipo A media los efectos del estres de la vida para la aparicion de la subsecuente enfermedad. Glass (1977) propuso que las condiciones ambientales de reto o incontrolables tienden a disparar la conducta tipo A en personas susceptibles, lo que intensifica sus reacciones psicofisiologicas ante estas condiciones. De acuerdo con este razonamiento, el patron conductual tipo A puede reforzar la patologia provocada por el estrés. Existen evidencias en la literatura que este patron conductual potencia los efectos del estres (Kobasa, 1979) mientras que por otra parte se señala que la presencia de este patrón funciona como amortiguador del estres (Schmied & Lawler, 1986). Pero debe señalarse que son muy pocos estudios y hay escasa consistencia entre variables para sacar conclusiones.

Existen reportes de que la aterosclerosis y el patrón conductual tipo A no se restringen a las coronarias. por lo que no es sorprendente que se reporte enfermedad cerebral o vascular periférica tanto como coronaria.

Otra condición importante consiste en que los sujetos tipo A tienen riesgo más elevado de tener accidentes o morir violentamente (por la impaciencia, hostilidad y agresividad).

Price (1983) sugiere que el patrón conductual tipo A se desarrolla para ayudar a los individuos a afrontar sus creencias y miedos asociados con valores socioculturales, alcanzar y orientar metas y valores materiales desde la niñez a través de la familia, la escuela y el medio. Estas creencias y miedos promueven y mantienen gradualmente el patrón conductual tipo A.

Para Glass (1977) la conducta tipo A es fundamentalmente una respuesta de afrontamiento que se utiliza para enfrentarse ante una amenaza de pérdida de control. Los individuos tipo A han interiorizado profundamente el énfasis que la sociedad occidental establece sobre el control del ambiente. El aspecto positivo de esta orientación es el ascenso de la autoestima y el aumento del reforzamiento social. El lado negativo es la amenaza que se percibe en toda situación que el individuo sienta como fuera de su control. Cuando se perciben datos de pérdida de control, la respuesta inicial es un aumento en el intento para recuperar el control que implica un esfuerzo físico

y mental para elevar la competitividad a pesar de todo. hasta que los datos de perdida de control sean claros para que el sujeto aparentemente se encuentre en una fase de desamparo aprendido. Por lo tanto, el estilo de afrontamiento habitual del sujeto con el patrón conductual tipo A es el de la hiperrespuesta fisiologica y psicologica. con episodios intermitentes de desamparo e hiporrespuesta.

Tras esta revisión, resulta facil comprender por qué los psicologos clinicos que trabajan en el nuevo campo de la medicina conductual han aceptado la intervencion sobre el tipo A con tal entusiasmo. Dado que existen deseos de demostrar empiricamente que la tecnologia conductual puede tener un valor practico en la prevención y tratamiento de enfermedades. se abordan problemas medicos que respondan a la influencia de la conducta. El tipo A no solo es una demostracion inusualmente clara de la importancia etiologica de la conducta con posibilidad de predecir independientemente la futura emergencia de una enfermedad somatica muy importante. sino que también es un magnifico ejemplo del tipo de problema medico para el que tienen poca relevancia los tradicionales remedios farmacológicos y/o quirurgicos. El principal problema conceptual que complica tanto a los teoricos como a los terapeutas en el caso de los sujetos con el patrón conductual tipo A es la confusion existente entre riesgo coronario y conducta tipo A. No todas las conductas que presenta un sujeto de tipo A son necesariamente conductas que favorecen el riesgo coronario. y no todas las

conductas que favorecen el riesgo coronario, incluso entre los sujetos tipo A se encuentran vinculadas al patrón conductual. Así pues, el patrón conductual tipo A en lo global contiene tanto componentes benignos como otros predisponentes a la enfermedad coronaria, que necesitarían ser diferenciados y evaluados separadamente. (Hecker et al. 1988).

2.2 Métodos de evaluación

La evaluación original del sujeto adulto con patron conductual tipo A se inicio a través del uso de entrevistas clinicas. Toda vez que los clinicos fueron analizando los datos vertidos por los sujetos entrevistados. se empezó a perfilar una entrevista semiestructurada. Las investigaciones sobre este tema desembocaron en la entrevista estructurada desarrollada por Friedman y Rosenman (ver mas adelante. en esta misma seccion). pero los estudios anatomopatologicos demostraron que la enfermedad de las arterias coronarias. entendida esta como aterosclerosis. empieza durante la infancia (Holman et al. 1958; Strong & Mc Gill. 1969) y las conductas tipo A pueden ser identificadas en la niñez. por lo que un grupo de investigadores derivo su atencion hacia la evaluacion del patron conductual en niños. Los primeros estudios sugirieron que las conductas abiertas que caracterizan al sujeto tipo A pueden ser medidas tanto en poblaciones pediátricas como de adolescentes y adultos mediante diversos instrumentos. Estas conductas se relacionan con ciertos valores de lípidos y niveles elevados de la presion arterial (Wolf et al. 1952). Las mediciones se han relacionado con la supresion de fatiga. esfuerzos por controlar una situación. variabilidad biologica expresada por cambios en la presion arterial y frecuencia cardiaca como respuesta a tareas de reto. entre otras. Dado que considero de gran importancia la evaluacion del patron conductual tipo A en niños

por permitir tanto estudios prospectivos como preventivos, se iniciara esta seccion con la revision de los métodos de evaluacion de este patron en niños.

La conducta tipo A en niños fue evaluada inicialmente por los maestros (Mattews & Angulo, 1960) y posteriormente por medio de un cuestionario (Wolf et al. 1982). Por lo tanto, se consideró sumamente importante evaluar el papel que tienen los factores psicosociales en la aparicion del patron conductual tipo A durante los primeros años de vida de un sujeto. Aunque existen varios estudios sobre la conducta tipo A en niños (Mattews, 1979; Mattews y Angulo, 1980; Mattews y Volkin, 1981; Lawler et al. 1981; Wolf et al. 1982; Mattews y Avis, 1983; Jennings y Mattews, 1984; Mattews y Jennings, 1984; Whalen y Henker, 1966; Sweda et al. 1986; Eagleston, 1986; Vega-Lahr y Field, 1986; Visintainer y Mattews, 1987; Amos et al. 1987; entre otros), se han desarrollado al menos tres instrumentos de medicion de este patron conductual en niños, que son los siguientes:

- 1) el Mattews Youth Test for Health (Mattews & Angulo, 1960), que denominaremos MYTH, que es un instrumento llenado por el maestro, basado en la observacion de las conductas de niños pequeños. Los autores partieron de la base que la observacion por un sujeto permite una medicion mas satisfactoria de las conductas tipificadas como A que el autorreporte. Los autores asumen que la medicion de los niños como tipo A debe basarse en

la observación: el MYTH es un instrumento de 17 ítems, cada uno con una escala del 1 (nada característico) al 5 (totalmente característico). Los puntajes (mínimo y máximo van de 17 (tipo B) a 85 (tipo A). Diversos estudios realizados (Mattews y Angulo, 1980; Lawler et al., 1981; Mattews y Volkin, 1981; Mattews, 1982; Mattews y Avis, 1983; Sweda et al., 1986; Mattews y Haynes, 1986; Vega-Lahr y Field, 1986) señalan la validez y confiabilidad de este instrumento, además de que su aplicación es sencilla. No obstante, existen evidencias (Murray & Bruhn, 1983; Hunter et al., 1985) que cuestionan la efectividad de los puntajes de los maestros para grupos étnicos o de sexo, tal vez debidos a estereotipo, efectos de halo, errores de atribución y susceptibilidad de los maestros a información previa (Dion, 1972; Nisbett & Wilson, 1977; Babbad et al., 1982;). El cuestionario se presenta a continuación:

- 1.- Cuando el niño juega, ¿es competitivo?
- 2.- ¿Cuando trabaja lo hace rápidamente?
- 3.- Cuando el niño espera a alguien, ¿se pone impaciente?
- 4.- ¿Hace las cosas apresuradamente?
- 5.- ¿Se enoja frecuentemente con sus compañeros?
- 6.- ¿Interrumpe a otros?
- 7.- ¿Es un líder en varias actividades?
- 8.- ¿Se irrita fácilmente?
- 9.- ¿Se desenvuelve mejor cuando compite contra otros?
- 10.- ¿Le gusta discutir?
- 11.- ¿El niño es paciente cuando trabaja con niños más lentos que él?

- 12.-Cuando trabaja o juega. ¿trata de hacer mejor las cosas que los otros niños?
- 13.-¿Puede estar quieto por un buen rato?
- 14.-¿Es mas importante para el niño ganar que divertirse en los juegos o en el trabajo escolar?
- 15.-Los otros niños lo ven como lider?
- 16.-¿Es competitivo?
- 17.-¿Le gusta pelearse?

Matthews et al han realizado el seguimiento de los casos inicialmente detectados en 1980 y que aun no existe evidencia que permita sacar conclusiones sobre el desarrollo de la enfermedad coronaria desde la infancia. Hasta el momento se acepta que un niño puede presentar el patron conductual tipo A, que este patron puede mantenerse en buena medida gracias a las multiples oportunidades que ofrece el ambiente occidental competitivo, de gran prisa y de agresividad. Por otra parte se sabe que la aterosclerosis inicia desde la infancia (antes de los 10 años). Quienes estudian la existencia de este patron longitudinalmente desde la infancia pretenden demostrar una mayor incidencia de enfermedad cardiovascular en niños detectados tempranamente. Aunque las conductas abiertas tipo A pueden ser medidas en poblaciones pediatrica y de adolescentes, la estabilidad de la conducta tipo A en niños ha sido reportada solamente en los estudios de Matthews (Matthews y Avis, 1983). El conocimiento de los origenes del patron conductual tipo A es importante para la prevencion y el tratamiento de

coronariopatias y para entender el patron conductual tipo A como un constructo psicologico. Los datos de estos estudios permiten hipotetizar que los adolescentes tipo A probablemente se vuelvan adultos tipo A. Lo que es desconocido es cuando y como los niños tipo A se vuelven sujetos de riesgo de enfermedad coronaria. Este tipo de estudios epidemiologicos prospectivos son de muy larga duracion.

2) El A-B Rating Scale (ABRS), desarrollado por Hunter y Wolf, (1980) bajo la misma concepcion del desarrollado por Bortner (ver más adelante) que es llenado por los niños. Los creadores del ABRS suponen que la conducta exhibida por los individuos es funcion de las características de la persona y las circunstancias ambientales. El ABRS es un instrumento de 24 items que fue desarrollado con una escala de 1 a 7, que es llenado por el niño y que fue validado con una muestra de niños y adolescentes de Bogalusa, Louisiana. Se aplico a 2128 niños. El estudio indico que el ABRS es un instrumento adecuado para evaluar el desarrollo del patron conductual tipo A en adolescentes. La baja magnitud de las medidas de confiabilidad en los niños menores de 13 años pudo deberse a que esta medicion no es una herramienta precisa para identificar el patron conductual tipo A en niños pequeños, o que los motivos, valores, sistemas de creencias y conocimientos necesarios para elicitar tales conductas no se desarrollan adecuadamente hasta la adolescencia. Los autores suponen además que el autorreporte de un niño permitiría describir adecuadamente las características

del mismo como tipo A o no A. Sin embargo y como se señalo anteriormente. este cuestionario tiene el problema de no poderse aplicar en niños menores. por lo que no puede existir comparacion entre el MYTH y el ABRS. Hasta donde se conoce en terminos de bibliografia. este cuestionario actualmente no se utiliza.

Los 24 items del ABRS son los siguientes:

- 1.- Yo soy tranquilo -----Yo soy agresivo
- 2.- Siento que el tiempo pasa rapidamente---siento que el tiempo pasa lentamente
- 3.- Camino rápido-----Camino lentamente
- 4.- Tomo las cosas con calma y pongo poco esfuerzo en las cosas que hago-----Yo "voy a todas" y pongo mucho esfuerzo en las cosas que hago
- 5.- Importa mucho si llego tarde-----No importa si llego tarde
- 6.- Siempre quiero ganar en todo-----No me importa si gano o no
- 7.- Frecuentemente interrumpo o termino la frase cuando alguien se encuentra hablando-----Me siento y escucho siempre cuando alguien esta hablando
- 8.- No tengo intereses-----Tengo muchos intereses
- 9.- Quiero hacer lo mejor en la escuela-----Estoy satisfecho por como me ha ido en la escuela
- 10.- Encuentro que es muy dificil esperar-----Me es facil esperar
- 11.- Hablo despacio-----hablo rapido

- 12.- Hablo fuerte-----hablo suavemente
- 13.- Siempre me siento carrereado-----nunca me siento carrereado
- 14.- Como despacio-----como rapido
- 15.- Tengo pensamientos de muchas cosas al mismo tiempo-----pienso respecto de una cosa a la vez
- 16.- Me gusta discutir y argumentar-----No me gusta discutir y argumentar
- 17.- Frecuentemente me meto en peleas-----Nunca me meto en peleas
- 18.- Me gusta decirles a otros que hacer-----No me gusta decirles a otros que hacer
- 19.- Es muy dificil que me enoje-----Es muy fácil que me enoje
- 20.- Siempre soy un lider en las actividades-----Nunca soy lider
- 21.- Mis amigos siempre me escogen como lider (o capitán) cuando jugamos-----Mis amigos nunca me escogen como capitán cuando jugamos
- 22.- Bebo rapidamente-----bebo lentamente
- 23.- Tengo muchos entretenimientos (hobbies)-----tengo pocos entretenimientos (hobbies)
- 24.- Pierdo la cabeza facilmente-----No pierdo la cabeza facilmente

La utilizacion de este cuestionario les permitio a los autores señalar lo siguiente:

a) los niños tipo A hablan mas fuerte que los B y que los niños hablan mas fuerte que las niñas.

b) los niños tipo A tienden a comer mas aprisa que los B y que los niños son mas rapidos que las niñas.

La dimension tipo A puede conceptualizarse en terminos de una interaccion entre predisposiciones (las características de la persona) y circunstancias ambientales o condiciones elicitanes (características de la situación). Hunter y Wolf señalan que es concebible que una combinacion de factores geneticos e influencias de aprendizaje y ambientales contribuyan al desarrollo temprano de la conducta tipo A. El condicionamiento y el aprendizaje observacional (modelado) son importantes en la adquisicion de conductas en la infancia tales como agresion y busqueda de metas. Los autores señalan (1980): "Este es el único estudio con niños en el cual la conducta tipo A se ha relacionado con los factores de riesgo cardiovascular tradicionales. Tambien ha permitido mostrar que los niños mayores tienen puntajes mas elevados de conducta tipo A que los niños menores, y se teoriza que en gran parte esta asociado con las prácticas de socializacion diferencial propias de la sociedad occidental".

3) En el Proyecto Educacion para la Salud de la ENEP Iztacala (De la Torre et al. 1990) se diseño un cuestionario con 20 items, que evaluan los componentes de impaciencia.

agresividad-hostilidad y competitividad. cada item contiene cuatro opciones de respuesta que son: no nunca, ocasionalmente, la mayoría de las veces, si siempre (siendo el puntaje asignado de 1 para la opción "no. nunca" y de 4 para la opción "si, siempre") con el proposito de evaluar a los niños que presenten el patron conductual tipo A. Este instrumento supone, al igual que el de Matthews y Angulo, que la conducta exhibida por los niños y observada por alguien a traves de una lista de cotejo con escala estimativa permite la clasificacion de los niños en sujetos tipo A, sujetos intermedios y sujetos no A. Los items del cuestionario son los siguientes:

- 1.- Cuando el niño juega ¿se muestra competitivo(a)?
- 2.- Cuando realiza sus trabajos ¿tiende a hacerlo con rapidez?
- 3.- Cuando tiene que esperar a que terminen sus compañeros de trabajar ¿se pone impaciente?
- 4.- Cuando hace su trabajo escolar ¿lo hace con mayor rapidez que otros?
- 5.- ¿Agrade a sus compañeros (física o verbalmente) cuando estos no hacen las cosas como el(ella) lo establece?
- 6.- Al tener que llevar o traer algunos materiales a sus compañeros ¿se muestra enojado con ellos?
- 7.- Interrumpe a los demas mientras trabajan?
- 8.- ¿Trata de mostrarse como lider en diversas actividades?
- 9.- ¿Se llega a irritar facilmente?
- 10.-Al realizar los trabajos escolares ¿se muestra mas perfeccionista de lo usual cuando compete con otros?

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

Cuando se aplico por primera vez. la educadora encargada del grupo de niños fue la responsable de responder el cuestionario. basandose en las observaciones diarias del desempeño de los niños en la escuela. Dicho cuestionario ofrece las ventajas de la observacion directa de las conductas exhibidas por los niños y su aplicacion es sencilla. ya que no tarda mas de diez minutos en ser aplicado y posibilita su computo. Hasta donde se tiene conocimiento. este es el primer estudio que se lleva a cabo con niños en Mexico. Los resultados del primer estudio. llevado a cabo en 1989. son los siguientes: fue aplicado a 315 niños que asistian al jardín de niños "Antonio Vanegas Arroyo" del

Distrito Federal y reaplicado a los dos meses a una población de 302 niños. es decir. con una muerte experimental de 13 sujetos. Se logró identificar a 24 niños con patrón conductual tipo A y los coeficientes de correlación entre aplicaciones fueron de 0.82 (r de Pearson) y 0.81 (Spearman). lo que implica una elevada confiabilidad del mismo. (De la Torre et al. 1990)

La evaluación del patrón conductual tipo A en adultos se ha realizado a partir de la Entrevista Estructurada (Friedman y Rosenman. 1976). que denominaremos SI. del cuestionario estructurado desarrollado por Jenkins et al (1967) al que denominaremos JAS y de una batería de desempeño (Bortner y Rosenman. 1967). además de otro estudio llevado a cabo en Norteamérica y que se denominó Estudio Framingham (Haynes et al. 1978). Estas cuatro mediciones no son apropiadas para usarse con niños ya que evalúan conductas de adulto tales como involucración en el trabajo.

La evaluación de los adultos a partir de la SI fue concebida y diseñada para elicitación de las características del síndrome tipo A: se usó inicialmente en 1960 con el propósito de evaluar sujetos que tuviesen este patrón conductual dentro del estudio Western Collaborative Group Study (WCGS). es relativamente breve y en la actualidad requiere de aproximadamente diez minutos para su aplicación (Rosenman. 1978). Particularmente yo no creo que una entrevista pueda durar tan poco tiempo.

La evaluación conductual del sujeto se basa más en el estilo y forma del sujeto que responde. La observación es más importante en la evaluación, que se basa además en la detección de un número de características conductuales no verbales manifiestas. Rosenman (1978) señala que el patrón conductual tipo A es un síndrome evidente y por lo tanto se evalúa mejor al observar la presencia o ausencia de tales características en un sujeto. Es decir, que la observación es muy importante en este tipo de evaluación. Conceptualmente, la definición operacional de patrón conductual tipo A no indica que haya un "tipo conductual" claramente definido con el que todos estén de acuerdo. Mas bien, el sujeto con características tipo A o no A se evalúa por combinar una serie de descripciones que están basadas en el marco conceptual entrevistador/auditor. Dentro de este marco, los entrevistadores probablemente consideren un amplio margen de sus propios sentimientos y conductas para hacer una decisión sobre el patrón conductual.

La forma de aplicación de esta entrevista es la siguiente: Un sujeto, previamente entrenado, realiza cada una de las preguntas contenidas en la entrevista, poniendo especial interés tanto al tono de voz como a la cantidad de palabras utilizadas, contracciones, cortar frases, lenguaje no verbal. Cuando este tipo de entrevista es utilizada como herramienta para investigación, aparte del entrevistador, existe un observador, grabaciones y en ocasiones, incluso, videograbaciones, las cuales permiten confiabilizar si el

sujeto entrevistado realmente posee las características del patron conductual tipo A. El puntaje de la entrevista toma en cuenta el estilo de habla (la forma en que el sujeto dice algo), el contenido de las respuestas (lo que se dice) y conductas manifiestas no verbales exhibidas durante la entrevista. Cuando todos estos factores son tomados en cuenta, el contenido de las respuestas y las conductas no verbales se soslayan, ya que el sujeto tipo A en ocasiones tiene una inadecuada percepción respecto de su propia conducta, por lo que el énfasis se otorga, como ya se dijo, al estilo de habla que se demuestra a lo largo de la entrevista (Rosenman y Chesney, 1982). Rosenman (1978) ofrece una serie de directrices a quienes utilicen la entrevista, que son las siguientes:

- a) grabe la entrevista
- b) note la postura del sujeto entrevistado (¿esta inquieto o mirando con gran expectacion? ¿esta leyendo mientras espera?
- c) mire al sujeto desde su escritorio. ¿se encuentra en la orilla de la silla?
- d) note si en el saludo de mano el sujeto lo mira a los ojos. ¿Las manos del sujeto se encuentran frias o calientes?
- e) hablele al sujeto por su nombre varias veces en el transcurso de la entrevista
- f) pregunte lo que debe preguntar; no complique la entrevista
- g) enfatice sobre palabras clave (se presentan más adelante, en negritas).
- h) fijese bien en las respuestas: note la velocidad de habla (explosividad, volumen). Cierre los ojos.

i) fijese en los gestos que hace al hablar (que tan enfático es).

j) fijese en la cara del sujeto (labios, ojos, mandíbulas, músculos faciales, estado de alerta, sonrisa lateral).

k) fijese si el sujeto lo apresura diciendo si, claro

l) dele una serie de preguntas rápidamente

m) interrumpa al sujeto cuando habla: en ocasiones, dígame cosas que no tengan sentido en ese momento y fijese si el sujeto regresa a donde estaban previamente en la entrevista. Interrumpa al sujeto particularmente cuando lo note excitado o en la mitad de las respuestas

n) no permita que el sujeto divague

o) escuche nuevamente la entrevista

A continuación se presentan algunas preguntas de la entrevista estructurada (SI) de Friedman y Rosenman:

¿Me puede decir su edad, por favor?

¿Cuál es su ocupación? ¿Desde hace cuanto tiempo?

¿Esta satisfecho con el nivel que tiene en su empleo? (¿por que no?)

¿Su trabajo implica gran responsabilidad?

¿Usted se describe como ambicioso, agresivo, que hace las cosas lo mas rápido posible o se considera como una persona relajada o tranquila? ¿está casado? ¿como lo describe su esposa?

¿Tiene hijos? si tiene hijos entre los 6 y 8 años: ¿siempre juega juegos competitivos con ellos? ¿Les permite ganar a proposito? ¿Por que?

Cuando juega con gente de su edad. ¿juega por gusto o para ganar?

Eeh...¿a que...hora.... en su caso...particular...se levanta por las mañanas?

Si usted hace una cita con alguien. ¿llega a tiempo? Si usted estuviese esperando. ¿estaria resentido si llegan tarde?

Debe señalarse que esta entrevista consta de 22 Areas, con varias preguntas dentro de estas y se aplica en un ambiente de reto para el sujeto, con el fin de elicitar la agresion y competitividad.

La SI no es ideal ya que es un instrumento empirico que no es verdaderamente objetivo y no permite cuantificacion. Ademas, requiere de un período de entrenamiento para su administracion efectiva y evaluacion tanto como un observador de inteligencia adecuada y con ciertas habilidades. Finalmente, requiere tiempo y dinero. Ademas, el estilo de habla del entrevistador puede influenciar significativamente las respuestas del sujeto. Así pues, la entrevista es un instrumento empirico que no es verdaderamente objetivo y que no permite cuantificacion; ademas de que se corre el riesgo de que el estilo de habla del entrevistador influencie significativamente las respuestas del sujeto (Mc Dougali et al. 1979)

Se ha intentado por muchos años desarrollar un cuestionario que sea el sustituto adecuado de la SI ya que permitiría ganar en objetividad así como en estratificación numérica. "Como resultado de nuestras fallas -dice Rosenman- dudamos que un cuestionario de papel y lápiz sea efectivo para este propósito". Llama la atención el comentario hecho por Rosenman ya que el desarrollo junto con Bortner en 1967 una batería de tests para detectar la presencia de patrón conductual tipo A. Incluso debe señalarse que el mismo Rosenman trabajó junto con Jenkins et al (1971; 1974) en la validación y confiabilización del JAS.

La segunda aproximación a la evaluación del patrón conductual tipo A. se basa en un autorreporte de conducta a través de cuestionarios de opción múltiple. que han sido diseñados para simplificar y cuantificar la identificación de dicho patrón y proveer de una alternativa que permitiría ganar en objetividad y estratificación numérica. en vez de la subjetividad que implica la entrevista. (Abbott et al. 1988; McGall et al. 1979).

El cuestionario más estudiado ha sido el JAS. Aunque muchas de las preguntas son similares a las de la SI y fueron diseñadas para examinar conductas, el JAS es un cuestionario que responden los sujetos con papel y lápiz. Su puntaje y cuantificación depende del contenido de las respuestas a una serie de preguntas y. en un sentido finalista, depende de una autoevaluación válida

por el sujeto que responde. La gran fuerza del JAS en contraste con la SI es que puede autoadministrarse, computarse y otorga un puntaje numérico, tanto en términos de puntaje global como de componentes particulares. El problema radica en saber qué tan adecuada es la autovaloración. Así pues es claro que el JAS no captura totalmente el estilo del sujeto y la información que proporciona la SI.

El JAS (1965) es un cuestionario de opción múltiple con 61 ítems cuyo puntaje se registra en cuatro escalas separadas:

- 1) la escala tipo A, que fue diseñada para permitir una visión general del sujeto que presenta el patrón conductual tipo A.
- 2) el componente de urgencia de tiempo y umbral de irritabilidad, denominado velocidad e impaciencia.
- 3) el componente denominado involucración en el trabajo que expresa el grado de demanda y dedicación al mismo.
- 4) el componente que involucra autopercepción del sujeto como agresivo y competitivo ("duro").

El JAS está basado en la formulación conceptual del patrón conductual tipo A tal como la desarrollaron Friedman y Rosenman desde 1959 y se utilizaron métodos psicológicos y epidemiológicos para diseñar y desarrollar el cuestionario y estudiar las propiedades del mismo en poblaciones (Jenkins et al. 1971). El sistema para otorgar puntajes en el JAS se derivó a priori sobre la base de la teoría del patrón conductual tipo A

asi como de juicios clinicos sobre la presencia o ausencia de este patron. El JAS permite evaluar tres dimensiones del patron conductual tipo A denominadas S, J y H.

S (velocidad e impaciencia): Este factor se describe en terminos de la urgencia de tiempo que se revela en el estilo de conducta del sujeto tipo A. Aquellos con puntaje alto en este factor comen muy rapido. se vuelven impacientes con la conversacion de otros. apresuran a la gente. etc.

J (involucracion en el trabajo): Este factor expresa el grado de dedicacion a la actividad ocupacional. Las personas que tienen alto puntaje en este factor reportan tener un trabajo de gran presion con retos para ellos. Trabajan mas tiempo y confrontan limites de tiempo para entrega de tareas. Prefieren una promocion de puesto a un aumento de sueldo, pero habitualmente han recibido ambas cosas en los ultimos años.

H (agresion y competitividad): Este factor involucra percepciones de agresividad, conciencia, competitividad y sentirse mas esforzado que otros. Esta serie sugiere un individuo altamente socializado.

A continuacion se presenta una parte del JAS como ejemplo:

Si Ud. le dice a su esposa o a un amigo que se reuniran en algun lugar a determinada hora.¿que tan frecuentemente llega tarde?

- 1 frecuentemente
- 3 de vez en cuando
- 5 nunca

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

- 9 definitivamente agresivo y competitivo
- 6 probablemente agresivo y competitivo
- 1 probablemente relajado y tranquilo
- 1 definitivamente relajado y tranquilo

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

- 1 si
- 2 no, quiero avanzar
- 4 definitivamente no. Debo avanzar y me sentiria insatisfecho si no me promovieran en este periodo

Los numeros que aparecen a la izquierda de cada posible respuesta corresponden al peso relativo que se le otorga a cada opcion, de acuerdo a la logica interna de construccion del cuestionario y la validacion estadistica del mismo, y el sujeto que responde no conoce tal numeracion.

Yarnold et al (1986) reportaron que la dimension de hostilidad y agresion solamente se evalua con dos items. Lo anterior pareciera ser una limitante para este cuestionario, ya que existen reportes de investigaciones psicologicas, fisiologicas

y medicas que sugieren que esta dimension es un componente importante para la clasificacion de los sujetos en tipo A o no A ademas de ser el componente cardiopatogeno mas validado (Blumenthal et al. 1984; Yarnold et al. 1986), ya que la hostilidad se relaciona con el grado de aterosclerosis y enfermedad coronaria (Williams et al. 1980; Kobasa et al. 1983; Kornfeld et al. 1985; Eagleston et al 1986; Lovaglio et al. 1986; Ward et al 1986; Fontana et al. 1986; Hecker et al 1988).

Lamentablemente los instrumentos como el JAS han sido transformados por otros investigadores. Asi, en 1986, Bergman y Magnusson midieron el patron conductual tipo A con un cuestionario de 14 items tomados de otro elaborado previamente por Lundberg (1980), el cual consta de 33 items elaborados con base en el Jenkins (JAS).

Bortner y Rosenman desarrollaron en 1967 el denominado Bortner Performance Battery (Bortner y Rosenman, 1967), el cual fue utilizado para efectuar algunos estudios entre padres e hijos y posteriormente esta bateria fue abandonada. Dos años despues, Bortner (1969) presento una escala de medicion objetiva de 14 elementos caracteristicos del patron conductual tipo A, cada uno compuesto por dos adjetivos o frases diametralmente opuestas y separadas entre si por una linea de 3.75 cm. A cada sujeto se le pide que marque en la linea hacia donde tiende en mayor o menor grado. Ya que esta escala es de

autodescripciones. no se pueden medir aspectos verbales del patron conductual tipo A. A continuacion. se presenta la escala de medicion objetiva de 14 elementos propuesta por Bortner (1969). cada una compuesta por dos adjetivos o frases separadas entre si por una linea de 3.75 cm con los siguientes items:

- 1.-Nunca llego tarde.....casual respecto a citas
- 2.-No competitivo.....muy competitivo
- 3.-Anticipa lo que otros van a decir.....buen escucha
- 4.-siempre a la carrera.....nunca. aun bajo presion
- 5.-puede esperar pacientemente....impaciente cuando espera
- 6.-va a todas.....casual
- 7.-toma una cosa a la vez.....trata de hacer muchas cosas a la vez. piensa cuál va a ser la proxima
- 8.-Enfático al hablar (puede golpear el escritorio)....habla despacio
- 9.-Quiere que su buen trabajo sea reconocido por otros.....solo se preocupa por estar el satisfecho sin importar lo que otros piensan
- 10.-Rápido (para correr. caminar, etc.)....lento haciendo cosas
- 11.-Tranquilo.....duro
- 12.-Se come los sentimientos....expresa los sentimientos
- 13.-Muchos intereses.....pocos intereses fuera del trabajo
- 14.-Satisfecho con el trabajo.....ambicioso

A cada sujeto se le pide que marque en la linea hacia donde tiende mas o menos.

Dentro de las investigaciones referentes a la evaluación del patron conductual tipo A. varias de ellas se han dedicado a comparar entre la efectividad de la entrevista respecto del JAS o viceversa. con resultados varios. pero lo mas relevante es el señalamiento que en 1981 el National Heart Lung and Blood Institute concluyó que el patron conductual tipo A. ya sea medido con el Jenkins Activity Survey (JAS) o con la entrevista estructurada (SI) es un factor de riesgo de enfermedad coronaria de la misma magnitud que los asociados con fumar. la hipercolesterolemia y la hipertension arterial (Cooper et al. 1981).

La escala Framingham. que consta de 10 items, fue utilizada hace mas de 10 años para detectar sujetos con patron conductual tipo A. Dicha escala fue comparada contra la SI y el JAS. y en la actualidad se encuentra en desuso.

En nuestro pais no existia un instrumento de evaluacion del patron conductual tipo A hasta el año de 1989 (Reynoso et al) en que se desarrollo un cuestionario que consta de 20 items. 19 de los cuales tienen cuatro opciones de respuesta y uno de ellos unicamente dos. Dicho cuestionario está basado en la formulacion conceptual de patron conductual tipo A tal y como fue ofrecida por Friedman y Rosenman y supone. al igual que el JAS. que el

sujeto que responde dicho cuestionario realiza una sincera y adecuada autoevaluación. A continuación se presenta el cuestionario:

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

- a) más de cinco años
- b) entre dos y cinco años
- c) entre uno y dos años
- d) menos de un año

2.- ¿Está usted satisfecho con el nivel de su trabajo?

- a) sí
- b) no

3.- ¿Su trabajo requiere de gran responsabilidad?

- a) no
- b) ocasionalmente
- c) las mas de las veces
- d) siempre

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

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

5.- ¿Se considera una persona ambiciosa, que siempre logra lo que se propone?

- a) no; soy tranquilo
- b) algunas veces tengo ambiciones
- c) generalmente deseo lograr lo que me propongo
- d) cada actividad es para mí un reto que debo superar

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

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

7.- ¿Se describe como una persona relajada?

- a) sí
- b) la mayoría de las veces
- c) solamente en ocasiones
- d) no

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

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

9.- ¿Se lleva trabajo a su casa?

- a) no; nunca
- b) sólo que tuviese una urgencia
- c) frecuentemente, porque tengo mucho trabajo
- d) diariamente, para poder avanzar mas

10.- ¿Existe competencia en su trabajo?

- a) no
- b) ocasionalmente
- c) frecuentemente
- d) siempre

11.- Si ve a alguien haciendo un trabajo muy despacio y usted sabe que lo puede hacer mejor y mas rapido, ¿que hace?

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

12.- ¿Realiza habitualmente dos cosas a la vez (por ejemplo, ver la television y leer; bañarse y rasurarse; desayunar y leer el diario, etc.)?

- a) nunca
- b) ocasionalmente
- c) frecuentemente
- d) siempre

9.- ¿Se lleva trabajo a su casa?

- a) no: nunca
- b) sólo que tuviese una urgencia
- c) frecuentemente, porque tengo mucho trabajo
- d) diariamente, para poder avanzar más

10.- ¿Existe competencia en su trabajo?

- a) no
- b) ocasionalmente
- c) frecuentemente
- d) siempre

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

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

12.- ¿Realiza habitualmente dos cosas a la vez (por ejemplo, ver la televisión y leer; bañarse y rasurarse; desayunar y leer el diario, etc.)?

- a) nunca
- b) ocasionalmente
- c) frecuentemente
- d) siempre

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

- a) nunca; siempre hay tiempo para todo
- b) solo en ocasiones
- c) cuando se me hace tarde
- d) siempre; no hay tiempo que perder

14.- Cuando va a algun restaurante y observa que hay personas esperando mesa. ¿qué hace?

- a) espero mesa
- b) solicito que me ayuden a conseguir una
- c) fumo o paseo mientras espero mesa
- d) me voy a otro restaurante

15.- Cuando va en su automovil y delante de usted va una persona mas lenta. ¿qué hace?

- a) conservo mi velocidad y carril
- b) procuro rebasarla con precaucion
- c) la rebaso inmediatamente. o toco el claxon
- d) toco el claxon. la maldigo y la rebaso

16.- Cuando va a un supermercado o a un banco y la cola es grande. ¿que hace?

- a) esperar
- b) busco alguna distracción para esperar tranquilamente
- c) busco una fila mas corta; me provoca ansiedad
- d) me salgo; otro dia comprare o hare trámites; no debo perder el tiempo

17.- ¿Trata siempre de apurarse para hacer muchas cosas?

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

19.- ¿Puede estar sentado escuchando musica por mas de una hora?

- a) si: puedo hacerlo diariamente
- b) la mayoría de las veces lo hago
- c) solamente cuando tengo tiempo
- d) no: hay cosas más importantes que perder el tiempo

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

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

2.3 Validez y confiabilidad

Probablemente los conceptos mas señalados en distintos textos sobre evaluacion se centran en la validez y confiabilidad. Aunque el problema de la definicion puede ser superado, se considera necesario mencionar conceptos tales como evaluacion, validez y confiabilidad, entre otros.

Respecto de la evaluacion, esta puede ser entendida simplemente como una medicion, es decir, a traves de la asignacion de un numero o una cantidad que implicara el atributo de una cosa. Pero esta concepcion puede ser rebasada al pensar simplemente en una comparacion, y si la comparacion implica un juicio de valor para la posterior toma de decisiones, entonces la evaluacion se encuentra plenamente justificada.

La evaluacion dentro de la terapia conductual ha tenido al menos tres enfoques diferentes: se ha centrado en los principios teoricos que fundamentan y justifican la(s) tecnica(s) empleada(s), busca realzar la efectividad de una determinada tecnica sobre otras, es decir, se determina la efectividad terapeutica, se usa para realizar criticas metodologicas. En la actualidad, a estos tres enfoques podriamos agregar el

surgimiento de una cuarta opcion, por demas interesante: el metaanálisis, que posibilita una evaluacion post-facto tanto de la efectividad como de la metodologia.

El problema no radica simplemente en la toma de decisiones sino en el tipo de decision que sera tomada, ante que circunstancias y con que elementos de juicio y teóricos se cuenta. Así, el problema de la evaluacion no implica unicamente la aplicacion de tal o cual prueba, sino la validez y confiabilidad de los instrumentos, es decir: ¿el instrumento propuesto mide realmente lo que se desea medir? ¿siempre mide lo mismo? ¿no tiene posibilidad de errores? Si el instrumento es aplicado en mas de una ocasion a los mismos sujetos, ¿ofrece los mismos resultados?

Fernandez Ballesteros y Carrobles (1981) señalan que en el momento de la construccion de un instrumento de evaluacion es necesario establecer las especificaciones de los objetivos del mismo, es decir, el dominio conductual al que han de referirse los elementos del instrumento de evaluacion. Lo que se hace realmente es una eleccion entre diferentes formas de operativizar el dominio de conductas en las que estamos interesados. Esta tarea la denomina Kerlinger (1973) definicion operativa del constructo y Kazdin (1981) la denomina definicion operacional, lo que implica entonces es que los indicadores con base en los cuales se infieren las propiedades o conductas en estudio se definen operacionalmente, es decir, especifican las operaciones necesarias para medir las variables.

La confiabilidad se puede definir como la carencia relativa de errores de medición del instrumento. La confiabilidad es la exactitud o precisión de un instrumento de medición, es decir, la consistencia con que mide un instrumento (Fernández Ballesteros y Carrobles, 1981; Kerlinger, 1975), de lo cual se deriva que el investigador tendrá una alta confianza en la utilización de dicho instrumento y en el reporte de los resultados medidos por este. Una característica importante de un instrumento de medición es su confiabilidad, esto es, la extensión temporal en la cual muestra puntajes consistentes, tanto internos como en el tiempo (Yarnold et al., 1986).

La validez de un instrumento indica el grado en que una herramienta de evaluación es una medida adecuada del constructo y en que medida las hipótesis emanadas del constructo pueden afirmarse mediante el uso del instrumento en cuestión. La validez implica entonces preguntarse: ¿medimos realmente lo que pretendemos medir?

Nava (1984: 1991) señala que por validez puede entenderse que realmente se está midiendo lo que se pretende medir. Y por confiabilidad se entiende la obtención de los mismos resultados en diferentes ocasiones y bajo circunstancias similares.

Así pues, la confiabilidad se refiere a la exactitud y estabilidad del instrumento en sí, mientras que la validez implica certeza de la información obtenida.

Las consideraciones anteriores permiten señalar que, en el presente estudio, se pretende demostrar que el instrumento propuesto es confiable y que la validez del mismo estará dada a futuro tanto por estudios de seguimiento como de contrastación contra elementos como la entrevista estructurada (Friedman y Rosenman, 1976). Los investigadores del patrón conductual tipo A asumen que un individuo de este tipo presenta respuestas que se mantienen constantes en períodos relativamente largos. Metodológicamente esto sugiere que la confiabilidad test-retest debe ser elevada (Yarnoid et al, 1986).

2.4 Tratamiento

Friedman et al (1982) hipotetizaron que el patron conductual tipo A solamente podria ser alterado en decremento cuando el individuo hubiese sufrido un infarto miocárdico: sin embargo, existen estudios que han demostrado reduccion del patron conductual tipo A en sujetos sanos. Si bien es cierto que en los sujetos infartados puede ser relativamente facil modificar el patrón conductual tipo A. realmente esta modificación seria tardia. Pero tambien es importante senalar que los estudios con sujetos aparentemente sanos tiene el problema que estos, al no sentirse enfermos de nada, probablemente no se encuentren motivados ni deseosos de cambiar un estilo de vida y un patrón conductual que muy probablemente no les desagrade.

A pesar de la presencia del patron conductual tipo A como factor de riesgo para la aparicion de enfermedad coronaria y de la existencia de multiples estudios encaminados a caracterizar a los sujetos tipo A realmente se han realizado pocos estudios para cambiar el patron conductual tipo A (Suinn, 1978, 1982; Roskies, 1978, 1979, 1983, 1987; Levenkron, 1983). Siguiendo la hipotesis de que la via derivativa de la conducta a la enfermedad coronaria esta constituida por la excitacion simpática que acompaña a la hiperactividad autonómica del sujeto con conducta tipo A. los objetivos de los estudios han sido la

reduccion de frecuencia, intensidad o duracion de la hiperreactividad en las esferas fisiologica, cognitiva o conductual.

Muchos especialistas creen que los esfuerzos para promover estilos de vida saludables y prevenir o reducir la incidencia de enfermedad coronaria puede ser mas efectiva con los jovenes, no solo porque sea mas facil alterar o revertir la enfermedad en estadios tempranos sino porque las conductas pueden ser mas maleables durante la infancia, antes de que los patrones habituales se reafirmen.

Existen reportes previos que han documentado la utilidad del ejercicio para reducir la presion arterial, lipidos sericos y tasa cardiaca en reposo. En 1980, Blumenthal et al proporcionaron evidencia de que la conducta tipo A puede modificarse por participacion en un programa de ejercicio y midieron el patron conductual tipo A con el JAS. La reduccion de los puntajes tipo A no representan un cambio de personalidad o un desvio de tipo A a otro. Mas bien representan una reduccion en la magnitud del patron conductual tipo A. Este hallazgo es especialmente significativo ya que entonces el concepto de sindrome o conjunto de conductas, cogniciones y respuestas fisiologicas se reafirma. Este estudio representa la primera demostracion de reduccion del riesgo de enfermedad coronaria por reduccion simultanea de factores de riesgo fisico y una medicion del patron conductual tipo A. Blumenthal et al sealan que es

imposible especificar el mecanismo por el cual los puntajes de tipo A se modifican. ya que es posible que el programa de ejercicio llevara a los sujetos a reordenar sus prioridades y hacer alteraciones significativas en su estilo de vida. La interaccion social puede haber tenido tambien un efecto terapeutico.

La intervencion con sujetos tipo A ha adoptado un enfoque cognitivo-conductual, buscando expandir las opciones de afrontamiento del sujeto tipo A asi como el cambiar las creencias que pueden ser el sustrato de algunas conductas abiertas.

Quienes se dedican al quehacer clinico han tratado a sujetos aparentemente sanos que presentan el patrón conductual tipo A con terapia racional emotiva (Jenni y Wollersheim, 1979). Es posible utilizar metodos de afrontamiento para el estres y reducir la hiperrespuesta autonómica por medio de tecnicas como relajacion muscular, meditaci6n, biofeedback, entrenamiento autogénico, entrenamiento en manejo de ansiedad, entrenamiento en manejo de estres e instrucciones para alterar la percepci6n de los estresores. Suinn (1979) desarrollo una aproximaci6n para la modificacion del patron conductual tipo A que enseña al sujeto la relajaci6n como estrategia de afrontamiento para el estres. Los sujetos son relajados inicialmente y entrenados para visualizar una interacci6n que permite la emergencia de reacciones de tipo A. Una vez que el sujeto empieza a

experimentar excitación asociada con conducta tipo A, es instruido a pasar del estado de excitación al de relajación. Esta secuencia de excitación-relajación se practica repetidamente hasta que el sujeto pueda responder adecuadamente ante los retos.

3 EXPERIMENTO

3.1 Objetivo

Los objetivos que pretende el presente estudio son los siguientes:

Como objetivo general se pretende efectuar la evaluación del instrumento de detección de sujetos con patrón conductual tipo A, propuesto como alternativa a los ya conocidos. Por lo tanto, y de manera específica, se pretende:

- 1.- Ofrecer un instrumento de evaluación que permita detectar y diferenciar en forma confiable a sujetos con patrón conductual tipo A.
- 2.- Realizar los estudios necesarios que permitan confiabilizar al instrumento propuesto.

La meta a largo plazo sería la realización de estudios de seguimiento y el diseño y puesta en marcha de programas preventivos, tanto para evitar la aparición de la enfermedad coronaria como para atenuar o eliminar conductas indeseables en el sujeto, que formen parte del repertorio de las denominadas tipo A.

3.2 Método

-Sujetos: Se utilizó una muestra de 28 profesores universitarios con las siguientes características: profesores preferentemente de nivel licenciatura, mayores de treinta años y con una antigüedad mayor de dos años en la ENEPI. Además, se utilizó un grupo de 134 sujetos cuya única característica fue el contar con un hijo en el jardín de niños "Antonio Vanegas".

-Aparatos: Se utilizó el cuestionario que sobre Conducta tipo A fue diseñado (ver capítulo 2: Métodos de evaluación).

-Procedimiento: Cada sujeto fue entrevistado, ya bien en su cubículo o en uno utilizado para tal fin. Cada sujeto se encontraba a solas con el entrevistador y dispuso del tiempo necesario para la resolución del cuestionario, la resolución de dudas y el plantear comentarios. Además, se planteó un retest a cuatro años de distancia, en cual se aplicaron 20 cuestionarios.

-Diseño experimental: El diseño fue de test-retest para un solo grupo con aplicaciones de cuatro años (1987-1991). La justificación del uso de un diseño de este tipo está dada por el hecho de poder evaluar la confiabilidad del instrumento en cuestión en periodos muy largos, así como evitar los efectos de acarreo.

-Manejo estadístico de los datos, que incluye: medidas descriptivas, comparaciones estadísticas entre muestras y análisis estadístico de los distintos ítems.

-Se parte del supuesto que para evaluar las aplicaciones test-retest el coeficiente mas apropiado lo constituye la r de Pearson (Brown, 1980; Fisher, 1968; Cerdá, 1978). Los supuestos subyacentes a esta tecnica son los siguientes: utilizar una escala de intervalo; muestreo aleatorio; linealidad de las variables; normalidad; independencia en las observaciones. Por otra parte, el coeficiente rho de Spearman es menos estricto en sus requerimientos, los cuales son: linealidad de las variables, escala ordinal, muestreo aleatorio e independencia en las observaciones. Además, se utilizarán pruebas t para determinar las posibles diferencias entre cada una de las aplicaciones. La prueba t permite comparar entre dos aplicaciones bajo los siguientes supuestos: muestreo aleatorio; existencia de dos grupos; normalidad; escala ordinal o de intervalo.

4 RESULTADOS

4.1 Descripción de resultados

El instrumento de evaluación del patrón conductual tipo A fue aplicado a la población establecida (162 sujetos). Cada cuestionario fue revisado visualmente con el objeto de verificar que todos los sujetos respondiesen todas las preguntas. Se obtuvo entonces información que permitió el conteo de respuestas por ítem. Los datos fueron procesados en computadora tanto en el programa SPSS(+) como en el programa STATS(+). A continuación se presenta la descripción de los resultados.

La edad promedio de los sujetos estudiados fue de 33.12 años, con una desviación estándar de 7.14, teniendo el sujeto más joven 20 años de edad y el más viejo 61. Los datos referentes a edad y puntaje del cuestionario se muestran en la tabla 1.

TABLA 1

CATEGORIA	N	MINIMO	MAXIMO	MEDIA	DESVIACION ESTANDARD
edad	162	20	61	33.22	7.07
puntaje	162	23	64	46.42	7.02

Con respecto a los puntajes alcanzados en el cuestionario, el sujeto que menos puntaje obtuvo alcanzó 25 y el mayor ascendió a 64, con una media de 46.9 y una desviación estándar de 7.02. Como se recordara (ver antes), el cuestionario otorga un puntaje mínimo de 20 puntos y un máximo de 78. Como se muestra en la figura 1, 104 del total de los casos obtuvieron menos de 50 puntos, es decir, un 64.2% de los casos. Entre 50 y 55 puntos se encontraron a 41 sujetos, que representaron el 25.31% del total. Finalmente, 17 sujetos se encontraron entre 56 y 64 puntos, que representan el 10.49%. Posteriormente se discutirá sobre los puntajes obtenidos por los sujetos.

Se utilizó el estudio de los coeficientes de correlación r de Pearson con el propósito de evaluar la existencia de una relación entre la edad y el puntaje obtenido. Se suponía previamente que no debería existir correlación entre dichas variables y se encontraron valores de $r=0.161$ a un nivel de significancia $p=0.039$, por lo que se concluye que no existe relación entre la edad y el puntaje obtenido.

Posteriormente, se decidió contabilizar el número de respuestas por cada ítem del cuestionario. De esta forma se obtuvo lo siguiente:

Respecto de la pregunta 1, tiempo que ha estado laborando, 11 personas han estado en su empleo actual menos de un año, 14 entre uno y dos años, 19 menos de cinco años y 98 más de cinco años.

En lo referente a la pregunta 2. satisfacción con su empleo. 113 se mostraron satisfechos y 13 insatisfechos.

La pregunta 3 inquiriere si su trabajo requiere de gran responsabilidad a lo que tres sujetos respondieron negativamente. 19 señalaron que la responsabilidad era eventual. 22 que era necesario ser responsable la mayoría de las veces y 104 sujetos contestaron que la responsabilidad era permanente.

La pregunta 4 indaga si es molesto encontrarse bajo presión. a lo que 28 sujetos contestaron negativamente. 95 señalaron que algunas veces era molesto. 18 dijeron que la mayoría de las veces era molesto y 12 señalaron que siempre era molesto.

La pregunta 5 evalúa ambición relativa. a lo que ocho sujetos contestaron negativamente. 39 señalaron que algunas veces tienen ambiciones. 55 dijeron que generalmente logran lo que se proponen y 55 señalaron que cada actividad es un reto que deben superar.

La pregunta 6 evalúa velocidad. preguntando a los sujetos si les gusta hacer las cosas en el trabajo o en el hogar lo mas rápido posible. a lo que nueve sujetos respondieron negativamente. 31 que solamente en ocasiones. 57 que la mayoría de las veces y 62 que siempre tratan de apurarse.

La pregunta 7 indaga si el sujeto se describe como una persona relajada, a lo que 47 sujetos contestaron afirmativamente. 47 que la mayoría de las veces, 43 que algunas veces y 21 respondieron negativamente.

La pregunta 8 evalúa enojo, y si esta característica se nota, a lo que 25 sujetos respondieron negativamente. 87 que ocasionalmente, 21 que frecuentemente y 28 que diariamente y además es notorio.

La pregunta 9 indaga si el sujeto se lleva trabajo a su casa, a lo que 85 respondieron negativamente, 37 que solo por urgencia, 14 que frecuentemente y 10 que diariamente.

La pregunta 10 evalúa si existe competencia en el trabajo, a lo que 65 sujetos contestaron negativamente, 26 que ocasionalmente, 19 que frecuentemente y 40 que siempre.

La pregunta 11 evalúa prisa y enojo al cuestionario que haría el sujeto si viera a una persona más lenta desarrollar alguna tarea; al respecto, 10 señalaron que no harían caso, 21 observarían al sujeto lento, 101 estarían tentados a ofrecerle ayuda y 24 harían el trabajo.

La pregunta 12 indaga si el sujeto realiza habitualmente dos cosas a la vez, a lo que se respondió negativamente por 43 personas, 77 señalaron que ocasionalmente lo hacían, 22 que frecuentemente y 17 que siempre.

La pregunta 13 evalúa urgencia de tiempo en términos de prisa, y al sujeto se le pregunta si camina o come rápidamente, a lo que 18 sujetos contestaron negativamente, 68 que solo en ocasiones, 54 que cuando se les hace tarde y 20 que siempre.

La pregunta 14 evalúa urgencia de tiempo; se indaga que al llegar a un restaurante y encontrarlo lleno, 83 sujetos esperarían mesa, 19 solicitarían una mesa, 13 esperarían realizando otra labor (como fumar o pasear) y 44 se irían a otro sitio.

La pregunta 15 evalúa prisa y hostilidad, ya que se le pregunta al sujeto su respuesta ante un automovilista más lento, a lo que 37 respondieron que conservan su velocidad y carril, 73 que procurarían rebasarlo con precaución, 10 que lo rebasarían inmediatamente y/o tocarían el claxon y uno además lo insultaría.

La pregunta 16 inquiriere sobre prisa, al cuestionar al sujeto si va a un supermercado y encuentra gran cola a la salida, a lo que 77 sujetos respondieron que esperarían, 31 buscarían alguna distracción, 47 buscarían una fila más corta y uno se saldría sin comprar.

La pregunta 17 inquiriere sobre ansiedad, a lo que 28 sujetos respondieron negativamente. 61 que ocasionalmente. 30 que frecuentemente y 41 que siempre.

La pregunta 18 evalúa prisa, a lo que 21 sujetos respondieron negativamente. 80 que a veces. 34 la mayoría de las veces y 26 siempre.

La pregunta 19 inquiriere si el sujeto puede estar sentado una hora escuchando música, a lo que 21 sujetos contestaron afirmativamente y diariamente. 16 que la mayoría de las veces, 116 que solamente cuando tienen tiempo y 7 que no.

La pregunta 20 cuestiona sobre el agrado de tomar vacaciones o salir de fin de semana, a lo que 28 sujetos contestaron afirmativamente. 17 que la mayoría de las veces, 105 que solo en ocasiones y 8 que nunca.

Posteriormente se efectuaron correlaciones entre cada pregunta y el puntaje global, con el propósito de estudiar la consistencia interna del instrumento. De esta forma se encontró que las preguntas 1 a la 18 inclusive correlacionaron positivamente, es decir, fueron significativas a un nivel de $p=0.001$, mientras que la pregunta 19 correlacionó positivamente a un nivel de significancia de $p=0.01$. La única pregunta que no correlacionó significativamente fue la número 20.

El siguiente paso consistió en efectuar una correlación entre los ítems que evalúan la misma área; así, se trabajó con las siguientes, haciendo mención que se eliminaron las preguntas 19 y 20 en tanto que no presentaban una correlación elevada (ver antes):

- a) velocidad, en términos de prisa, impaciencia y urgencia de tiempo.
- b) enojo e irritabilidad
- c) área laboral

a) en lo referente al área de velocidad e impaciencia, las preguntas a correlacionar fueron las siguientes: 6, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18. Las correlaciones más elevadas se dieron entre las preguntas 6 y 17, 6 y 18, 13 y 17, 13 y 18, 14 y 16, 15 y 16 a un nivel de significancia de 0.001, mientras que las preguntas 12 y 13, 12 y 18, 13 y 15, 14 y 15, 13 y 16 lo hicieron en un nivel de significancia de 0.01

b) en el área de enojo e irritabilidad las preguntas a correlacionar fueron las siguientes: 7, 8. Se encontró correlación entre dichos ítems a un nivel de significancia de 0.001

c) en lo que se refiere al área laboral, las preguntas a correlacionar fueron las siguientes: 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10. Las preguntas 1 y 3 correlacionaron en un nivel de significancia de

0.001, mientras que la pregunta 3 con la 4 y 5 correlacionaron en un nivel de 0.01. La pregunta 1 y la 9 correlacionaron en un nivel de 0.01, al igual que las preguntas 5 y 10.

Posteriormente, cuatro años después, se reaplicó el cuestionario a la población de la ENEP Iztacala; en esta ocasión, únicamente se aplicó el cuestionario a 20 sujetos, dadas las dificultades que representó el localizar a los sujetos. Cabe señalar la muerte experimental de ocho personas, condición que no impidió la realización del estudio.

Con el propósito de homogeneizar la muestra estudiada, se localizaron los cuestionarios de los sujetos que pudieron responder tanto antes (1987) como después (1991). Los puntajes obtenidos por los sujetos se presentan en la tabla 2:

TABLA 2

SUJETO (número)	PUNTAJE 1987	PUNTAJE 1991
1	46	46
2	39	40
3	45	45
4	55	56
5	62	58
6	60	63
7	46	52
8	40	40
11	46	46
12	52	48
14	49	49
16	43	40
19	61	61
21	54	53
22	56	57
23	58	58
24	59	53
26	46	47
27	51	42
28	47	56

Tales puntajes fueron procesados estadísticamente y los resultados se presentan tanto en la figura 2 como en la tabla 3:

TABLA 3

CONDICION	N	PUNTAJE	PUNTAJE	MEDIA	DESVIACION ESTANDARD
		MINIMO	MAXIMO		
antes	20	39	62	50.75	6.89
después	20	40	63	50.50	7.04

Los resultados anteriores aparentemente muestran igualdad tanto en puntajes como en medias y desviaciones; la gráfica 2 muestra en las barras izquierdas los puntajes obtenidos en la primera aplicación, mientras que las de la derecha muestran la segunda aplicación, pudiendose observar que no existe una diferencia importante entre ambas y para cada sujeto.

El siguiente paso consistió en aplicar el coeficiente de correlación r de Pearson, obteniéndose un valor de $r=0.8519$ a un nivel de significancia $p=0.0001$. De igual forma, se aplicó el coeficiente de correlación ρ de Spearman, obteniéndose una $r=0.88796$ a un nivel de significancia $p=0.0003$.

Analogamente se aplicó la prueba t para determinar si existía alguna diferencia entre la primera y segunda aplicaciones. El valor para t fué de 0.287 con una $p=0.768$.

5 DISCUSION Y CONCLUSIONES

La discusión debe contener elementos que permitan valorar lo importante del patrón conductual; además, se debe abordar necesariamente lo referente a métodos de evaluación.

El patrón conductual tipo A constituye una amplia gama de elementos cognitivos, emocionales y estilos personales de funcionamiento de un individuo y es la conducta observable que emerge cuando una persona predispuesta es confrontada con una situación de disparo. Este patrón no es una situación estresante ni es una respuesta de distrés, sino que es un estilo de conductas manifiestas utilizadas para afrontar situaciones de la vida. El patrón conductual tipo A puede ser elicitado ya sea por situaciones placenteras o problemáticas, pero es disparado particularmente por situaciones que se perciben como retos relevantes. El patrón conductual tipo A se manifiesta por valores característicos, pensamientos y relaciones interpersonales tanto como por gestos característicos, expresiones faciales, actividad motora y estilo de hablar. Parece que el ambiente juega un papel de mayor importancia que el genético en el desarrollo del patrón conductual tipo A, que éste se origina en la infancia y que los factores culturales juegan un papel importante como antecedentes para el desarrollo de este patrón conductual.

Los sujetos tipo A parecen no manifestar déficits en términos de sus habilidades de afrontamiento: no obstante, esta competencia es adquirida a un costo elevadísimo ya que al utilizar su energía en forma abundante e ineficiente no solo incrementan su vulnerabilidad hacia las enfermedades cardiovasculares sino que además experimentan mayor estrés fisiológico y psicológico que otros sujetos.

La importancia de este tipo de estudios radica, utilizando las palabras de Jenkins (1978), en que "por primera vez en la historia de la medicina, un patrón conductual que no se encuentra directamente asociado con conductas consumatorias o síntomas clínicos ha sido el predictor de una enfermedad física grave."

Los resultados encontrados al calificar los cuestionarios respondidos por la mayoría de los sujetos (104 casos, que representaron el 64.2% de la población estudiada) presentaron puntajes bajos, lo que representarían sujetos no A, opinión distinta a la señalada por Roskies, quien menciona (1987) que es difícil encontrar sujetos no A para fines experimentales (!). Se encontraron 41 sujetos entre 50 y 55 puntos, lo que representa el 25.31% de sujetos aparentemente intermedios, de hecho considerados como de riesgo. Finalmente, se encontraron 17 sujetos entre 56 y 64 puntos, lo que representó el 10.49% del total, que son sujetos típicamente con un patrón conductual tipo A. El que estos sujetos se encuentran aparentemente sanos es un

hecho. El que desarrollen o no enfermedad cardiovascular en un período no mayor de 10 años, abre una nueva hipótesis de investigación a largo plazo, si es que su comportamiento y estilo de vida no varía sustancialmente. Pero además debe recordarse que existen sujetos con patrón conductual tipo A que viven sin enfermedad cardiovascular y mueren de otras causas muy diferentes. Debe tenerse presente que no todas las conductas que presenta un sujeto de tipo A son necesariamente conductas que favorecen el riesgo coronario, y no todas las conductas que favorecen el riesgo coronario, incluso entre los sujetos tipo A se encuentran vinculadas al patrón conductual. Así pues, el patrón conductual tipo A contiene tanto componentes benignos como otros predisponentes a la enfermedad coronaria, que necesitan ser diferenciados y evaluados separadamente. (Hecker et al, 1988).

Con respecto a la evaluación del patrón conductual tipo A y de sus componentes, se ha mencionado que todo sujeto presenta patrones de respuesta conductual y fisiológica que no varían mucho en el tiempo. "Parece probable, dice Rosenman (1978), que el patrón conductual de la mayoría de los individuos es relativamente estable en el tiempo." Las aplicaciones test-retest realizadas en 1987 y 1991 así lo demuestran, lo mismo que el análisis de la figura 2, donde se puede observar que los puntajes de los sujetos no varían significativamente a cuatro años de distancia.

Para probar que no existen diferencias entre una y otra aplicación, se utilizó la prueba t. El valor obtenido en la prueba t implica que no existe una diferencia significativa entre la primera y la segunda aplicación, es decir, que la población es la misma o se comporta igual a pesar de la distancia entre aplicaciones. Quienes presentaron reducciones amplias de puntaje las tuvieron debido a cambios en el tipo de trabajo o estabilidad en el mismo (los sujetos números 24 y 27). El primero de ellos inclusive se mudó a la provincia y refirió en una entrevista informal un cambio tanto en sus patrones de conducta como en su estilo de vida. Aparentemente este sujeto pasó de ser típicamente A a colocarse como sujeto intermedio, lo que podría implicar un descenso en su riesgo coronario. El segundo, también en entrevista informal, refirió sentirse seguro después de haber obtenido su plaza de carrera, grado académico y estabilidad laboral. Según los puntajes obtenidos, este sujeto varió de ser de riesgo a presentar características tendientes a sujeto no A. Por el contrario, los sujetos 7 y 28 elevaron sus puntajes en seis y nueve puntos respectivamente. Valga solamente el comentario del sujeto 28, quien dijo, ante el resultado elevado: "Antes solamente subí nueve puntos..."

El hecho de que algunos sujetos hayan variado su puntaje en uno o dos puntos más o menos implica probablemente una de las desventajas del cuestionario, en términos de la autovaloración.

que un sujeto realiza en dos ocasiones distintas, a un lapso que impide el efecto de acarreo. Sin embargo, el error de medición se encuentra presente hasta en los mejores instrumentos.

Probablemente alguien pudiera argumentar que la muestra utilizada para el test-retest fué de pocos sujetos; sin embargo, en la literatura difícilmente se encuentra un estudio test-retest a cuatro años de distancia, que evite los efectos de acarreo y que no tenga muertes experimentales. Además, dado que la correlación test-retest resultó elevada considerando a los 20 sujetos como grupo, vale la pena volver la vista hacia la tabla 2 y a la figura 2 para verificar que los puntajes de los sujetos no se distanciaron significativamente entre ambas aplicaciones, y que cuando se encontraron diferencias marcadas en los puntajes antes-después, la entrevista informal demostró cambios en las condiciones de vida del sujeto en cuestión.

Que el cuestionario es sensible lo demuestran los coeficientes de correlación encontrados en términos tanto de su consistencia interna como de su confiabilidad. Pero es necesario señalar un problema con este tipo de cuestionarios, tal y como lo cita atinadamente Roskies (1987): que este tipo de autorreportes no es adecuado para estudios clínicos en donde se evalúen efectos de tratamiento. Se ha demostrado que ni el Bortner, ni el JAS ni la escala Framingham han podido ser utilizadas para valorar pretest versus tratamiento, ya que no hay una interpretación posible de los cambios que se observan.

Es posible pues que un sujeto con puntaje alto en la primera aplicacion y más alto en la segunda lo sea, ya bien porque no ha cambiado (a pesar de algun tratamiento) o porque en el post test reconozca mucho mejor los elementos componentes de su repertorio conductual. Por otra parte, un sujeto con puntaje alto en la primera aplicacion y puntaje bajo en la segunda puede deberse ya bien a un cambio o a un mejor conocimiento de su repertorio y una valoración maliciosamente menor. Lo valioso del instrumento radica en poder detectar con anticipacion posibles casos de sujetos en riesgo de padecer enfermedad coronaria. Es objetivo a corto plazo probar este instrumento en poblaciones clinicas, bajo diferentes condiciones (con y sin tratamiento).

Que en este tipo de autorreportes existe el problema de la inadecuada autopercepcion por parte de quien contesta, pues es cierto. No obstante, ¿existe alguna prueba que sea ciento por ciento objetiva, valida y confiable para desechar este cuestionario como una propuesta de valoración clinica para los sujetos tipo A? Además, este es un intento por proporcionar un instrumento que sea util en la detección de conductas que sean peligrosas para la salud de los sujetos que las presenten.

No se efectuaron estudios correlacionales entre puntaje elevado en el cuestionario y excreción de catabolitos de la noradrenalina o niveles sericos de colesterol por no contar con

los recursos materiales ni economicos suficientes. Sin embargo, en el futuro seria oportuno realizar estos estudios correlacionales.

6 BIBLIOGRAFIA

- Abbott, A.V., Peters, R.K., & Vogel, M.E.(1988): Temporal stability and overlap of behavioral and questionnaire assessments of type A behavior in coronary patients. *Psychosomatic Medicine* 50-2:123-138.
- Amos, C.I., Hunter, S.M., Zinkgraf, S.A., Miner, M.H., & Berenson, G.S.(1987): Characterization of a comprehensive type A measure for children in a biracial community: the Bogalusa Heart study. *Journal of Behavioral Medicine* 10-5:425-439.
- Anderson, J.R., Waldron, I.(1983): Behavioral and content components of the structured interview assessment of the type A behavior pattern in women. *Journal of Behavioral Medicine* 6:123-134.
- Avila-Costa, M.R., De la Torre-Moreno, O.L., Nava-Quiroz, C., y Reynoso-Erazo, L.(1989): Un estudio sobre la ocurrencia de conducta tipo A en parejas. Ponencia presentada en el Congreso Iberoamericano de Psicología celebrado en La Habana, Cuba, junio de 1990.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., & Dancu, C.V. (1985): Psychological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety; *Behaviour Research Therapy*, 23:109-118.
- Bergman, L.R., & Magnusson, D.(1986): Type A behavior: A longitudinal study from childhood to adulthood. *Psychosomatic Medicine* 48:134-142.
- Birk, L.(ed)(1973): *Biofeedback: Behavioral medicine*. Grune & Stratton, New York.
- Blumenthal, J.A., Williams, R.S., Williams, R.B., & Wallace, A.G.(1980): Effects of exercise on the type A (coronary prone) behavior pattern. *Psychosomatic Medicine* 42:289-296.
- Blumenthal, J.A., O'Toole, L., & Haney, T.(1984): Behavioral assesment of the type A behavior pattern; *Psychosomatic Medicine*, 46-5:415-423.
- Bortner, R.W., & Rosenman, R.H.(1967): The measurement of pattern A behavior. *Journal of Chronic Diseases* 20:525
- Bortner, R.W.(1969): A short rating scale as a potential measure of pattern A behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 22-2:87-91.
- Bortner, R.W., Rosenman, R.H., & Friedman, M.(1970): Familial similarity in pattern A behavior. *Journal of Chronic Diseases* 23:39-43.

- Brown, F.G.(1980): Principios de la medicion en la psicología y educacion. Ed. Manual Moderno. Mexico.
- Byrne, D.G., Rosenman, R.H., Schiller, E., & Chesney, M.A.(1985): Consistency and variation among instruments purporting to measure the type A behavior pattern. *Psychosomatic Medicine* 42:289-296.
- Byrne, D.G., & Reinhart, M.I.(1989): Occupation, type A behavior and self-reported angina pectoris. *Journal of Psychosomatic Research* 33-5:609-619.
- Caccioppo, J.T., & Petty, R.E.(eds.)(1982): *Perspectives in cardiovascular psychophysiology*. Guilford Press, New York.
- 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.
- Carver, C.S., & Glass, D.C.(1978): Coronary-prone behavior pattern and interpersonal aggression. *Journal of Personality and Social Psychology* 36-4:361-366.
- Cerda, E.(1971): *Psicometria general*. Ed. Herder, Barcelona.
- Chesney, M.A., Eagleston, J.R., & Rosenman, R.H.(1980): The type A Structured Interview: a behavioral assesment in the rough; *Journal of Behavioral Assesment*. 2:255-272.
- Chesney, M.A., Black, G.W., Chadwick, J.H.& Rosenman, R.H.(1981): Psychological correlates of the type A behavior pattern. *Journal of Behavioral Medicine* 4:217-229.
- Cohen, S., and Matthews, K.A.(1987): Social support, type A behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine* 49:325-330.
- Cohen, J.B., & Reed, D.(1985): The type A behavior pattern and coronary heart disease among japanese men in Hawaii. *Journal of Behavioral Medicine* 8-4:343-352
- Contrada, R.J.(1984): Task difficulty, type A behavior pattern and cardiovascular response; *Psychophysiology*, 21-6:638-646.
- Cooper, C.L., Faragher, E.B., Bray, C.L., & Ramsdale, D.R.(1985): The significance of psychosocial factors in predicting coronary disease in patients with valvular heart disease. *Social Science & Medicine* 20-4:315-318.
- Cottier, C.(1983): Pressured pattern of type A behavior in patients with peripheral arteriovascular disease: Controlled retrospective exploratory study. *Psychosomatic Medicine* 45-3:187-193

- Davidson, P.O., & Davidson, S.M.(eds.)(1980): Behavioral medicine: Changing health lifestyles. Brunner/Mazel. New York.
- De la Torre-Moreno, O.L., Avila-Costa, M.R., Reynoso-Erazo, L. y Nava-Quiroz, C.(1990): Un instrumento de evaluacion del patron conductual tipo A en niños preescolares. Presentado en el X Coloquio de Investigacion de la ENEFI. en noviembre de 1990.
- Defourny, M., & Frankignoul, M.(1973): Concerning the predisposing behavior of coronary disease patients (overt pattern A). Journal of Psychosomatic Research 17-3:219-230.
- Defourny, M.(1986): L'alteration du pattern A. Acta Psychiatrica Belgica 86-1:22-29.
- Dembroski, T.M., Mac Dougall, J.M., Shields, J.L., Pettito, J., & Lushene, R.(1978): Components of the type A coronary prone behavior pattern and cardiovascular responses to psychomotor challenge. Journal of Behavioral Medicine 1:159-176.
- Dembroski, T.M., Mac Dougall, J.M., Williams, R.B., Haney, T.L., & Blumenthal, J.A.(1965): Components of type A, hostility and anger-in: Relationship to angiographic findings. Psychosomatic Medicine 47-3:219-233.
- Diamond, E.L., Schneiderman, N., Schwartz, D., Smith, J.C., Vorp, R., & De Carlo Phsin, R.(1984): Harassment, hostility, and type A as determinantes of cardiovascular reactivity during competition. Journal of Behavioral Medicine 7-2:171-189.
- Dimsdale, J.E.(1988): A perspective on type A behavior and coronary disease. New England Journal of Medicine 318-2: 110-112.
- Eagleston, J.R., Kirmil-Gray, K., Thoresen, C.E., Wiendefeld, S.A., Bracke, P., Heft, L., & Arnow, B.(1986): Physical health correlates of type A behavior in children and adolescents. Journal of Behavioral Medicine 9-4:341-362.
- Elias, A., & Wrzesniewski, K.(1986): Type A behavior resulting from internal or external reinforcements and temperament. Special issue: Individual differences. Polish Psychological Bulletin 17-1:39-53
- Evans, P.D. & Moran (1987): The Framingham type A scale, vigilant coping and heart rate reactivity; Journal of Behavioral Medicine 10:3- . 1987.
- Fernandez-Ballesteros, R., y Carrobes, J.A.I. (1981): Evaluacion conductual. Ediciones Piramide, S.A. Madrid.
- Fernandez-Pardo, G., y Hernandez-Pozo, R.(1991):

- Fischer, H.(1968): Estadística aplicada a la Psicología. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Folsom, 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* 8-3:227-235.
- Fontana, A.F., Rosenberg, R.L., Kerns, R.D., & Marcus, J.L.(1986): Social insecurity, the type A behavior pattern, and sympathetic arousal. *Journal of Behavioral Medicine* 9-1:79-88.
- Francis, K.T.(1979): Psychological correlates of serum indicators of stress in man: A longitudinal study: *Psychosomatic Medicine*, 41:617-628.
- Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., & Forsman, L.(1980): Notes on arousing type A persons by depriving them of work. *Journal of Psychosomatic Research* 24:45-47.
- Friedman, M. & Rosenman, R.(1976): *Conducta tipo A y su corazón*: Ed. Grijalbo, Mexico, 1976.
- Friedman, M., Thoresen, C.E., Gill, J.J., Ulmer, D., Thompson, L., Powell, L., Price, V.A., Rabin, D.D., Breall, W.S., Piaget, G., Dixon, T., Bourg, E., Levy, R.A., & Tasto, D.L.(1982): Feasibility of altering type A behavior pattern after myocardial infarction: Recurrent coronary prevention project study: Methods, baseline results, and preliminary findings. *Circulation* 66:83-92
- Friedman, M., Thoresen, C.E., Gill, J.J., Powell, L.H., Ulmer, D., Thompson, L., Price, V.A., Rabin, D.D., Breall, W.S., Dixon, T., Levy, R. & Bourg, E.(1984): Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in postmyocardial infarction patients. *American Heart Journal* 108:237-248
- Frost, R.O.(1986): Somatic response to stress, physical symptoms and health service use: *Behavior Research and Therapy*, 24-5:569-576.
- Glass, D.C.(1977): Stress, behavior patterns, and coronary disease. *American Scientist* 65-2:177-187.
- Glass, D.C.(1977): *Behavior patterns, stress, and coronary disease*. Hillsdale, New Jersey.
- Glass, D.C.(1979) *Stress, behavior patterns, and coronary disease*. *American Journal of Clinical Biofeedback* 2-2:81-91.

- Glass, D.C., Krakoff, L.R., Contrada, R., Hilton, W.F., Kehoe, K., Mannucci, E.G., Collins, C., Snow, B., & Elting, B. (1980): Effect of harassment and competition upon cardiovascular and catecholamine responses in type A and B individuals. *Psychophysiology* 17:453-463.

- Haaga, D.A. (1987): Treatment of the type A behavior pattern: *Clinical Psychology Review*, 7:557-574.

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

- Haynes, S.G., Feinleib, M., & Kannel, W.B. (1980): The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology* 111:37-58.

- Haynes, S.G. (1984): Type A behavior, employment status, and coronary heart disease in women. *Behavioral Medicine Update* 6-4:11-15.

- Hart, K.E. (1984): Anxiety management training and anger control for type A individuals: *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15:133-139.

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

- Heilbrun, A.B., Palchanis, N., Friedberg, E., & Emory, U. (1986): Self-report measurement of type A behavior: Toward refinement and improved prediction. *Journal of Personality Assessment* 50-4:525-539.

- Heller, B.W. (1981): Nonverbal behavior and coronary-prone behavior: Hand movement and the type A pattern. *Dissertation Abstracts International* 41:4667.

- Herman, S., Blumenthal, J.A., Black, G.M., & Chesney, M.A. (1981): Self-ratings of type A (coronary-prone) adults: Do type A's know they are type A's? *Psychosomatic Medicine* 43-5:405-414.

- Houston, B.K., Smith, M.A., & Cates, D.S. (1989): Hostility patterns and cardiovascular reactivity to stress. *Psychophysiology* 26-3:337-342.

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

- Howard, J.H., Rechnittzer, P.A., Cunningham, D.A. & Wong, D.(1990): Type A behavior, personality and sympathetic response. Behavioral Medicine 16-4:149-160.
- Jean-Louis, P.R., & Deschamps, E.(1986): Pattern comportamental predisposant aux maladies coronariennes: Revue generale breve. Psychologie Medicale 18-5:705-708.
- Jenni, M.A., & Wollersheim, J.P.(1979): Cognitive therapy, stress management training and the type A behavior pattern: Cognitive Therapy and Research, 3:61-73.
- Jenkins, C.D., Rosenman, R.H., & Friedman, M.(1967): Development of an objective psychological test for the determination of the coronary prone behavior pattern in employed men. Journal of Chronic Diseases 20:371-379.
- Jenkins, C.D.(1971): Psychologic and social precursors of coronary disease. New England Journal of Medicine 284:244-255.
- Jenkins, C.D.(1971): Psychologic and social precursors of coronary disease (II). New England Journal of Medicine 284:307-317.
- Jenkins, C.D., Zyzanski, S.J., and Rosenman, R.H.(1971): Progress toward validation of a computer-scored test for the type A coronary prone behavior. Psychosomatic Medicine 33:193-202.
- Jenkins, C.D., Zyzanski, S.J., Rosenman, R.H., & Cleveland, G.L.(1971): Association of coronary-prone behavior scores with recurrence of coronary heart disease. Journal of Chronic Diseases 24:601-611.
- Jenkins, C.D., Rosenman, R.H., & Zyzanski, S.J.(1974): Prediction of clinical coronary heart disease by a test for the coronary prone behavioral pattern. New England Journal of Medicine 290:1271-1275.
- Jenkins, C.D.(1976): Recent evidence supporting psychologic and social risk factors for coronary disease. New England Journal of Medicine 294:987-994.
- Jenkins, C.D.(1976): Recent evidence supporting psychologic and social risk factors for coronary disease. Part II. New England Journal of Medicine 294:1033-1038.
- Jenkins, C.D., Zyzanski, S.J., & Rosenman, R.H.(1978): Coronary prone behavior: One pattern or several? Psychosomatic Medicine 40:23-43
- Jenkins, C.D., & Zyzanski, S.J.(1982): The type A behavior pattern is alive and well when not dissected: A reply. British Journal of Medical Psychology 55:219-223.

- Jennings, J.R.(1984): Cardiovascular reactions and impatience in type A and B college students. *Psychosomatic Medicine* 46-5:424-440.
- Jennings, J.R.. & Choi, S.(1981): Type A components and psychophysiological responses to an attention-demanding performance task. *Psychosomatic Medicine* 43-6:475-487.
- Jennings, J.R..& Matthews, K.A.(1984): The impatience of youth: Phasic cardiovascular response in type A and type B elementary school-aged boys. *Psychosomatic Medicine* 46-6:498-511.
- Jones, K.V., (1985): The thrill of victory: Blood-pressure variability and the type A behavior pattern. *Journal of Behavioral Medicine* 8-3:277-285.
- Jorgensen, R.S., & Houston, B.R.(1981): The type A behavior pattern, sex differences and cardiovascular response to and recovery from stress: Motivation and Emotion. 5:201-214.
- Kazdin, A.(1981):
- Kerlinger
- Kittel, F., Kornitzer, H.,& Zyzanski, S.J. (1978): Two methods of assessing the type A coronary-prone behavior in Belgium. *Journal of Chronic Diseases* 31:147-155.
- Kittel, F., Kornitzer, M., De Backer, G., & Dramaix, M.(1982): Metrological study of psychological questionnaires with reference to social variables: The Belgian Heart Disease Prevention Project (BHDPP). *Journal of Behavioral Medicine* 5:9-35.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., & Zola, M.A.(1983): Type A and hardiness. *Journal of Behavioral Medicine* 6:41-51
- Kornitzer, M., Kittel, F., 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.
- Kornfeld, D.S., Kahn, J.P., Frank, K.A., Heller, S., Freeman, P., & Keller-Epstein, W.(1985): Type A behavior and blood pressure during general surgery. *Psychosomatic Medicine* 50:153-164.
- Krantz, D.S., Arabian, J.M., Davia, J.E., & Parker, J.S.(1982): Type A behavior and coronary artery bypass surgery: Intraoperative blood pressure and perioperative complications. *Psychosomatic Medicine* 44-3:273-284.

- Krantz, D.S., Contrada, R.J., La Riccia, P.J., Anderson, J.R., Durel, L.A., Dembroski, T.M., & Weiss, T.(1987): Effects of beta-adrenergic stimulation and blockade on cardiovascular reactivity, affect, and type A behavior. *Psychosomatic Medicine* 49-2:146-156.
- Langeluddecke, P.M., Fulcher, G., Jones, M., & Tennant, C.C.(1988): Type A behavior and coronary atherosclerosis. *Journal of Psychosomatic Research* 32-1:77-84.
- Lawler, K.A., Allen, M.T., Critcher, E.A., & Standard, B.A.(1981): The relationship of physiological responses to the coronary-prone behavior pattern in children. *Journal of Behavioral Medicine* 4:203-216.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S.(1986): *Estres y procesos cognitivos*; Ed. Martinez Roca, Barcelona.
- Levenkron, J.C.(1983): Modifying the type A coronary prone behavior pattern; *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51:192-204.
- Lovallo, W.R., & Pishkin, V.(1980): Type A behavior, self-involvement, autonomic activity and the traits of neuroticism and extraversion. *Psychosomatic Medicine* 42-3:329-334.
- Lovallo, W.R., Pincomb, G.A., Edwards, G.L., Brackett, D.J., & Wilson, M.F.(1986): Work pressure and the type A behavior pattern exam stress in male medical students. *Psychosomatic Medicine* 48:125-133.
- Lutz, D.J., Holmes, D.S., & Cramer, R.E.(1987): Hard-driving and speed-impatience components of the type A behaviour pattern as predictors of physiological arousal, subjective arousal and challenge seeking. *Journal of Psychosomatic Research* 31-6:713-722.
- Mac Dougal, J.M., Dembroski, T.M., & Musante, L.(1979): The structured interview and questionnaire methods of assessing coronary prone behavior in male and female college students; *Journal of Behavioral Medicine*, 2:71-83.
- Madsen, D., & Mc Guire, M.T.(1984): Whole blood serum serotonin and the type A behavior pattern. *Psychosomatic Medicine* 46-6:546-548.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (eds)(1985): *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford press, New York.

- Mattews, K.A., & Krantz, D.S.(1976): Resemblances of twins and their parents in pattern A behavior. *Psychosomatic Medicine* 38:140-144.
- Mattews, K.A., Glass, D.C., Rosenman, R.H., & Bortner, R.(1977): Competitive drive, pattern A, and coronary heart disease: a further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. *Journal of Chronic Diseases* 30:489-498.
- Mattews, K.A., & Saal, F.E.(1978): Relationship of the type A coronary-prone behavior pattern to achievement, power, and affiliation motives. *Psychosomatic Medicine* 40:631-636.
- Mattews, K.A.(1979): Efforts to control by children and adults with the type A coronary prone behavior pattern. *Child Development* 50:842-847.
- Mattews, K.A., & Angulo, J.(1980): Measurement of the type A behavior pattern in children: Assesment of children's competitiveness, impatience-anger and agression: *Child Development*, 51:466-475.
- Mattews, K.A., & Volkin, J.I.(1981): Efforts to excel and the type A behavior pattern in children. *Child Development* 52:1283-1289.
- Mattews, K.A.(1982): Psychological perspectives on the type A behavior pattern; *Psychological Bulletin*, 91:293-323.
- Mattews, K.A., & Avis, N.E.(1983): Stability of overt type A behaviors in children: Results from a one-year longitudinal study. *Child Development* 54:1507-1512.
- Mattews, K.A., & Jennings, J.R.(1984): Cardiovascular responses of boys exhibiting the type A behavior pattern. *Psychosomatic Medicine* 46-6:484-497.
- Mattews, K.A., Rosenman, R.H., Dembroski, T.M., Harris, E.L., & Mac Dougall, J.M.(1984): Familial resemblance in componetes of the type A behavior pattern: A reanalysis of the California type A twin study. *Psychosomatic Medicine* 46-6:512-522.
- Mattews, K.A., & Haynes, S.G.(1986): Type A behavior pattern and coronary risk: Update and critical evaluation. *American Journal of Epidemiology* 123:923-960.
- Mattews, K.A., Manuck, S.B., & Saab, P.G. (1986): Cardiovascular responses of adolescents during a naturally occurring stressor and their behavioral and psychophysiological predictors; *Psychophysiology*, 23-2:198-209, 1986.

- **Mayes, B.T., Sime, W.E., & Ganster, D.C.(1984):** Convergent validity of TABP scales and their ability to predict physiological responses in a sample of female public employees. *Journal of Behavioral Medicine* 7:83-108.
- **Meichenbaum, D., & Jaremko, M.E.(Eds)(1983):** Stress reduction and prevention. Plenum press, New York.
- **Mc Cann, B.S., & Matthews, K.A.(1988):** Influences of potential for hostility, type A behavior and parental history of hypertension on adolescents' cardiovascular responses during stress. *Psychophysiology* 25-5:503-511.
- **Mc Lellarn, R.W., Bornstein, P.H., & Carmody, T.P.(1986):** A methodological critique of the structured-interview assessment of type A behavior. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 6:21-25.
- **Morell, M.A.(1989):** Psychophysiological stress responsivity in type A and B female college students and community women. *Psychophysiology* 26-3:359-368.
- **Murray, D.M., Blake, S.M., Prineas, R., & Gillum, R.F.(1985):** Cardiovascular responses in type A children during a cognitive challenge. *Journal of Behavioral Medicine* 8-4:377-395.
- **Nava-Quiroz, C.(1984):** La validación de constructos: La conducta homosexual como ejemplo. (Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM, ENEP Iztacala).
- **Nava-Quiroz, C.(1991):** Redes de interacción social. (Tesis de grado para obtener la maestría en Modificación de Conducta, UNAM, ENEP Iztacala).
- **Nava-Quiroz, C.(1991):** Comunicación personal.
- **Nunes, E.V., Frank, K.A., & Kornfeld, D.S.(1987):** Psychologic treatment for the type A behavior pattern and for coronary heart disease: a meta-analysis of the literature. *Psychosomatic Medicine* 49-2:159-173.
- **Offutt, C., & Lacroix, M.(1988):** Type A behavior pattern and symptom reports: A prospective investigation. *Journal of Behavioral Medicine*, 11-3:227-238.
- **Pomerleau, O. & Brady, J.P.(eds)(1979):** Behavioral medicine: Theory and practice. Williams & Wilkins, Baltimore.
- **Powell, L.H.(1984):** The type A behavior pattern: an update on conceptual assesment and intervention research. *Behavioral Medicine Update*, 6:7-10.

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

- Price, V.A.(1982): Type A behavior pattern: A model for research and practice. Academic Press, New York.

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

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

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

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

Rime, B., & Bonami, M.(1972): Psychological approach to coronary disease: Comparative analysis of interviews with twenty patients suffering from myocardial infarcts. *Acta Psychiatrica Belgica* 72:29-45.

- Robinson, N., & Heller, R.F.(1980): Experience with the Bortner questionnaire as a measure of type A behavior in a sample of U.K. families: *Psychological Medicine*, 10:567-571. 1980.

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

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

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

- Rosenman, R.H., & Chesney, M.A.(1981): Stress, type A behavior, and coronary disease. In:

- Roskies, E., Sperack, M., Surkis, A., Cohen, C., & Gilman, S. (1978): Changing the coronary prone (type A) behavior pattern in a nonclinical population: Journal of Behavioral Medicine, 1:201-216.

- Roskies, E., Kearney, H., Spevack, M., Surkis, A., Cohen, C., & Gilman, S.(1979): Generalizability and durability of treatment effects in an intervention program for coronary-prone (type A) managers. Journal of Behavioral Medicine 2: 195-207.

- Roskies, E.: Stress management for type A individuals. In: Meichenbaum, D., & Jaremko, M.(eds)(1983): Stress reduction and prevention: Plenum Press, N.Y.

- Roskies, E.(1987): Stress management for the healthy type A. Theory and practice.The Guilford Press, New York.

- Scherwitz, L., Berton, K., & Leventhal, H.(1977): Type A assessment and interaction in the behavior pattern interview. Psychosomatic Medicine 39:229-240.

- Scherwitz, L., Graham, L.E. II, Grandits, G., & Billings, J.(1987): Speech characteristics and behavior-type assessment in the multiple risk factor intervention trial (MRFIT) structured interviews. Journal of Behavioral Medicine 10-2:173-195.

- Schmieder, R.(1983): The influence of beta blockers on cardiovascular reactivity and type A behavior pattern in hypertensives: Psychosomatic Medicine, 45:417-423.

- Schucker, B., & Jacobs, D.R.(1977): Assessment of behavioral risk for coronary disease by voice characteristics. Psychosomatic Medicine 39-4:219-228.

- Schwartz, G.E. & Weiss, S.M.(1977): What is behavioral medicine? Psychosomatic Medicine 39:377-381

- Schwartz,G.E & Weiss, S.M.(1978): Behavioral medicine revisited: An amended definition. Journal of Behavioral Medicine 1:249-251.

- Siegel, J.M., & Leitch, C.J.(1981): Assesment of the type A behavior pattern in adolescents: Psychosomatic Medicine, 43-1:45-56.

- Siegel, J.M., Matthews, K.A., & Leitch, C.J.(1981): Validation of the type A interview assessment of adolescents: A multidimensional approach. Psychosomatic Medicine 43-4:311-321.

- Sorensen, G., Jacobs, D.R. Jr., Pirie, P., Folsom, A., Luepker, R., & Gillum, R. (1987): Relationships among type A behavior, employment experiences, and gender: the Minnesota heart survey. *Journal of Behavioral Medicine* 10-4:323-326.
- Stancack, A., Kollar, J., Minak, J., & Skorodensky, M. (1983): Psychological correlates of coronary prone behaviour pattern. *Activitas Nervosa Superior* 25-3:209-210
- Steptos, A. (ed) (1981): *Psychological factors in cardiovascular disorders*; Academic Press, London.
- Suinn, R.M., & Bloom, L.J. (1978): Anxiety management training for pattern A behavior; *Journal of Behavioral Medicine*, 1:25-35.
- Suinn, R.M. (1982): Intervention with type A behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50:933-949.
- Sulz, J., & Sanders, G.S. (1988): Type A behavior as a general risk factor for physical disorder; *Journal of Behavioral Medicine*, 11-3:201-226.
- Sweda, M.G., Sines, J.O., Lauer, R.M., & Clarke, W.R. (1986): Familial aggregation of type A behavior. *Journal of Behavioral Medicine* 9-1:23-32.
- Szasz, T.S. (1981): *La fabricacion de la locura*. Ed. Kairos, 2a. ed. Barcelona.
- The review panel on coronary-prone behavior and coronary heart disease (1981). *Coronary-prone behavior and coronary heart disease. A critical review*. *Circulation* 63:1199-1215.
- Thoresen, C.E., Friedman, M., Gill, J.K., & Ulmer, D.K. (1982): The recurrent coronary prevention project: Some preliminary findings. *Acta Medica Scandinavica* (Supl. 660) 172-192.
- Thoresen, C.E., Friedman, M., Powell, L.H., Gill, J.J., & Ulmer, D. (1985): Altering the type A behavior pattern in postinfarction patients. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 5:258-266.
- Vega-Lahr, N., & Field, T.M. (1986): Type A behavior in preschool children. *Child Development* 57:1333-1346.
- Verschoor, C.G. (1982): Behavior patterns of coronary disease prone individuals. *Dissertation Abstracts International* 42:3475.
- Vickers, R.R., Hervick, L.K., Rahe, R.S., and Rosenman, R.H. (1981): Type A behavior pattern and coping and defense; *Psychosomatic Medicine*, 43-5:381-394.

- Visintainer, P.F., & Matthews, K.A.(1987): Stability of overt type A behaviors in children: Results from a two and five year longitudinal study. *Child Development* 58:1586-1591.
- Ward, M.M., Chesney, M.A., Swan, G.E., Black, G.W., Parker, S.D., & Rosenman, R.H.(1986): Cardiovascular responses in type A and type B men to a series of stressors. *Journal of Behavioral Medicine* 9-1:43-49.
- Weidner, G., Sexton, G., Mc Lellar, R., Connor, S.L., & Mattarazzo, J.D.(1987): The role of type A behavior and hostility in an elevation of plasma lipids in adult women and men. *Psychosomatic Medicine* 49-2:136-145.
- Whalen, C.K., and Henker, B.(1986): Type A behavior in normal and hyperactive children: Multisource of overlapping constructs. *Child Development* 57:688-699.
- Wheatley, D.(ed)(1981): *Stress and the heart*. Raven Press, N.Y.
- Williams, R.B. Jr., Haney, T.L., Lee, K.L., Kong, Y.H., Blumenthal, J.A., & Whalen, R.E.(1980): Type A behavior, hostility and coronary atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine* 42-6:539-550.
- Williams, R.B., Lane, J.D., Kuhn, C.M., Melosh, W., White, A.D., & Schanberg, S.M.(1982): Type A behavior and elevated physiological and neuroendocrine responses to cognitive tasks. *Science* 218:483-485.
- Wolf, T.M., Sklov, M.C., Wenzl, P.A., Hunter, S.M., & Berenson, G.S.(1982): Validation of a measure of type A behavior pattern in children. *Bogalusa Heart Study, Child Development* 53:126-135
- Woods, P.J., & Burns, J.(1984): Type A behavior and illness in general. *Journal of Behavioral Medicine* 7:411-416.
- Wright, L.(1990): An augmented structured interview for measuring subcomponents of the type A behavior pattern. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 20-1:85-96
- Yarnold, P.R., Mueser, K.T., Grau, B.W., & Grimm, L.G.(1986): The reliability of the student version of the Jenkins Activity Survey. *Journal of Behavioral Medicine* 9-4:401-414.
- Zhang, B.(1985): Psychophysiological reaction in cardiovascular disease:II. A study on the behavior pattern of coronary heart disease patients. *Acta Psychologica Sinica* 17-3:314-321.

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