

31961



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

13_{2es.}

PATRON CONDUCTUAL TIPO A EN NIÑOS:
UN ESTUDIO LONGITUDINAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MAESTRA EN MODIFICACION DE
C O N D U C T A
P R E S E N T A
ROCIO TRON ALVAREZ

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO.
ASESORAS: MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA.
MTRA. LAURA EVELIA TORRES VELAZQUEZ.



IZTACALA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

NOVIEMBRE DE 1998.

268515



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A LEONARDO REYNOSO ERAZO

CON PROFUNDO AGRADECIMIENTO POR
TU DEDICACION, GUIA, APOYO Y
COMPAÑIA

MUCHAS GRACIAS

A LAURA EDNA ARAGON B. Y A LAURA EVELIA TORRES V.

GRACIAS POR SU COMPRESIÓN Y AYUDA

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....	4
-------------------	---

1. PSICOLOGÍA Y SALUD

1.1 Salud y Enfermedad.....	10
1.2 Medicina Conductual.....	16
1.3 Psicología de la Salud.....	20

2. PATRÓN CONDUCTUAL TIPO A EN ADULTOS

2.1 Enfermedad Coronaria.....	28
2.2 Patrón Conductual Tipo A.....	30
2.3 Precusores de la Conducta Tipo A.....	31
2.4 Definición del PCTA.....	32
2.5 Características del PCTA.....	33
2.6 Conducta Tipo B.....	36
2.7 Estudios Epidemiológicos.....	36
2.8 Evaluación del PCTA.....	37
2.8.1 Entrevista Estructurada.....	37
2.8.2 Inventario de Actividad de Jenkins (JAS).....	39
2.8.3 Cuestionario Desarrollado por Reynoso.....	39

3. PATRÓN CONDUCTUAL TIPO A EN NIÑOS

3.1 Definición.....	43
3.2 Justificación del PCTA en niños.....	43
3.3 Estudios longitudinales.....	44
3.4. Etiología.....	46
3.4.1 Factores Genéticos.....	46
3.4.2 Factores Ambientales.....	47
3.4.2.1 Modelamiento Paterno.....	47
3.4.2.2 Prácticas de Crianza.....	48
3.4.2.3 Papel de la Socialización.....	49
3.4.3 Factores de Temperamento Tempranos.....	50
3.4.4 Necesidad de Control.....	50
3.4.5 Falta de Amor y Baja Autoestima.....	51
3.5 Características del PCTA en niños.....	52
3.6 Correlatos cardiovasculares.....	55
3.7 Técnicas de evaluación.....	56

3.7.1 Matthews Youth Test for Health.....	57
3.7.2 The Hunter-Wolf AB.....	58
3.7.3 Student Type A Behavior Scale (STABS).....	58
3.7.4 The Student Structured Interview (SSI).....	59
3.7.5 Adolescent/Adult Type A Behavior (AATABS).....	59
3.7.6 Cuestionario de Conducta Tipo A en Niños.....	60
4. MÉTODO.....	62
5. RESULTADOS.....	64
6. DISCUSIÓN.....	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS.....	86

RESUMEN

El patrón conductual tipo A puede describirse como una constelación de conductas entre las que se observa 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; son sujetos ordenados, bien organizados, autocontrolados, autoconfidentes, que prefieren trabajar solos cuando se encuentran bajo presión, que no se distraen fácilmente cuando desempeñan alguna tarea, profundamente involucrados en su vocación e incapaces de relajarse. Estas conductas se canalizan 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 conductual tipo A puede ser elicitado ya sea por situaciones placenteras o problemáticas, pero se presenta ante situaciones que se perciben como retos relevantes.

El patrón conductual tipo A se ha considerado como un factor de riesgo para la aparición de enfermedad coronaria tan importante como el colesterol excesivo o la hipertensión (Cooper, 1981 en Reynoso, 1991). Este patrón ha sido identificado en infantes tan pequeños como de jardín de niños. El estudiar la conducta tipo A en niños puede ayudar a ampliar el conocimiento sobre el origen y desarrollo de este patrón.

El objetivo general de la presente investigación fue valorar el patrón conductual tipo A en infantes de primaria, en un estudio longitudinal durante tres años, mediante el instrumento diseñado para este fin, con los siguientes los objetivos particulares: 1) Aplicar un cuestionario para medir conducta tipo A en niños; obtener las puntuaciones de cada niño a lo largo de tres años con mediciones periódicas (dos veces al año); determinar la tendencia que siguen estas puntuaciones y su posible estabilidad. 2) Determinar si los progenitores (padre y/o madre) presentan el patrón conductual tipo A y relacionar las puntuaciones de los padres con las de los niños. 3) Valorar la confiabilidad del instrumento.

Los resultados obtenidos muestran que las puntuaciones obtenidas con el instrumento (cuestionario de patrón conductual tipo A en niños) son estables a través del tiempo. Que los niños obtienen puntajes mayores que las niñas, lo mismo ocurrió con sus padres (los padres obtienen puntajes más altos que las madres). Los puntajes tanto de los niños como de las niñas correlacionan con los obtenidos por los padres pero no así con las de las madres. Finalmente se demuestra la confiabilidad del instrumento empleado.

INTRODUCCIÓN

El estilo de vida de las sociedades de occidente, caracterizado por una mayor competitividad, apresuramiento y agresividad se ha relacionado con un fuerte incremento en la aparición de enfermedades cardiovasculares; esta mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares y su estudio cuidadoso a través de historias clínicas, 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. La correlación entre estos elementos y la aparición de alguna enfermedad cardiovascular permitió la identificación de los denominados factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, que son los siguientes: hipercolesterolemia, elevación de los triglicéridos, hipertipoproteinemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, ingesta excesiva de sal, factores hereditarios, estrés y la presencia del patrón conductual tipo A.

El patrón de conducta conocido técnicamente como patrón conductual tipo A es, en la actualidad, plenamente aceptado como un factor de riesgo independiente en el origen y desarrollo de trastornos cardiovasculares. Este patrón de conducta aparece definido en adultos, como "un complejo y característico patrón activo-emotivo exhibido por aquellos individuos comprometidos en una lucha casi constante por obtener en el menor tiempo posible un número ilimitado de cosas de su entorno, no muy claramente definidas, incluso, si es necesario, oponiéndose a situaciones o personas de su entorno" (Friedman y Rosenman, 1976). El espíritu con el que actúan aparece sintetizado con claridad en su pretensión de "hacer más y más cosas en menos y menos tiempo". Las manifestaciones más claras del patrón de conducta así definido podrían resumirse en un elevado sentido de urgencia e impaciencia, agresividad-hostilidad, competitividad y fuerte motivación de logro.

Incluye una constelación de conductas entre las que se observa, esfuerzos por ejecutar muchas tareas, 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; son sujetos ordenados, bien organizados, autocontrolados, autoconfidentes, que prefieren trabajar solos cuando se encuentran bajo presión, que no se distraen fácilmente cuando desempeñan alguna tarea, profundamente involucrados en su vocación e incapaces de relajarse. Estas conductas se canalizan 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.

El principal problema conceptual que complica tanto a los teóricos como a los investigadores y terapeutas en el caso de los sujetos con el patrón conductual tipo A es la confusión 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. Además no todos los aspectos de este patrón conductual se presentan simultáneamente.

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 fisiológicos 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 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."

Dentro del campo de la Psicología de la Salud 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.

Los estudios anatomopatológicos demostraron que la enfermedad de las arterias coronarias, entendida ésta como aterosclerosis, empieza durante

la infancia (Holman et al, 1958; Strong & Mc Gill, 1969, citados en Reynoso, 1991) y las conductas tipo A pueden ser identificadas en la niñez, por lo que un grupo de investigadores derivó su atención hacia la evaluación del patrón 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. Se considera de gran importancia la evaluación del patrón conductual en niños por permitir tanto estudios prospectivos como preventivos.

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 éste 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 cuándo o cómo 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.

Se ha realizado el seguimiento de casos detectados en niños y aún no existe evidencia que permita sacar conclusiones sobre el desarrollo de la enfermedad coronaria desde la infancia. La estabilidad del patrón conductual tipo A en niños ha sido reportada solamente en los estudios de Matthews (Matthews y Avis, 1983). Hasta el momento se acepta que:

- a) un niño puede presentar el patrón conductual tipo A.
- b) este patrón puede mantenerse en buena medida gracias a las múltiples oportunidades que ofrece el ambiente occidental competitivo, de gran prisa y de agresividad.
- c) la aterosclerosis inicia desde la infancia (antes de los 10 años).
- d) el conocimiento de los orígenes del patrón conductual tipo A es importante para la prevención y el tratamiento de coronariopatías y para entender el patrón conductual tipo A como un constructo psicológico.
- e) los adolescentes tipo A probablemente se vuelvan adultos tipo A. Lo que es desconocido es cuándo y cómo los niños tipo A se vuelven adultos tipo A, y si a la vez pueden ser sujetos de riesgo de enfermedad coronaria.
- f) quienes deseen estudiar la existencia de este patrón longitudinalmente desde la infancia deben buscar una mayor incidencia de enfermedad cardiovascular en sujetos detectados desde niños, cuya conducta se mantenga.
- g) este tipo de estudios epidemiológicos prospectivos son de muy larga duración, por lo cual el estudio debe plantearse como repetitivo.
- h) si se llegase a demostrar el vínculo temporal entre presencia de patrón conductual en niños, permanencia del mismo hasta la adultez y aparición posterior de enfermedad coronaria, entonces podría intervenir lo más tempranamente posible con el fin de romper esta cadena.

Las actitudes de los padres, sus conductas y los patrones de desempeño influyen 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 habían

sido clasificados como tipo A en la entrevista estructurada tendían a tener hijos que eran clasificados como tipo A por el Bortner Performance Battery. Ambos instrumentos utilizan conducta abierta (directamente observable) para determinar la clasificación de los individuos. En contraste con los resultados de Bortner, Matthews, y Krantz (1976 en Reynoso, 1991), quienes 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.

Los resultados han mostrado que los hijos de padres tipo A tienden a mostrar patrones concomitantes con estos últimos. Sin embargo, no se conoce con certeza cómo es que este patrón aparece o se modifica a lo largo de la infancia y en un período relativamente largo.

El objetivo general de este trabajo fue valorar el patrón conductual tipo A en infantes de cuarto grado de primaria, en un estudio longitudinal (durante tres años hasta terminar el sexto grado), mediante el instrumento diseñado para este fin, y los objetivos particulares son:

- 1) Aplicar un cuestionario para medir conducta tipo A en niños; obtener las puntuaciones de cada niño a lo largo de tres años con mediciones periódicas (dos veces al año); determinar la tendencia que siguen estas puntuaciones y su posible estabilidad.
- 2) Determinar si los progenitores (padre y/o madre) presentan el patrón conductual tipo A y relacionar las puntuaciones de los padres con las de los niños.
- 3) Valorar la confiabilidad del instrumento.

Para lograr los objetivos antes mencionados, este trabajo, inicia en el capítulo primero con una exposición de los términos salud y enfermedad, para llegar a describir la importancia que tiene la conducta como promotora de la salud o bien como un factor de riesgo para ella. Posteriormente se describe a la medicina conductual y psicología de la salud haciendo explícita la sutil diferencia que existe en ellas.

El segundo capítulo inicia con una breve exposición de lo que son las enfermedades coronarias, especificando el patrón conductual tipo A, se dan a conocer los precursores de éste, proporcionando además la definición y características que lo distinguen, por otro lado se realiza una revisión de los estudios epidemiológicos al respecto y finalmente se mencionan los métodos de evaluación.

El tercer capítulo versa sobre la conducta tipo A en niños, se justifica la importancia que tienen este tipo de estudios en infantes, así mismo se menciona la relevancia de los estudios longitudinales para ampliar los conocimientos sobre el origen y desarrollo de la conducta tipo A. Se plantean las hipótesis existentes acerca de su etiología, se proporcionan algunas de las características de los niños tipo A, así como los correlatos cardiovasculares, para finalizar con las técnicas de evaluación empleadas con niños.

Posteriormente se presenta el método, los resultados y finalmente se discuten los datos obtenidos en la presente investigación.

1. PSICOLOGÍA Y SALUD

1.1 SALUD Y ENFERMEDAD

El término salud, del latín "salus", denota el normal funcionamiento psicobiológico de la persona. Este concepto ha tenido numerosas y variadas definiciones, las más conocidas son las que ha proporcionado la Organización Mundial de la Salud, la cual la ha definido como "un estado de bienestar completo, físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de la enfermedad, del dolor o de invalidez"; en su última propuesta, la salud se definió como "el estado de bienestar físico, social y mental así como la capacidad de funcionar en la sociedad y no sólo la ausencia de enfermedades" (Llor, Abad, García & Nieto, 1995).

Sin embargo, a pesar de las numerosas definiciones que se han dado de salud, incluyendo las propuestas por la OMS, no se dispone, por el momento, de un concepto que sea capaz de satisfacer todas las exigencias, o bien que sean del todo acertadas.

En las dos definiciones propuestas por la OMS, hay más términos abstractos que concretos; una formulación de buenos y utópicos deseos más que la adopción de criterios que se ordenen a explicar qué es la salud. Con las anteriores descripciones no se pretende definir que es la salud, sino promocionarla, más aún, cambiar la sociedad de manera que sea posible la plena realización del hombre como persona, a pesar de que, como es natural, varíe mucho de unas a otras personas el mismo concepto de realización de que se parte (Polaino-Lorente, 1987).

En las definiciones anteriores se ha congelado estáticamente el concepto de salud ("estado"), cuando se sabe que es algo dinámico y vertiginosamente cambiante; se ha ampliado el concepto hasta incorporar elementos que van más allá del sujeto ("bienestar social", "capacidad de funcionar en la sociedad") y que siendo independientes de él, fuerzan a considerar la salud como algo que está a mitad del camino, en el lugar donde se encuentran el hombre y su ambiente, la persona y la sociedad, el organismo y la comunidad; y se han hecho intervenir nuevos conceptos de muy difícil cuantificación ("mental",

"bienestar", "funcionamiento social"), lo que subjetiviza y hace todavía más problemático este término (Polaino-Lorente, 1987).

Con todo esto el concepto de salud ha llegado a ser, como era previsible, apenas una construcción mental, sólo que menos vinculada a la biología y más comprometida con la subjetividad, algo que en última instancia dependerá más de la confianza que el hombre tenga en su propia competencia y seguridad personal, mientras se disminuye la importancia asignada a factores incontrolables de tipo biológico, ajenos a la persona. El concepto de salud surge así de un modelo interaccionista (relación entre el organismo y el ambiente), en el que el modo en el que el hombre se sitúa en su contexto social tiene una vital importancia. Según esto, en función de cuáles sean las reglas de juego existentes en ese contexto social, el hombre optará por un determinado estilo de vida, en el que sus aspiraciones, motivaciones e intereses estén representados de una u otra forma más o menos próxima al concepto de salud. De aquí que todas estas circunstancias resulten a la postre tan importantes o más, respecto de la salud, que el conjunto de factores estrictamente biológicos (genéticos, inmunitarios, infectocontagiosos, constitucionales, etc.). En consecuencia, el concepto de salud apuntado tiene muy poco que ver, en apariencia, con el que se emplea en la clínica (ausencia de enfermedad) (Polaino-Lorente, 1987).

La salud así entendida, comporta un cierto equilibrio de los organismos con el ambiente (con determinadas condiciones ambientales que deben ser exigidas para hablar de salud), con el mundo social (con las características de éste que garantizan, mínimamente, la satisfacción de la condición de "bienestar social" apuntada) y con un vasto conjunto de factores psicológicos, culturales, políticos, económicos, etc., con los que se pone en correspondencia y de los cuales se hace depender la existencia o no de dicho concepto (Polaino-Lorente, 1987). Es decir, actualmente la salud refleja una orientación biopsicosocial en el estudio del hombre, en la que los aspectos psicológicos y sociales complementan el concepto de salud como partes circunstanciales al mismo.

Es decir, ahora la salud refleja una orientación biopsicosocial en el estudio del hombre, en la que los aspectos psicológicos y sociales

complementan el concepto de salud como partes circunstanciales al mismo (Ortiz, 1996).

A partir de esta nueva perspectiva, surgieron nuevos conceptos como, por ejemplo, salud conductual, lo que comporta un modelo biopsicosocial de la salud. El término salud conductual fue empleado por Matarazzo (1980) en el primer Fórum sobre medicina comportamental, con el propósito de acentuar más las áreas de mantenimiento y prevención de la salud.

Matarazzo (1980) definió la salud conductual como un campo interdisciplinar cuyo fin es la promoción de aquella filosofía de la salud que estimula la responsabilidad individual hacia la aplicación de los conocimientos y técnicas derivados de las ciencias biomédicas y conductuales para la prevención de las enfermedades y disfunciones y para el mantenimiento de la salud a través de la iniciativa individual y de las actividades sociales.

A principios de siglo las cinco enfermedades infecciosas más frecuentes (influenza, neumonía, difteria, tuberculosis y enfermedades gastrointestinales) producían en Estados Unidos, 580 muertos por cada 100 000 habitantes. En la actualidad, la tasa de mortalidad a causa de estas mismas enfermedades se sitúa en aquel país en sólo alrededor de 30 por cada 100 000 habitantes (Polaino-Lorente, 1987).

Así también la expectativa de vida de los ciudadanos estadounidenses ha aumentado más del 50% entre 1900 y 1980; en concreto, en el caso de los hombres la longevidad se ha incrementado desde 46,3 hasta 69,9 años y, para las mujeres, se ha ampliado desde 48,3 hasta 77,8 (Matarazzo y Leickliter, 1988 en Donker, 1991).

Así, por ejemplo, en la tabla N°1 se puede ver que las principales causas de muerte en 1900, han cambiado significativamente desde neumonía, gripe, tuberculosis e infecciones gastrointestinales hacia la enfermedad cardiovascular, cáncer, accidentes y enfermedades crónicas del pulmón en 1980.

Causa de muerte	1900	1940	1980
Neumonía y gripe	1	5	6
Tuberculosis (todas las formas)	2	7	
Diarrea, enteritis, úlcera intestinal	3		
Enfermedades del corazón	4	1	1
Lesiones intracraneales de origen vascular	5	3	
Nefritis (todas las formas)	6	4	
Todos los accidentes ^a	7	6	4
Cáncer ^b	8	2	2
Senilidad	9		
Difteria	10		
Diabetes mellitus		8	7
Accidentes de tráfico		9	
Nacimiento prematuro		10	
Enfermedades cardiovasculares			3
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas			5
Cirrosis del hígado			8
Aterosclerosis			10
Suicidio			10

^a Excluye los accidentes de tráfico de los años 1900 y 1940, pero los incluye en el año 1980.

^b Incluye el cáncer y otros tumores malignos en los años 1900 y 1940 y cambia a los neoplasmas de cualquier tipo en el año de 1980

Fuente: Basado en los datos de Levy y Moskowitz (1982).

Tabla N° 1 Principales causas de muerte en los años 1900, 1940 y 1980.

Los datos muestran que, desde 1900, los trastornos como la enfermedad del corazón y del pulmón y el cáncer, que previamente habían presentado unos índices de prevalencia e incidencia más bajos, han llegado a ser las primeras causas de muerte en los Estados Unidos. De este modo, los patrones de enfermedad han cambiado de aquellas enfermedades en las que la etiología era microbial e infecciosa (ej. enteritis, influenza, neumonía) a otras, conocidas como enfermedades del desarrollo, las crónico degenerativas (ej. tumores malignos, enfermedades cardio-vasculares, diabetes) en las que la conducta y el estilo de vida juegan un papel prominente (Donker, 1991; Ortiz, 1996). Aunque, cabe aclarar que si en los países desarrollados las principales causas de muerte son las crónico

degenerativas, en los países en vías de desarrollo, persisten las enfermedades infecto-contagiosas, a las que se suman las crónicas degenerativas, por cierto, esta situación ilustra el fenómeno conocido como transición epidemiológica, en la que coexisten las enfermedades propias del desarrollo y las del subdesarrollo.

La patología ha cambiado y ese cambio ha sido radical. De ahí que el cambio de concepto deba ser radical también. En la tabla N° 2 se presentan las 10 causas principales de muerte en los Estados Unidos, así como los factores de riesgo asociados a ellas.

CAUSAS	% de muertes	FACTORES DE RIESGO
Enfermedad cardíaca	37.8	Fumar*; hipertensión*; colesterol*; dieta alimentaria; ausencia de ejercicio físico; diabetes, estrés; antecedentes familiares
Neoplasias malignas	20.4	Fumar*; ambiente laboral contaminado*; contaminación ambiental; alcohol; dieta alimentaria
Ataque fulminante	9.6	Hipertensión*; fumar*; colesterol; estrés
Accidentes (se excluyen los de tráfico)	2.8	Alcohol*; abuso de drogas; fumar (fuego); diseño del producto; disponibilidad de armas de fuego
Influencia y neumonía	2.7	Ausencia de vacunación*; fumar
Accidentes de tráfico	2.6	Alcohol*; no empleo del cinturón de seguridad*; exceso de velocidad*; mal trazado de las carreteras; fallos del vehículo
Diabetes	1.7	Obesidad*
Cirrosis hepática	1.6	Abuso de alcohol*
Arteriosclerosis	1.5	Colesterol*
Suicidio	1.5	Estrés*; abuso de alcohol y drogas; disponibilidad de armas de fuego
* Principal factor de riesgo		
Causas principales de muerte y factores de riesgo asociados en Estados Unidos (Matarazzo, 1984).		

Tabla N° 2 Causas principales de muerte en los Estados Unidos, y factores de riesgo asociados a ellas.

Observando los factores de riesgo se comprende que la mayor parte de ellos no pueden aminorarse en función del modelo médico y las medidas establecidas para combatir las enfermedades

infectocontagiosas. Es decir, el modelo médico es poco útil para hacer frente a las enfermedades que mayor mortalidad suscitan en el hombre de nuestro tiempo. Sin embargo, esto no obsta para que dicho modelo siga siendo eficaz y deba, en consecuencia, perpetuarse; pero únicamente para las específicas enfermedades infecciosas, a pesar de que éstas no constituyan la principal causa de mortalidad en nuestro tiempo.

El control sobre los factores de riesgo antes apuntados (la hipertensión, el consumo de alcohol y tabaco, la obesidad, el estrés, etc.) dependen lógicamente del ambiente, pero también de otras muchas variables individuales, o si se prefiere, de la interacción entre aquél y éstas. Dicho brevemente: los hábitos personales y el peculiar estilo de vida –los comportamientos– constituyen el principal sustrato en el que hunden sus raíces estos factores de riesgo, sin cuyo control resulta imposible, en la práctica, la prevención de las 10 enfermedades principales que causan la muerte en el hombre de nuestro tiempo. Por consiguiente, la prevención de la salud no puede basarse hoy únicamente en la investigación microbiológica perseguidora del aislamiento de un germen concreto, sino en el apresamiento e identificación de las conductas que incrementan la frecuencia e intensidad de estos factores de riesgo.

La mejora cuantitativa y cualitativa de la salud humana hoy no se centra tanto en la lucha contra la naturaleza, como en la modificación de la conducta y de otras variables socioculturales. El hombre tiene que luchar no tanto contra las causas naturales de muerte, como contra sus hábitos personales. Esto quiere decir que el hombre tiene que luchar contra sí mismo y modificar su conducta, si quiere prolongar su vida y mejorar su salud. Al fin y al cabo el mismo y su contexto social han resultado ser el primer y principal enemigo. De este modo la lucha por la salud se convierte en lucha contra los abusos de salud.

Es lógico que la modificación de estos hábitos dependa, en cierta proporción, de determinadas variables ambientales, de forma que cambiando éstas, aquéllos se modifican. Ahora bien, el hombre no está determinado por el ambiente, aunque esa libertad esté más o menos condicionada por el ambiente. De aquí también que el psicólogo no se limite tan solo a cambiar el ambiente, sino que yendo

más allá ayude a la persona a automodificarse, y sobre todo a encontrar las variables psicológicas que contribuyen a la salud (Polaino-Lorente, 1987).

En última instancia, ahora se hace responsable a la conducta y al personal estilo de vida de la mayor o menor salud física y mental de la población, así como de sus disfunciones (Polaino-Lorente, 1987).

1.2 MEDICINA CONDUCTUAL

A partir de la modificación del concepto de salud, de la aceptación de la importancia que tiene el comportamiento y los estilos de vida en la salud y de una serie de factores que se mencionarán posteriormente, es que la Psicología Conductual y la Medicina han posibilitado la intervención del psicólogo clínico en un conjunto de trastornos orgánicos –lo cual era impensable hace algunos años- con unos resultados verdaderamente esperanzadores.

La aportación de la Psicología Clínica al campo de la salud queda de manifiesto en las recientes y reiteradas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la necesidad de “invertir en salud” –además de curar la enfermedad- y la consideración de que la Psicología es importante en más de la mitad de los objetivos que plantea la OMS y es crucial en doce de ellos. Así, se ha demostrado que las principales causas de *muerte prematura* (tabaquismo, trastornos coronarios, estrés, drogadicción, SIDA, etc.) podrían ser reducidas en gran medida si la gente cambiara su estilo de vida, es decir, cambiara sus comportamientos (Buela-Casal & Caballo, 1991).

De esta forma se ha generado un creciente interés por vincular la psicología con los problemas de salud, es así que la psicología de la salud, la medicina conductual, la salud conductual y otras, son subcampos de conocimiento que tienen como propósito destacar la importancia que tienen los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, la terapéutica y en la rehabilitación de los problemas de salud, tal y como se perciben desde la óptica de la medicina clínica y experimental (Ribes, 1990).

En específico, una forma de conceptualizar el desarrollo de la Medicina Conductual es considerar que "representa un canal de comunicación entre un conjunto de disciplinas no conectadas previamente" (Agras, 1982 en Donker, 1991). Entre estas disciplinas se incluyen las ciencias conductuales y sociales, las ciencias biomédicas y las especialidades médicas. Un aspecto crucial es el camino recorrido desde la investigación básica hacia la aplicación clínica.

Desde el punto de vista de la medicina, un aspecto importante en este desarrollo es el resurgimiento del interés en cómo los factores ambientales y psicológicos interactúan con los procesos fisiológicos y bioquímicos para determinar el resultado de la historia natural y del tratamiento de la enfermedad. Nos situamos así en la bien conocida y compleja área de la vieja tradición psicosomática, dentro de la medicina, que nunca cumple sus promesas debido principalmente a una falta de estrategias efectivas de investigación e intervención (Donker, 1991).

La definición más precisa y clásica de Medicina Conductual es la que proporcionaron Pomerleau y Brady (1979 en Donker, 1991). La Medicina Conductual puede ser definida como:

1. El uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta, para la evaluación, prevención, entrenamiento o tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica.
2. El comportamiento de investigación que contribuye al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada con los trastornos médicos y con los problemas en el cuidado de la salud.

De la conferencia celebrada en Yale (Estados Unidos) sobre Medicina Conductual (Schwartz y Weiss, 1978 en Donker, 1991) se derivó el primer intento de perfilar formalmente esta área rápidamente desarrollada, de donde surge la definición que subraya el carácter multidisciplinar de la Medicina Conductual:

La Medicina Conductual es el campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de la ciencia conductual y biomédica, así como con el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad y la aplicación de

este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Conferencia sobre Medicina Conductual, Yale, 1978).

La medicina conductual surge, por una gran diversidad de factores, entre los que se pueden citar (Agras, 1982; Blanchard, 1982; Keefe y Blumenthal, 1982; Gentry, 1984 en Godoy, 1991).

1. El hecho de que los investigadores biomédicos y conductuales, operando independientemente, hayan sido incapaces de explicar satisfactoriamente por qué unas determinadas personas enferman y otras no.
2. El hecho de que el principal desafío que tiene la medicina esté relacionado con la evaluación y el tratamiento de las enfermedades crónicas, como, por ejemplo, los trastornos cardiovasculares o el cáncer, mucho más influidas, en su génesis y mantenimiento, por los factores conductuales y el estilo de vida de las personas.
3. La madurez alcanzada por las ciencias sociales y conductuales, así como los avances de la epidemiología conductual.
4. La insatisfacción con los tratamientos médicos y quirúrgicos de muchos problemas, tanto por los efectos secundarios indeseables de ciertos tratamientos como por el poco éxito de muchos de ellos.
5. El crecimiento del interés por la prevención de la enfermedad, la salud pública y la salud conductual, en parte debido al elevado costo del tratamiento médico de la enfermedad.
6. El renacimiento y rápido crecimiento de la psicología médica.

Y para finalizar este listado otros elementos que también han contribuido al desarrollo de la medicina conductual son (Godoy, 1991):

1. La necesidad de formalizar una mutua y estrecha colaboración entre medicina y psicología (disciplinas tradicionalmente distanciadas) que responda con realismo a las necesidades y objetivos de ambas.
2. La atmósfera científica actual en relación con los procesos de salud y enfermedad y por ello las soluciones interdisciplinarias al tratamiento y prevención de la misma.
3. El reconocimiento cada vez más extendido, entre los profesionales de la medicina, del importantísimo papel que en la génesis, exacerbación y mantenimiento/eliminación de las enfermedades

crónicas juegan los factores comportamentales, como muestra la necesidad creciente, en la medicina, del surgimiento de áreas subespecializadas centradas en estos aspectos comportamentales (psiconeuroendocrinología, psicodermatología, psicoimmunología, etc.).

A pesar de que la medicina conductual se perfila como una muy interesante área de aplicación de la psicología, con un estado de desarrollo relativamente avanzado y en constante expansión, hay que señalar, sin embargo, que aún existen importantes lagunas o problemas por resolver. Entre éstos se encuentran por su importancia, los relacionados con la investigación precisa de los mecanismos a través de los cuales los factores comportamentales contribuyen al mantenimiento de la salud y a la generación de la enfermedad, de una parte, y los relativos al desarrollo de programas adecuados de intervención cuyos objetivos sean la promoción general de la salud, y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, teniendo en cuenta que la actuación se dirigiría hacia aquellos factores comportamentales directamente relacionados con dicha salud y enfermedad (Godoy, 1991).

De lo tratado hasta aquí puede desprenderse que la característica definitoria básica de la medicina conductual es la consideración de la salud y la enfermedad, especialmente la crónica, como estados multideterminados por un amplio abanico de variables, entre las que deben incluirse las de tipo somático o biofísicas (genéticas, anatómicas, fisiológicas, bioquímicas, endócrinas, inmunológicas, etc.), las de tipo psicológico o comportamentales (estilos cognitivos, emociones, habilidades o recursos, conductas de riesgo, etc.) y las externas o ambientales, especialmente sociodemográficas y psicosociales (estatus social, raza, sexo, eventos vitales críticos, soporte social, etc.).

Ello supone, pues, una ampliación de los tradicionales modelos conceptuales médicos de la enfermedad, que normalmente restringen las causas de la misma a variables de tipo biofísico. Dicha ampliación se ha realizado, históricamente, en dos fases:

1. En un primer momento, la consideración de la participación en su génesis de factores psicológicos, siendo concebidos muchos trastornos como fenómenos de naturaleza psicossomática.
2. Posteriormente, la inclusión, entre los factores determinantes de la enfermedad, de los relacionados con el ambiente social, de forma que ésta es concebida como algo de naturaleza biopsicosocial o sociopsicosomática (Carrobbles, 1984 en Godoy, 1991).

De esta forma el modelo conceptual imperante en la medicina conductual no ha de ser un modelo restrictivo sino, mas bien, un modelo amplio que integre las diferentes variables o factores que conjuntamente determinan la salud y la enfermedad. Si estas últimas son actualmente concebidas como estados o procesos de naturaleza biopsicosocial, la necesaria integración debe hacerse desde un paradigma de tipo bioconductual o biopsicosocial (Engel, 1977, 1980; Krantz, Grunberg y Baum, 1985; Leigh y Reiser, 1980; Schwartz, 1982; Miller, 1983; Bayés, 1987 en Godoy, 1991).

1.3 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Para iniciar este inciso es importante aclarar que la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual son consideradas a menudo como sinónimos, lo que actualmente no es correcto.

La Psicología de la Salud representa la contribución específica de la disciplina de la psicología a esta base de conocimiento y técnicas llamada Medicina Conductual. Quizá la distinción más importante entre la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud sea la aproximación interdisciplinaria frente a la aproximación específica de la disciplina en lo referente a la salud y enfermedad (Belar, Deardorff, & Kelly, 1987; Donker, 1991).

Esta idea constituye la esencia de la definición de Psicología de la Salud que postula Matarazzo (1982 en Donker, 1991) y que refleja la postura sostenida por la División de Psicología de la Salud de la Asociación Psicológica Americana (APA):

La Psicología de la Salud es el conjunto de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento

de la enfermedad, para la identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y para el análisis y mejora del sistema de cuidado y de formación de la salud (Matarazzo, 1982, en Donker, 1991; Belar, et al., 1987).

El significado de esta definición es bastante claro: cualquier actividad de la psicología relacionada con cualquier aspecto de la salud, la enfermedad, el sistema de cuidado de la salud, o la formación de la salud es considerada dentro del campo de la Psicología de la Salud. Por tanto, la Psicología de la Salud se encarga de cuestiones básicas como (Donker, 1991):

1. ¿Cuáles son las bases fisiológicas de la emoción? y ¿cómo están relacionadas con la salud y la enfermedad?
2. ¿Pueden ser identificados los factores de riesgo conductuales de la enfermedad? y ¿cuáles son sus mecanismos de acción?
3. ¿Qué es estrés?
4. ¿Que factores contribuyen al desarrollo de las conductas de salud y de enfermedad?
5. ¿Qué papel pueden jugar los psicólogos en el sistema de cuidado de la salud?

Ahora bien, de los factores que están posibilitando la incorporación de la psicología y de sus profesionales a este nuevo modelo de salud se pueden mencionar los siguientes (Latorre, 1992; Donker, 1991; Godoy, 1991, Belar, et al., 1987).

___ El bienestar y la prevención forman parte del sistema de valores de los individuos, lo que se ve reforzado por los mensajes que conminan a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como una dieta pobre, la falta de ejercicio, el alcoholismo, etc.

___ También ahora los pensamientos, los sentimientos y el estilo de vida están siendo continuamente estudiados y en muchos casos se consideran requisitos para lograr y mantener la salud física.

___ La salud se considera un derecho social básico y el concepto de salud se amplía incorporando aspectos no estrictamente médicos y se entiende como un concepto integral que incluye la promoción, prevención, rehabilitación y reinserción. Actualmente lo más importante en las políticas sanitarias es la salud.

___ Durante el presente siglo se ha producido un cambio radical en las tasas de morbilidad y mortandad; y en estas pautas se ha constatado que *lo importante no es lo que la gente tiene sino lo que la gente hace*.

___ La aparición, desarrollo y aplicación del análisis funcional de la conducta y de la terapia del comportamiento a un gran número de problemas de salud, con un gran número de resultados positivos, ha abierto en el campo de la salud la posibilidad de que las intervenciones psicológicas puedan recomendarse como alternativas o como complemento a la intervención biomédica.

___ Actualmente se gastan grandes cantidades de dinero en salud sin llevar a la par un aumento en el estatus de salud de los ciudadanos.

___ El fracaso del modelo biomédico para explicar adecuadamente la salud y la enfermedad.

___ El creciente interés en cuanto a la calidad de vida y la prevención de la enfermedad.

___ El cambio que se ha dado de la prevalencia de las enfermedades infecciosas a la prevalencia actual de las enfermedades crónicas, con el reconocimiento de la influencia que tienen los estilos de vida sobre éstas últimas.

___ El desarrollo que ha tenido la investigación de la ciencia de la conducta incluyendo la aplicación de las teorías del aprendizaje, la etiología de la enfermedad, y las conductas de "enfermedad o salud".

___ El incremento en los costos de los cuidados de la salud y la búsqueda de alternativas para el sistema tradicional del cuidado de la salud.

Para entender el significado de esta disciplina valdría la pena hacer referencia nuevamente a los cambios en el concepto de salud dominante que actualmente se está desarrollando. Al respecto, Matarazzo (1984 en Latorre, 1992) señala que los factores de riesgo asociados a las principales causas de mortalidad caen en el factor denominado estilos de vida (Tabla N° 3). De acuerdo a este autor el estilo de vida (hábitos de comportamiento) explica más de la mitad de la variación de los datos, en cuanto a la influencia al comienzo y durante algunos problemas graves de salud.

FACTOR				
ENFERMEDAD	ESTILOS DE VIDA	FACTORES AMBIENTALES	FACTORES BIOLÓGICOS	SERVICIOS DE CUIDADOS DE SALUD
ENFERMEDADES CORONARIAS	54%	09%	25%	12%
TUMORES MALIGNOS	37%	24%	29%	10%
APOPLEJIA	50%	22%	21%	07%
ACCIDENTES (excepto automovilísticos)	51%	31%	04%	14%
ACCIDENTES (automovilísticos)	51%	18%	01%	12%
DIABETES	34%		60%	06%
MEDIA TOTAL	51%	19%	20%	10%

Tabla N° 3 Factores de riesgo y enfermedad

Por otro lado, para Reig, Rodríguez y Mira (1987 en Latorre, 1992) la psicología de la salud se basa en cuatro suposiciones básicas:

1. Que determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades, es decir, que la conducta es un factor de riesgo.
2. Que la modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud.
3. Que el comportamiento se puede modificar con relativa facilidad.
4. Que las intervenciones psicológicas pueden resistir (con balance favorable) un análisis de costo-utilidad-eficacia.

La psicología de la salud es el campo dentro de la psicología que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, y cómo responde una persona cuando esta enferma (Taylor, 1986 en Latorre, 1992).

A pesar de que la psicología de la salud estudia los aspectos psicológicos de la salud y la enfermedad, la atención se centra sobre la promoción y el mantenimiento de la salud.

Taylor (1986 en Latorre, 1992) señala 4 áreas de aplicación de la psicología de la salud:

1. El psicólogo de la salud está interesado por los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud.
2. Los psicólogos de la salud estudian también los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad.
3. Los psicólogos de la salud enfocan también su atención sobre la etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones. La etiología hace referencia a los orígenes o causas de la enfermedad y los psicólogos de la salud están especialmente interesados por los factores psicosociales que contribuyen a la salud y a la enfermedad.
4. Los psicólogos de la salud están interesados en el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes; y desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

Al mismo respecto Weinman (1990 en Latorre, 1992) menciona que las direcciones actuales y futuras de la psicología de la salud se centran en el estudio teórico y aplicado de los siguientes factores:

1. Los comportamientos como factores de riesgo para la salud.
2. El mantenimiento de la salud a través de los comportamientos (inmunizadores).
3. Las cogniciones acerca de la salud-enfermedad.
4. la comunicación, toma de decisiones y adherencia.
5. El medio ambiente en el que se produce el tratamiento, incluyéndose las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas a las que los pacientes son sometidos.
6. El afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad

Por su parte, Latorre (1992) refiere que hace aproximadamente ochenta años los patrones de la enfermedad han cambiado de forma sustancial en los países desarrollados. Mientras que la prevalencia de las enfermedades agudo-infecciosas ha disminuido de forma importante, debido a los avances en el tratamiento de esos trastornos y a los cambios en el modelo de salud pública, se ha producido un incremento considerable de las denominadas enfermedades

prevenibles, tales como el cáncer y los trastornos cardiovasculares. Y son precisamente estas enfermedades en las que los factores comportamentales y los estilos de vida se han puesto de manifiesto. La presencia o ausencia de ciertos comportamientos en el repertorio habitual de las personas, parecen propiciar un riesgo más elevado de trastornos graves de salud (Matarazzo, 1984 en Beneit, 1992).

Los factores de riesgo asociados a las principales causas de muerte (enfermedades del corazón, cáncer y los trastornos cardiovasculares) de acuerdo a Buceta (1990 en Beneit, 1992) pueden agruparse en cuatro grupos:

1. Conductas habituales, por exceso o por defecto, poco saludables, como fumar o beber alcohol en demasía, no seguir una dieta adecuada o no hacer ejercicio de manera regular.
2. Alteraciones de la salud, como la hipertensión o la diabetes en las que, a su vez, pueden influir variables psicosociales.
3. Carcinógenos ambientales, relacionados en parte con los comportamientos señalados en el primer grupo, o con otras conductas.
4. Elevados niveles de estrés.

Por otro lado, Beneit (1992) hace referencia a la diferenciación entre conductas de salud y conductas reductoras de riesgos; las conductas de salud incluyen todos aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general, como por ejemplo, seguir una dieta o hacer ejercicio; mientras que las conductas reductoras de riesgos, son aquellas que contribuyen a minimizar el riesgo asociado a determinados trastornos o enfermedades, como por ejemplo, no fumar o usar el cinturón de seguridad en el automóvil, aunque finalmente las dos se incluyen en el término genérico de conductas de salud. Ahora bien la importancia de las conductas de salud no sólo radica en que estén implicadas en los procesos de salud y enfermedad, sino que pueden fácilmente convertirse en hábitos (Beneit, 1992).

Entendiéndose por hábito de salud una conducta relacionada con la salud, que está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del sujeto y que se pone en marcha de una forma automática, es decir, sin que exista una clara conciencia de ello por

parte del sujeto. Estos hábitos se desarrollan inicialmente en tanto que son reforzados por determinadas consecuencias positivas, pero con el tiempo aparecen con independencia de los procesos de reforzamiento, siendo mantenidos por factores ambientales con los que habitualmente se asocian, es por esto, que los hábitos de salud son muy resistentes al cambio. Sin embargo cabe aclarar que los hábitos de salud son conductas aprendidas y, por consiguiente, se adquieren, se mantienen y se extinguen siguiendo las leyes del aprendizaje (Hunt et al., 1979 en Beneit, 1992).

Una última área de actuación dentro de la psicología de la salud es la referida a la promoción general de la salud, mediante la generación de programas que inciten a la población a optimizar su estado de salud y a mantenerlo vía la adopción de hábitos y estilos de vida saludables. Las actuaciones en esta área deben estar dirigidas a la concientización del valor que la salud tiene per se y la asunción de las propias responsabilidades en la promoción y mantenimiento de la misma.

La prevención de la enfermedad, especialmente la prevención primaria, se refiere a evitar la aparición del trastorno actuando sobre aquellos factores (ambientales o personales) relacionados con su génesis, o factores o conductas de riesgo, y la instauración en su lugar de hábitos y estilos de vida saludables (Godoy, 1991).

Los principales comportamientos de riesgo de problemas crónicos a los que podrían ir dirigidos los programas preventivos centrados en el sujeto son el tabaquismo, el alcoholismo y las demás conductas adictivas, los patrones alimenticios inadecuados, la falta de actividad física, la falta de higiene y la falta de descanso y el ocio. A estos tipos de comportamiento insano e irresponsable, común a muchas clases de problemas, habría que sumarles otros más específicos para determinados trastornos, como, por ejemplo, el patrón de conducta tipo A (por el riesgo de trastornos coronarios) o la promiscuidad sexual.

A nivel secundario, las actuaciones deben dirigirse a la detección precoz del trastorno, a fin de intervenir en sus primeras etapas de desarrollo, cuando el pronóstico de recuperación es más favorable.

Piéñese, en este sentido, lo importante que sería este tipo de actuaciones en la detección e intervención temprana de determinados problemas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la obesidad.

Como se puede observar en este capítulo se ha abordado la importancia que juegan ciertos comportamientos, como factores de riesgo en algo tan importante para el ser humano como es la salud; uno de esos comportamientos de riesgo para la salud lo constituye el patrón conductual tipo A que será expuesto en el capítulo siguiente.

2. PATRÓN CONDUCTUAL TIPO A EN ADULTOS

2.1 ENFERMEDAD CORONARIA

Como se mencionó en el capítulo anterior, a pesar de los avances en la investigación y la práctica, en las pasadas tres décadas, la enfermedad cardiovascular (EC) permanece como la principal causa de muerte en los Estados Unidos. Aun cuando existen otras clases de enfermedad cardiovascular, como la hipertensión, la apoplejía, y las enfermedades crónicas del músculo o las membranas del corazón, la enfermedad coronaria explica la mayoría de las muertes por enfermedad cardiovascular (American Heart Association, 1987). Además, de que al año aproximadamente el 45% de las muertes por EC, son prematuras, afectando a individuos de menos de 65 años. Más aun, la EC es una enfermedad crónica, contra la que tienen que luchar aproximadamente 4.8 millones de personas en los Estados Unidos (Houston & Snyder, 1988; Roskies, 1987).

La enfermedad coronaria es el término dado a las enfermedades cardiovasculares, caracterizadas por un suministro inadecuado de oxígeno al corazón. Las principales formas sintomáticas de la EC son angina de pecho (dolor severo en el pecho), y el infarto al miocardio (ataque al corazón). Se considera a la aterosclerosis coronaria (estrechamiento de las arterias coronarias) el sustrato común de las diferentes formas de la EC. Más aún, la consecuencia más seria de un infarto es la muerte (Houston & Snyder, 1988; Roskies, 1987).

Aun para aquellos lo suficientemente afortunados que sobreviven a un ataque cardíaco, el impacto negativo es severo para el individuo, para la familia y para la sociedad en general. Económicamente, están los costos directos de la unidad de cuidados coronarios y posiblemente cirugías posteriores, mientras que indirectamente los costos incluyen la incapacidad de trabajar por al menos algunos meses, y para algunos la incapacidad, total o parcial, de volver a trabajar. Psicológicamente, existe la probabilidad de un deterioro en la calidad de vida, como reducción de la actividad sexual y deterioro de las relaciones familiares. Finalmente está el miedo real de un infarto subsecuente; entre los sobrevivientes de un episodio inicial, más de uno en tres, sufrirá un segundo infarto potencialmente mortal en cinco años (Roskies, 1987).

La mortalidad por enfermedad coronaria parece ser un producto de la civilización occidental de este siglo. El infarto al miocardio o ataque cardíaco fue relativamente raro hasta los inicios de este siglo, pero desde los inicios de 1920's, el incremento en las tasas de mortalidad le ha ganado al incremento de la población, y la incidencia de enfermedad coronaria ha alcanzado proporciones pandémicas en los 1950's y 1960's. En años recientes la mortalidad ha empezado a declinar en los Estados Unidos, pero no es claro si es un decremento en la incidencia de la enfermedad o simplemente hay más sobrevivientes debido a las mejoras o perfección del tratamiento médico (Roskies, 1987).

La enfermedad coronaria es por definición, el resultado de un suministro inadecuado de oxígeno al corazón. Mientras que las razones de esta deficiencia no son totalmente claras, una causa principal es el estrechamiento de las arterias coronarias por la acumulación gradual de placa o escaladura en sus paredes. El proceso de acumulación de placa es lento, ocurre en un período de 20 a 40 años, y múltiples factores de riesgo contribuyen a ello (Roskies, 1987).

Los factores de riesgo de las enfermedades coronarias pueden ser divididos entre aquellos que están más allá del control del individuo (ej. historia familiar de enfermedades del corazón, edad avanzada, presencia de diabetes mellitus), y aquellos que están parcial o completamente bajo el control del individuo (ej. fumar, colesterol elevado, hipertensión no controlada, obesidad y posiblemente falta de ejercicio). Los factores de riesgo interactúan sinérgicamente para multiplicar la probabilidad de un ataque cardíaco; de acuerdo a los datos del estudio epidemiológico Framingham, la presencia de dos factores de riesgo incrementa cuatro veces la probabilidad de desarrollar la enfermedad, y una persona con tres factores de riesgo, tales como fumar, alta presión sanguínea y nivel elevado de colesterol, tiene ocho veces más probabilidades de desarrollar EC en comparación con una persona que no tenga ningún factor de riesgo (Roskies, 1987).

Los factores de riesgo de la EC, antes mencionados, han tenido una amplia aceptación entre los epidemiólogos y generalmente son

considerados los factores de riesgo tradicionales. Sin embargo, en conjunto, ellos explican menos de la mitad de los episodios de EC, en hombres de mediana edad, la población con mayor riesgo de EC prematura en los Estados Unidos (Jenkins, 1971 en Roskies, 1987). La necesidad de identificar y controlar los factores de riesgo para el resto del 50% de los episodios de EC, ha llevado a la exploración de posibles influencias conductuales y psicológicas.

2.2 PATRÓN CONDUCTUAL TIPO A

El incremento en la incidencia de enfermedades cardiovasculares y su estudio cuidadoso a través de historias clínicas, 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 las enfermedades cardiovasculares. La correlación entre estos elementos y la aparición de alguna enfermedad cardiovascular permitió la identificación de los denominados factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, que son los siguientes: hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, ingesta excesiva de sal, factores hereditarios, estrés y la presencia del patrón conductual tipo A (PCTA).

Este patrón constituye una amplia gama de elementos cognitivos, emocionales, estilos personales de funcionamiento de un individuo y es la conducta observable que emerge cuando una persona predispuesta es confrontada con una situación de reto.

Quienes poseen el patrón de conducta tipo A se encuentran en riesgo de padecer enfermedad coronaria (EC), como o han demostrado los estudios Western Collaborative Group Study (WCGS) y Framingham. En 1981, el Panel Review otorgó oficialmente al patrón conductual tipo A el estatus de factor independiente, comparable a los cuatro factores de riesgo tradicionales juntos -hipertensión, colesterol, tabaquismo y edad-. La American Heart Association considera el patrón conductual tipo A, como un factor de riesgo para la aparición de enfermedad coronaria tan importante como el colesterol excesivo o la hipertensión arterial. Por primera vez se otorga a un factor psicosocial un valor de riesgo para la cardiopatía isquémica (Cuesta, 1990; Martín & Riesco, 1998). Dicho de otra forma y utilizando las palabras de Jenkins "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 grave enfermedad física (Reynoso & Seligson, 1997).

El patrón conductual tipo A no sólo constituye una demostración inusualmente clara de la importancia etiológica de la conducta con posibilidad de predecir independientemente la futura emergencia de una enfermedad somática muy importante, sino que también es un magnífico ejemplo del tipo de problema médico para el que tienen poca relevancia los tradicionales remedios farmacológicos y/o quirúrgicos. El principal problema conceptual que complica tanto a los teóricos como a los investigadores y terapeutas en el caso de los sujetos tipo A es la confusión existente entre riesgo coronario y conducta tipo A. No todas las conductas que presenta un sujeto 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. De este modo, el patrón conductual tipo A en lo global contiene tanto componentes benignos como otros predisponentes a la enfermedad coronaria.

2.3 PRECURSORES A LA CONDUCTA TIPO A

En su libro Roskies (1987) presenta una semblanza de los antecedentes de la conducta tipo A, mencionando que desde el siglo XVIII pueden encontrarse referencias aisladas de los factores emocionales en la sintomatología de la EC, pero que la primera descripción clínica de un comportamiento específico tipo A se encuentra al final del último siglo en el trabajo de Osler. Él describió al típico paciente coronario como un hombre entusiasta (astuto) y ambicioso, cuya maquinaria está programada a máxima velocidad hacia delante. Según Osler, este patrón era tan característico, que él podía hacer un diagnóstico de angina de pecho, simplemente por la apariencia y comportamiento del paciente. Con el incremento dramático de las EC en la primera mitad del siglo, surgió por parte de los psiquiatras y de la nueva creaciones de investigaciones psicosomáticas un gran interés hacia los factores personales en las EC. Menninger y Menninger (1936) estudiaron a pacientes con EC y enfatizaron que estos pacientes presentaban una frecuente exhibición de una personalidad fuertemente agresiva; Dunbar (1943), uno de los

pioneros de la medicina psicosomática, afirmaba que el manejo duro y dirigido al objetivo, de los pacientes coronarios constituían una personalidad coronaria; Kemple (1945) confirmó la percepción de que los enfermos coronarios son extremadamente ambiciosos y luchan compulsivamente para llevar a cabo sus objetivos, hacia la búsqueda de poder y prestigio.

2.4 DEFINICIÓN DEL PATRÓN CONDUCTUAL TIPO A (PCTA)

Finalmente fueron dos *cardiólogos Meyer Friedman* y *Ray Rosenman* quienes en la década de los cincuenta, comienzan a reexaminar a sus propios pacientes coronarios y a partir de una serie de estudios clínicos y de laboratorio sobre el papel de la conducta y del sistema nervioso central en el desarrollo de las enfermedades coronarias, describen y dan nombre al Patrón de Conducta Tipo A o, como también suele llamarse, patrón de conducta de predisposición coronaria (Del Pino & Perez, 1993; García, 1993; Roskies, 1987).

Que definieron como "un complejo activo emotivo, que puede observarse en cualquier persona comprometida en una lucha relativamente crónica para lograr un número de cosas normalmente ilimitadas de su ambiente, en el menor tiempo posible, y/o contra los esfuerzos de otras personas o cosas de su mismo ambiente" (Friedman & Rosenman 1976). Esta definición de conducta de tendencia coronaria difiere de las tradicionales definiciones psiquiátricas de la personalidad coronaria en dos aspectos; primero, el término personalidad fue reemplazado por la frase complejo activo emotivo, haciéndolo más cercano al nivel de conducta observable; y segundo, las influencias ambientales, en la forma de oposición a cosas y personas y con la importancia de la elicitación del patrón (Roskies, 1987).

Desde el descubrimiento del PCTA 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 (Reynoso & Seligson, 1997).

2.5 CARACTERÍSTICAS DEL PCTA

Los sujetos que presentan este patrón de conducta, llamados tipo A, parecen estar en una lucha crónica para llevar a cabo objetivos pobremente definidos o para conseguir un número excesivo de cosas de su ambiente y también parecen estar en conflicto habitual con otros y con el tiempo, enfrentando agresivamente lo que ellos perciben como retos.

En la formulación del PCTA, se consideró que los individuos tipo A de ambos sexos comparten las siguientes características: 1) una intensa y sostenida energía para llevar a cabo objetivos auto-seleccionados pero con frecuencia pobremente definidos; 2) una profunda y vehemente competencia; 3) un profundo deseo de reconocimiento y de progreso; 4) un continuo comprometerse en múltiples y diversas funciones sujetas a restricciones de tiempo; 5) una propensión habitual para acelerar la tasa de ejecución de muchas funciones físicas y mentales; 6) una extraordinaria alerta mental y física; y 7) sentimientos agresivos y hostiles (Friedman & Rosenman, 1959; Rosenman y Friedman, 1961; Rosenman et al., 1964 en Rosenman, Swan, & Carmelli, 1988).

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

Estas conductas se canalizan 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. Los componentes del PCTA son considerados como una serie de conductas que surgen en individuos susceptibles cuando son desafiados por un determinado ambiente (Del Pino & Pérez, 1993; García, 1993; Reynoso & Seligson, 1997).

Para Rosenman et al. (1988) es el aumento de la agresividad en las personas tipo A lo que los lleva a un desempeño agresivo y ambicioso, a un incremento de la alerta mental y física, tensión muscular, y un estilo de habla rápido y explosivo. El sentido crónico de urgencia de tiempo produce inquietud, impaciencia y la aceleración habitual de muchas actividades. Y esto a su vez puede resultar en irritabilidad y el aumento potencial de hostilidad y enojo el cual es encubierto en muchos individuos Tipo A.

Actualmente tiende a concebirse este patrón como un perfil multidimensional constituido por factores de muy diversa índole o naturaleza. Entre ellos se encuentran (García, 1993):

- a) Componentes formales, que incluye gran fluidez verbal, intensidad de voz alta, actividad psicomotora intensa, tensión de los músculos faciales, gestos enfáticos, y otros manierismos típicos.
- b) Actitudes y emociones, como la hostilidad, impaciencia, ira y agresividad,
- c) Aspectos motivacionales, en donde se habla de motivación al logro, competitividad, orientación al éxito y ambición.
- d) Conductas observables, como urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad, e implicación en el trabajo.
- e) Aspectos cognitivos, que incluye necesidad de control ambiental, estilo atribucional característico y características específicas.

Es importante mencionar que aunque la conducta tipo A puede estar conformada por todos y cada uno de los factores mencionados, en la práctica es muy difícil que un individuo exhiba todos estos componentes.

El PCTA no es una situación estresante ni una respuesta de distrés, y como tal no es un sinónimo de estrés. Se basa en un conjunto de valores, pensamientos y relaciones interpersonales, las cuales se manifiestan por gestos característicos, expresión facial, patrón respiratorio, actividad motora y un estilo de habla (Reynoso, 1991).

La marcada incidencia de enfermedades coronarias en muchas de las sociedades industrializadas en el siglo XX, pueden haber resultado, en parte, a causa de que estas sociedades fomentaron el PCTA a través de las recompensas que se otorgan a aquellos quienes se desempeñan más rápida, agresiva y competitivamente. El incremento de la incidencia de EC se ha asociado con la urbanización y densificación de población y el consecuente incremento de la necesidad de la interdependencia de servicios finamente sincronizados. Este nuevo ambiente que estimula la competitividad y la dimensión enojo-hostilidad que están asociadas con el nuevo estrés, no experimentado por generaciones anteriores o por poblaciones contemporáneas no industrializadas (Rosenman, 1978).

Debe enfatizarse que el PCTA es la consecuencia de la interacción entre ciertos atributos y predisposiciones de la personalidad de un individuo, el medio ambiente, y la percepción de estresores ambientales como desafíos. A causa de este proceso interactivo es que emerge un estilo de vida agresivo, hostil y de urgencia de tiempo el cual se asocia frecuentemente con una alerta psicofisiológica incrementada. En parte el PCTA puede considerarse como una respuesta de afrontamiento usada para contrarrestar el desafío de pérdida de control actual o bien potencial, con el fin de mantener el control sobre los eventos que amenazan el sentido de control del medio ambiente del individuo. Este intento de control se ve reflejado en su desempeño y en su ritmo acelerado, y frecuentemente incluye un compromiso vocacional en el cual otros aspectos de la vida se rechazan (Rosenman et al. 1988).

En esta conceptualización, el PCTA fue considerado un conjunto relativamente específico de conductas que no pueden ser igualadas con la ansiedad, preocupación, miedo, depresión o neurosis (Rosenman et al. 1988).

2.6 CONDUCTA TIPO B

La conducta tipo B se consideró como la relativa ausencia del PCTA. Se considera que los sujetos tipo B son más relajados, serenos, y fácilmente satisfechos, y menos interesados con el progreso y con la adquisición de necesidades. Se vuelve pues aparente que la conducta tipo B, no es sólo la ausencia de muchas de las conductas tipo A, sino más bien ser tipo B refleja un estilo de afrontamiento diferente caracterizado por una falta de urgencia de tiempo, impaciencia y respuestas hostiles (Rosenman & Chesney, 1982 en Rosenman et al. 1988).

Friedman (1996) menciona que los sujetos tipo B, en comparación con los tipo A, son más seguros y tienen una mayor autoestima, y proporciona más características de los sujetos tipo B, los describe como personas que pueden escuchar a otros sin impacientarse; pueden tolerar, sin impacientarse o enojarse, errores triviales de otras personas; pueden dar afecto así como recibirlo; aceptan las críticas; pueden delegar el trabajo a otros, etcétera.

2.7 ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Los primeros trabajos epidemiológicos que confirmaron la relación del patrón conductual tipo A con el riesgo coronario fueron el Western Collaborative Group Study (WCGS) (Rosenman et al. 1975) y, una década más tarde, el estudio Framingham (Haynes & Feinleib, 1982). Ambos estudios fueron de tipo prospectivo, se llevaron a cabo en una población base de Estados Unidos y tuvieron una duración de ocho años. Los dos obtuvieron como resultado la mayor prevalencia de patología coronaria en los sujetos que habían sido evaluados como tipo A.

Otro de los estudios epidemiológicos es el Honolulu Heart Study (Cohen, Syme, Jenkins, Kagan & Zyzanski, 1979), realizado en una población norteamericana descendientes de inmigrantes japoneses.

Los resultados de este trabajo fueron distintos de los anteriores. Tanto la prevalencia del patrón conductual tipo A como la de la cardiopatía isquémica demostró ser muy inferior a la población media de Estados Unidos y no se hallaron correlaciones significativas entre ambos

aspectos. Los resultados de este estudio podrían sugerir que las diferencias culturales influyen en el desarrollo del patrón y su poder predictor de riesgo coronario.

Algunos estudios europeos también han investigado la prevalencia del PCTA y los problemas coronarios. El estudio franco-belga (Kittell, Kornitzer, De Backer & Drameix, 1982) muestra una prevalencia menor del patrón tipo A en la población estudiada que en la población norteamericana, pero confirma la relación entre patrón conductual tipo A y cardiopatía isquémica.

2.8 EVALUACIÓN DEL PATRÓN CONDUCTUAL TIPO A

Los instrumentos de evaluación del patrón conductual tipo A en adultos, más utilizados, son la Entrevista Semiestructurada de Friedman y Rosenman, el Inventario de Actividad de Jenkins (JAS), el cuestionario desarrollado por Bortner, el cuestionario desarrollado por Reynoso.

2.8.1 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

La entrevista semiestructurada (ES) se creó con la finalidad de evaluar a los sujetos que participaban en el primer estudio epidemiológico sobre el PCTA, el WCGS. En la actualidad sigue siendo el instrumento de mayor validez para la detección y medida del PCTA, ya que se basa en la provocación y detección de los aspectos motivacionales.

La entrevista está compuesta por 15 ítems estándar y por un número de preguntas espontáneo, limitado únicamente por la duración de la entrevista, que no debe exceder los 30 minutos, además debe de ser videograbada. Los ítems no estandarizados dependen de las respuestas que da el sujeto durante la entrevista, por ejemplo, contradiciendo sus opiniones o cualquier otra cuestión que pueda suscitar en los sujetos comportamientos y actitudes característicos del patrón tipo A.

La entrevista presenta dos bloques de ítems, unos dirigidos al diagnóstico y control de la sensación de urgencia, y otros al diagnóstico y control de la hostilidad. Cada uno de estos bloques contiene preguntas dirigidas a la obtención de datos biográficos,

juicios de autovaloración y cuestiones que permiten observar las manifestaciones psicomotoras.

En la entrevista se evalúan los siguientes componentes:

1. Contenido: se evalúa el contenido de las respuestas a diferentes cuestiones. Los contenidos detectan frecuentemente la incapacidad del sujeto tipo A para la autocritica, o incluso el poco conocimiento que tiene de sus características. Además de que muchas de sus afirmaciones sugieren facilidad para la tensión.
2. Estilo de voz: A diferencia de los sujetos tipo B, la voz de los sujetos tipo A es enérgica y potente. Su lenguaje tiende a ser rápido y debido a ello, en ocasiones puede dar lugar a la supresión de sílabas o vocablos terminales. Su impaciencia y la necesidad de controlar la entrevista lo lleva a interrumpir al entrevistador, por lo que existe una serie de preguntas cuya lentitud y complejidad invita a tales interrupciones.
3. Conductas y actitudes competitivas y hostiles: Debido al malestar que le supone ser evaluado por otra persona, el sujeto tipo A suele dar respuestas ambiguas o de desacuerdo, incluso puede llegar a menospreciar la entrevista. En este subgrupo se evalúan también las posibles generalizaciones agresivas y la competitividad que muestra tanto con niños como con adultos.
4. Conducta motora: En los cuatro subgrupos anteriores, predomina la evaluación de la ausencia o presencia de las características citadas, en éste, además de evaluar la ausencia o presencia de conductas como movimientos bruscos o repetitivos, dificultad para estar inmóvil, gestos crispados, postura tensa, actitud vigilante, parpadeo, gestos similares a tics, etcétera, tan característicos en los sujetos tipo A, se evalúa la frecuencia de aparición de dichas conductas durante toda la entrevista.
5. Indicadores fisiológicos: Se valora la pigmentación periorbitaria y la transpiración excesiva de frente y labio superior. Estos indicadores fisiológicos se consideran epifenómenos de la activación de diferentes parámetros biológicos y son producto de la cuidadosa observación global de estos sujetos.

2.8.2 INVENTARIO DE ACTIVIDAD DE JENKINS (JAS)

La necesidad de crear un cuestionario para la detección del patrón conductual tipo A, más fácil de manejar y que pudiera permitir evaluar grandes muestras para la realización de estudios epidemiológicos, tuvo como consecuencia la creación del inventario de actividad de Jenkins (JAS) (Jenkins, Zyzanski & Rosenman, 1979).

El JAS es el resultado de la selección de preguntas de la Entrevista Semiestructurada, que pone énfasis en determinados componentes del patrón tipo A. Valora contenidos y actitudes, por lo tanto nunca podrá ser tan preciso como la ES. Son medidas independientes, no intercambiables y que cuantifican distintos aspectos del PCTA.

Se han realizado cinco ediciones JAS, la primera en 1965, y la definitiva, la forma C en 1979. La forma C del JAS consta de 52 ítems y contiene cuatro subescalas producto del análisis factorial de los ítems detectores del patrón.

Las subescalas tienen las siguientes características:

Subescala A/B: (Conductas tipo A) evalúa hasta qué punto el sujeto es consciente de las características que presenta.

Subescala H: (Dureza) registra estilos y actividades duras, distantes, dominantes y competitivas.

Subescala S: (Rapidez-impaciencia) evalúa la velocidad en la actuación y ante cualquier demora, indicativa de fácil irritabilidad.

Subescala J: (Implicación laboral) evalúa jornadas de trabajo interminables y retos profesionales frecuentes.

La forma C del JAS está traducida y validada al francés, al flamenco y al polaco y ha servido de inspiración y referencia a los cuestionarios elaborados en distintos países.

2.8.3 CUESTIONARIO DESARROLLADO POR REYNOSO (1987).

En México no existía un instrumento de evaluación del PCTA hasta el año de 1987, en que se desarrolló un cuestionario que consta de 20 ítems. El cuestionario está basado en la formulación conceptual de patrón conductual tipo A tal y como fue ofrecida por Friedman y

Rosenman; supone al igual que el JAS, que el sujeto que responde dicho cuestionario realiza una sincera autoevaluación (Reynoso & Seligson, 1997).

Este cuestionario tiene un rango de puntuación de 20 a 78. Se clasifica a los sujetos como tipo A si obtienen una puntuación mayor a 58, como no A con una calificación menor a 40, y como intermedios si obtienen una puntuación entre 40 y 58.

Finalmente en años recientes se ha incrementado el interés por vincular el patrón conductual tipo A con ciertas características, así por ejemplo, se ha relacionado la conducta tipo A con algunas emociones como por ejemplo la desconfianza (Catipovic-Vaselica et al. 1996); con la ansiedad, depresión y quejas físicas (ej. Woods & Burns, 1984 en Sumi & Horie 1997); con estrés por depresión (Nakano en Sumi & Horie 1997); Lee, Ashford & Jamieson (1993) encontraron una relación moderada con el optimismo; mientras que Sumi & Horie (1997) hablan de una relación negativa; así también se encuentra una relación negativa con la "agradabilidad" y una relación positiva con la extroversión (Morrison, 1997).

En cuanto a las variables sociodemográficas relacionadas con la conducta tipo A se ha encontrado por ejemplo, que los puntajes tipo A son identificados en una mayor proporción entre directores y ejecutivos que entre trabajadores manuales. En relación con la educación se observan más sujetos tipo A en personas con nivel educativo universitario que con sólo educación primaria o secundaria. Curiosamente en Polonia los puntajes tipo A son más comunes en las mujeres que en los hombres, mientras que en Estados Unidos es lo contrario. No se observan diferencias entre fumadores y no fumadores, ni entre profesar o no alguna religión (Catipovic-Veselica et al. 1995).

También se ha encontrado que un subgrupo de alto riesgo (en el estudio Framingham) lo compone la combinación de las características tipo A en los hombres y el estatus educacional de sus esposas. La incidencia a los 10 años de EC fue de 29.3% para los individuos tipo A casados con mujeres con un nivel alto de educación, 14.7% para los hombres casados con mujeres con un nivel menor de educación (ej. menos de 12 años), 11.1 para hombres tipo B casados con mujeres

con un nivel académico alto. En otro estudio de factores de riesgo apareado con la esposa, Carmelli, Swan y Rosenman en (Frankish & Linden, 1996) encontraron que los hombres tipo A casados son mujeres con mas de 13 años de estudio incrementaron el radio de riesgo en 3.6 comparado con el .04 de los hombres tipo B. Frankish & Linden concuerdan en la designación epidemiológica de alto riesgo en los hombres tipo A, con una esposa con un alto nivel académico.

En resumen, como construcción el patrón conductual tipo A es ante todo un patrón de actividad, el sujeto tipo A vive en una continua sensación de urgencia con la intención de realizar el mayor número de cosas en el menor tiempo posible, en competición con el medio para la obtención ilimitada de objetivos. Es por ello que el sujeto tipo A es impaciente, veloz, impulsivo, y necesita tener el control total de su entorno. Con frecuencia es el reconocimiento social y por tanto el bienestar material su mayor esfuerzo. Estas conductas dominantes suelen dar lugar a relaciones hostiles que predisponen al sujeto a sentir emociones de cólera o ira encubierta y a una hiperreactividad cardiovascular.

La constelación de conductas tipo A puede ser identificada en niños tan jóvenes como de jardín de niños y de primaria (Matthews & Angulo 1980). Además de que niños clasificados como tipo A, parecen comportarse y responder fisiológicamente al estrés de manera similar a sus contrapartes los individuos adultos tipo A (Roskies, 1987).

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 relativa ausencia de evidencia 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 (Bergman & Magnusson, 1986; Eageston et al. 1986; Visintainer & Matthews 1987).

Debido a la importancia que tiene conocer el inicio y desarrollo del PCTA surge la necesidad de realizar una revisión más extensa de dicho patrón en niños, la cual se presenta en el siguiente capítulo.

3. PATRÓN CONDUCTUAL TIPO A EN NIÑOS

Las limitaciones de los predictores médicos tradicionales, la evidencia convincente de la senda o continuidad de muchos factores y conductas de riesgo cardiovasculares y la designación del patrón conductual tipo A como un factor de riesgo independiente para las enfermedades coronarias en adultos ha llevado a asegurar una alta densidad en la investigación en el área del patrón conductual tipo A en niños, es decir, desde el campo del adulto donde se originó, al de los niños y adolescentes.

3.1 DEFINICIÓN

Con base en investigaciones de campo y de laboratorio, Matthews (1981) conceptualizó la conducta Tipo A en niños como "un distintivo estilo de afrontamiento ante eventos potencialmente incontrolables" (p.143). Enfatizando principalmente tres componentes conductuales del patrón Tipo A "competitividad-lucha por el éxito, un sentido de urgencia de tiempo e impaciencia, y agresividad-hostilidad.

3.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO DEL PCTA EN NIÑOS

No sería sorprendente que se cuestionase la necesidad de traspolar el patrón conductual Tipo A al entorno infantil y juvenil, especialmente si se considera que las manifestaciones de trastornos cardiovasculares (tales como trombosis, ataque cardíaco, angina de pecho...) no son, realmente, muy frecuentes entre este tipo de poblaciones. Existen, sin embargo, varias razones que justifican este interés (Cuesta 1990):

a) Se ha acumulado cierta evidencia empírica que apoya la hipótesis según la cual ciertas alteraciones consideradas entre los más importantes precursores de la morbilidad y la mortalidad debidas a trastornos cardiovasculares comienzan a desarrollarse en la infancia y la adolescencia. Así, Conde et al. (1971 en Cuesta 1990) han demostrado que si bien la hipertensión secundaria es relativamente rara entre personas jóvenes, no lo es tanto la hipertensión esencial. En este mismo sentido, recientemente se ha sugerido que las lesiones de las arterias coronarias (fundamentalmente aterosclerosis) se inician en una época temprana de la vida (Räikkönen, & Keltikangas-Järvinen, 1989), pudiendo estar claramente definidas durante la adolescencia.

En autopsias realizadas sobre soldados adolescentes de la guerra de Corea y de Vietnam, se encontró, en casi la mitad de ellos, signos de aterosclerosis coronaria (Enos et al. 1953; McNamara, 1971 en Cuesta).

b) Es muy posible que la detección precoz de este tipo de comportamientos, o patrones de conducta, faciliten en gran medida los programas terapéuticos, especialmente si se considera que estos comportamientos resultan mucho más fácilmente reeducables durante la infancia/adolescencia que en períodos posteriores de la vida, y, especialmente si se considera como han apuntado Kannel et al. (1975) "... La naturaleza de las alteraciones cardiovasculares es tal, que el tratamiento directo únicamente puede ser sintomático... sólo una aproximación preventiva... puede ofrecer un impacto sustancial" (pp. 585-586 en Cuesta, 1990).

c) Finalmente, existen importantes datos según los cuales el PCTA se traduce, en niños, en comportamientos académicos poco propicios para el adecuado rendimiento escolar, los cuales pueden llegar, incluso, a distorsionar, en ocasiones, el desarrollo correcto del grupo académico entero. Bien es verdad, por contraposición, que parece haberse encontrado, entre adolescentes, un comportamiento inverso, en el que las pautas de conducta altamente académica prevalecen (Whalen et al. 1986; Blaine et al. 1982 en Cuesta, 1990).

3.3 ESTUDIOS LONGITUDINALES

La cuestión acerca del origen y desarrollo del patrón de conducta tipo A es una de las más difíciles que se han planteado en este terreno. A pesar de que en las investigaciones realizadas sobre conducta tipo A en niños han puesto de relieve una cantidad importante de información que permite afirmar que es posible identificar el patrón de conducta tipo A en niños y adolescentes, este dato, por sí mismo, resulta insuficiente para permitir suponer que dicho patrón surge en la infancia. Una suposición de esta naturaleza ha de venir sustentada, al menos por dos evidencias adicionales: 1) que la conducta de los niños clasificados como tipo A se relaciona con variables teóricamente relevantes del constructo (correlatos cardiovasculares y correlatos comportamentales), y 2) que tal patrón comportamental muestre estabilidad temporal (Cuesta, 1990).

Con respecto a este segundo punto, los estudios longitudinales que investigan directamente el patrón de conducta tipo A, son escasos,

únicamente se conoce el estudio de Matthews y Avis (1983), en el que se investigó la estabilidad del PCTA en niños y niñas durante un año. Estos autores encontraron coeficientes de estabilidad con valores medios de 0.55, los cuales se incrementaban a medida que aumentaba la edad inicial. Asimismo, se encontró que entre la clase media no aparecían diferencias en la evolución en función del sexo, mientras que en clases más altas los niños eran menos estables (en cuanto al mantenimiento del patrón tipo A) que las niñas, tendiendo los primeros a incrementar sus puntuaciones en el patrón a medida que pasaba el tiempo. Probablemente la interpretación más adecuada a este dato resida en el hecho de que entre la clase más alta se incrementa notablemente la presión educacional sobre los niños varones, en mayor grado que sobre las niñas. En cualquier caso, esta interpretación no deja de ser una especulación, sin fundamento empírico, por el momento (Cuesta, 1990).

Ahora bien, en cuanto a los estudios longitudinales que incluyan componentes directamente relacionados con dicho patrón, aun cuando no fuesen expresamente concebidos en este contexto, se encuentra por ejemplo, que diferentes autores han comprobado que el nivel de fuerte motivación de logro-oposición en niños de educación básica se mantiene estable hasta la edad adulta (Block, 1971; Kagan et al., 1962 en Cuesta, 1990). La impulsividad (rasgo probablemente asociado a la impaciencia) también mantiene una constancia muy elevada longitudinalmente (Block, 1971 en Cuesta). La competitividad, la ira y la agresividad se mantienen, asimismo, muy similares con el paso del tiempo (Olweus, 1975; Kagan et al., 1962 en Cuesta, 1990).

Uno de los trabajos más amplios e interesantes llevados a cabo en este sentido, ha sido realizado por Bergman y Magnusson, (1986) su estudio se inició cuando los sujetos tenían 13 años de edad; a los 27 años (es decir, 14 años después), se les aplicó un cuestionario de conducta tipo A, los resultados fueron, en síntesis, los siguientes: cuando los sujetos eran clasificados como agresivos y autoexigentes a los 13 años, el 88 % fue clasificado como tipo A a los 27 años, frente al 36% de los sujetos clasificados no agresivos ni autoexigentes a los 13 años ($p < 0.05$). La variable agresión presentó el mayor peso entre los varones, mientras que en la mujer lo fue la variable hiperactividad. Si se considera que parece estar establecido que la hiperactividad y la agresividad permanecen relativamente constantes a lo largo del

tiempo, es posible inferir, indirectamente, la estabilidad de algunos componentes básicos que conforman el patrón tipo A. El hecho de que la variable agresividad sea más marcada entre los niños respecto a las niñas, ha sido puesto de manifiesto en repetidas ocasiones (Matthews y Angulo, 1980), pero las causas de ello y su posible incidencia sobre el desarrollo del PCTA permanecen poco claras, especialmente si se considera que tales diferencias suelen desaparecer entre los adultos (Bergman y Magnuson, 1986).

En suma, se ha encontrado evidencia empírica que permite suponer una relativa estabilidad del PCTA desde épocas tempranas de la vida, así como cierta consistencia de dicho patrón. En consecuencia, parece razonable suponer que puede existir un proceso etiológico desarrollado en fases muy tempranas del individuo. Lo cual no excluye, obviamente, que otros procesos, independientes o interrelacionados, se desarrollen posteriormente.

3.4 ETIOLOGÍA

Ahora bien, la investigación sobre los antecedentes o componentes en la etiología de la conducta tipo A, hace referencia a la intervención de dos factores: los genéticos y los ambientales.

3.4.1 FACTORES GENÉTICOS

En cuanto al papel de la genética, resulta muy difícil de valorar. Estudios diseñados para evaluar la contribución genética a la conducta Tipo A, realizados con gemelos, han proporcionado resultados contradictorios; cuando se utilizó la Entrevista Estructurada como método de evaluación se reportó que la genética no tiene ningún efecto, sin embargo, si se apoya la contribución genética cuando se empleó el autorreporte como método de medición (Compas, 1987; Keltikangas-Järvinen, 1989; Rahe, Herving, & Rosenman, 1978) por su parte Matthews y Krantz (1976) han sugerido un moderado componente genético. En suma, es muy probable que cierto componente genético juegue algún papel en la etiología del PCTA, aunque probablemente de una manera indirecta, es decir, a través de algunos de los correlatos fuertemente relacionados con el patrón (tales como hiperactividad o agresividad). Además de que cualquier conclusión sobre la contribución genética al patrón de conducta Tipo A

podría ser prematura y debería esperar a investigaciones futuras que superaran los problemas metodológicos de los estudios anteriores (Matthews, 1977, 1981).

3.4.2 FACTORES AMBIENTALES

A pesar de que tampoco se dispone de un marco teórico de interpretación muy definido, parece existir, al menos, un acuerdo generalizado en la importancia concedida al entorno familiar, como un mecanismo clave en los orígenes y desarrollo del fenómeno.

En la teoría derivada de los modelos del aprendizaje social: aprendizaje vicario, modelamiento, moldeamiento, etc. (Bandura y Walters, 1963 en Cuesta, 1990), serían los procesos básicos responsables del origen del patrón. Según esta propuesta, los niños aprenden el comportamiento de los padres en función de una serie de parámetros. Cabría esperar, según se desprende de esta hipótesis, que este tipo de conductas se encontrasen con mayor frecuencia entre niños cuyos progenitores exhibiesen un patrón de comportamiento similar al tipo A, o bien que llevasen a cabo crianzas que proporcionasen la aparición de tal factor.

Se han propuesto, en este sentido, algunas hipótesis tentativas, con el propósito de proporcionar un modelo parcialmente explicativo de tales influencias. Las más representativas son las siguientes:

3.4.2.1 MODELAMIENTO PATERNO

A pesar de que los datos sobre los efectos del modelamiento paterno sobre la conducta Tipo A en los niños están todavía en un nivel preliminar (Bortner, Rosenman, & Friedman, 1970; Matthews & Krantz, 1976), se puede afirmar, basándose en la teoría del aprendizaje social, que el modelamiento parental de conductas Tipo A, sirve como el vehículo transmisor de características Tipo A a los hijos. Si los niños observan a sus padres presentar conductas Tipo A y entonces practican esas conductas ellos mismos, es probable que reciban reforzamiento pasivo, a través de la identificación y del reforzamiento activo por parte del modelo parental. De tal forma que se puede presuponer que los hijos de padres Tipo A manifiesten más conductas Tipo A que los hijos de padres Tipo B (Forgays, 1996).

En cuanto a la evidencia empírica que apoya esta teoría, la mayoría de los estudios han demostrado una influencia directa del PCTA en los padres y la expresión de conductas Tipo A en sus hijos. Estos estudios se han realizado en un amplio rango de desarrollo: preescolares (Vega-Lahr & Field, 1986), educación elemental (Sweda, Sines, Lauer & Clarke, 1986; Weidner, Sexton, Matarazzo, Pereira, & Friend, 1988 en Forgays, 1996), de adolescentes a jóvenes adultos (Bortner et al. 1970).

Según Brake (1986 en Cuesta 1990) el 80% de los padres cuyos hijos eran clasificados como tipo A presentaban también elevadas puntuaciones en dicho patrón, frente al 30% de los padres cuyos hijos poseían bajas puntuaciones en tipo A. En un seguimiento de la muestra del WCGS, Bortner et al. (1970) evaluaron a los hijos de 15 años de edad de padres tipo A y tipo B, usando tareas de ejecución diseñadas para elicitación de la conducta tipo A, reportaron que los hijos de padres tipo A obtenían puntajes más altos que los hijos de padres tipo B, al igual que Weidner et al., (1988 en Cuesta, 1990) con sujetos de 7 a 17 años de edad, la calificación total tipo A de los padres correlacionó significativamente con la calificación total de los hijos, sin embargo no se encontró una correlación significativa entre padre e hija, o entre la madre y sus hijos de cualquier sexo. Sin embargo, informes posteriores han matizado estos datos sugiriendo que la correlación padre-hijo en el PCTA aparece cuando los niños son todavía jóvenes, pero no cuando son mayores (18-20 años) (Matthews, Stoney et al. 1986 en Cuesta, 1990). Una posible explicación, de lo anterior podría estar dada en una conducta de modelado del hijo hacia el padre, mediatizada por la edad de éste.

3.4.2.2 PRÁCTICAS DE CRIANZA

Visto desde una perspectiva de desarrollo, estos patrones en la infancia y la adolescencia aparecen como precursores de la enfermedad coronaria en la adultez y son influenciados por ciertas prácticas de crianza en los niños (Matthews, 1977).

Los datos referentes a los efectos de las prácticas de crianza sobre la conducta Tipo A, son un poco más fuertes; Glass (1977) reportó a partir de observaciones en un ambiente experimental, que los niños

tipo A fueron tratados de manera diferente que los tipo B por sus madres. A los niños Tipo A se les dieron pocas evaluaciones positivas sobre su desempeño en la tarea que los niños Tipo B. Además de que los niños Tipo A fueron forzados más duramente a intentarlo que los niños Tipo B, particularmente por las madres tipo B. Matthews (1977) encontró que las madres daban menos evaluaciones positivas sobre la ejecución de una tarea y más castigo a los niños tipo A, mientras que mujeres tipo B desconocidas, daban más evaluaciones positivas y más castigo a los niños tipo A que a los B.

En un estudio retrospectivo de McCranie & Simpson (1987 en Forgays & Forgays, 1991) se cuestionó a estudiantes de bachillerato acerca de las características de las prácticas de crianza de sus padres, se encontró que los puntajes tipo A correlacionaban positivamente con la importancia que le daban ambos padres a sus ejecuciones académicas de niños ($r=.25-.29$, $p<.01$) y a su competencia cognitiva ($r=.16-.17$, $p<.05$). Kliever & Weidner (1987 en Cuesta, 1990; Forgays & Forgays, 1991) estudiaron la relación entre la conducta tipo A en los niños (de 9 a 12 años) y las aspiraciones parentales para sus hijos. Encontraron que las madres no tenían aspiraciones diferenciales para sus hijos de cualquier sexo o para los tipo A más que para los B. Sin embargo, los padres tenían objetivos más altos para sus hijos tipo A, junto con la percepción, por parte del padre, de que resultaría difícil que sus hijos alcanzasen tales metas.

Bracke (1986 en Cuesta, 1990) encontró que los padres de los niños tipo A informaron que aplicaban una mayor disciplina física y restrictiva que los padres de los Tipo B.

3.4.2.3 PAPEL DE LA SOCIALIZACIÓN

Friedman y Rosenman en 1974 sugerían que probablemente las prácticas de socialización de las sociedades de occidente (ej. el énfasis sobre la motivación a la ejecución, la competencia y la agresión) promovían la conducta Tipo A. Sin embargo, aunque el papel de la socialización y de los factores constitucionales en el desarrollo del PCTA no es claro, el estilo conductual parece tener raíces muy tempranas en el desarrollo y en el establecimiento en al menos algunos individuos.

Por otro lado en cuanto a las consecuencias sociales de la conducta tipo A, por ejemplo, Van Egeren (1979 en Compas, 1987) examinó los patrones de comunicación y encontró que los adultos tipo A elicitan agresividad fastidio y enojo tanto de los propios individuos tipo A como de lo tipo B, Kurdek y Lillie (1985) reportaron que niños mayores tipo A eran antipáticos para sus compañeros. Whalen y Henker (1986 en Steimkamp) proporcionaron evidencia de que niños de 8 a 13 años con conducta tipo A son vistos por los otros como "no divertido estar con ellos" y "como niños que causan problemas".

3.4.3 FACTORES DE TEMPERAMENTO TEMPRANOS

Más recientemente se ha enfocado la atención a factores de temperamento tempranos en el desarrollo del patrón de conducta Tipo A en la adultez (Steinberg, 1985 en Compas, 1987). En datos del seguimiento del *New York Longitudinal Study*, Steinberg encontró que las puntuaciones de temperamento en edades de 3 y 4 años fueron predictores significativos de la conducta Tipo A 20 años después (Compas, 1987).

3.4.4 NECESIDAD DE CONTROL

La teoría propuesta por Glass (1977), según la cual la conducta tipo A se desarrolla como una habilidad de afrontamiento inadecuada, consecuencia de una fuerte necesidad de mantener el control sobre el entorno, especialmente ante situaciones que desafían su sentido de control, ha sido empíricamente validada en repetidas ocasiones, tanto con sujetos adultos como con niños (Glass, 1977; Matthews, 1979). Además, se ha demostrado que los individuos con características tipo A tienden a atribuir el fracaso a factores internos (ej. falta de habilidad o de esfuerzo), mientras que los tipo B lo atribuyen a causas externas más allá del control personal (Glass, 1977; Matthews, 1982 en Mudrak, 1993; Strube, 1985; en Morrison, 1997).

Desafortunadamente, esta teoría, por sí misma, no proporciona en realidad una explicación causativa sobre el origen del PCTA, sino que remite a otro proceso psicológico del que supuestamente se deriva el patrón tipo A. La cuestión se desplaza, entonces, hacia el conocimiento del origen del nuevo proceso psicológico propuesto

(necesidad de no perder el control) (Cuesta, 1990; Lee, Ashford, & Jamieson, 1993).

Matthews (1977) retoma este aspecto proponiendo un modelo muy sugerente: las madres, especialmente si son tipo B, instigan hacia el incremento y la mejora de la ejecución de sus hijos cuando estos muestran comportamientos tendientes al PCTA, pero en ausencia de definiciones claras de éxito. Como consecuencia de tales criterios ambiguos se desarrolla la fuerte necesidad de estos niños de controlar el entorno ante situaciones de cierta amenaza o desafío, lo cual genera la sensación de urgencia característica de estos sujetos, a partir de lo cual se desarrolla el PCTA. Investigaciones recientes parecen confirmar esta teoría, aun cuando todavía son muchos los puntos que permanecen sin resolver.

3.4.5 FALTA DE AMOR Y BAJA AUTOESTIMA

Por último, Friedman y Ulmer han sugerido (1984, en Cuesta, 1990) que el patrón conductual tipo A se desarrolla, esencialmente, como consecuencia de la falta de amor incondicionado por parte de los padres hacia sus hijos, especialmente del padre del sexo contrario.

También Friedman (1996) ha sugerido que los factores responsables del inicio y mantenimiento de la conducta tipo A es una inseguridad intrínseca o bien un grado insuficiente de autoestima. Estas posturas han sido expuestas en términos imprecisos lo cual dificulta su objetivización, y en consecuencia, su correcta valoración teórica y empírica resulte, cuando menos difícil de llevar a cabo.

En síntesis, es posible que los factores genéticos jueguen cierto papel en el desarrollo del PCTA, aunque no directamente, sino a partir de algunos componentes conductuales directamente relacionados con él (hiperactividad, agresión, etc.); sin embargo, los datos actuales señalan que el peso del entorno resulta el más importante, y, especialmente el del ámbito familiar, donde parece jugar especial importancia el comportamiento de los padres, a través de procesos como la creación de criterios ambiguos de éxito, elevadas expectativas sobre los hijos o prácticas rígidas de educación.

3.5 CARACTERÍSTICAS DEL PATRÓN CONDUCTUAL EN NIÑOS

Estudios llevados a cabo con el MYTH y con otros instrumentos de evaluación han proporcionado un panorama de las características del PCTA en niños. El patrón conductual Tipo A observado en niños es muy similar al estilo observado en los adultos especialmente en las situaciones en las que el individuo se siente amenazado por una pérdida de control (Matthews, 1979). Es decir el niño Tipo A hace más esfuerzos para obtener el control que los Tipo B, cuando se sienten amenazados por la pérdida de éste.

A través de los estudios de laboratorio se ha encontrado un patrón comportamental en estos sujetos que parece relacionarse claramente con el concepto teórico del PCTA. Así por ejemplo, responden a las amenazas de pérdida de control sobre el entorno incrementando notablemente sus esfuerzos por mantener el dominio de la situación (Glass, 1977; Matthews, 1979). Adicionalmente, se ha verificado que niños clasificados como tipo A entran en un estado muy similar al que se presenta bajo situaciones de indefensión aprendida cuando no consiguen establecer el citado control sobre el entorno, especialmente si la situación experimental que generó el comportamiento resulta de un interés notable o sobresaliente para los sujetos (Cuesta, 1990).

Altos niveles de conducta tipo A se relacionan inversamente al nivel de empatía en los niños, sugiriendo que las conductas de competitividad, impaciencia y hostilidad asociadas con la conducta Tipo A distraen al individuo de ocuparse de otros asuntos de más bienestar (Matthews, Barnett & Howard, 1979 en Compas, 1987).

Los datos disponibles sobre el desarrollo del patrón, no han logrado revelar algún efecto consistente de la edad sobre el nivel de conducta Tipo A, por ejemplo entre los adultos se ha encontrado un patrón curvilíneo (Mosset et al., 1986 en Cuesta, 1990), lo cual es contrario a los hallazgos de Rosenman et al. (1966) quienes no encontraron diferencias. También se ha reportado que la conducta Tipo A en los niños incrementa con la edad (Weidner, McLellarn, Sexton, Istvan & Connor, 1986; Wolf et al., 1981 en Rääkkönen et al. 1989) y que la conducta tipo A no varía en función de la edad (Butensky, Faralli, Heebner, & Waldron, 1976 en Rääkkönen et al).

Se ha asumido que la conducta Tipo A es más prevalente entre los hombres (Haynes, Feinleib, & Kannel, 1980) y Matthews y Angulo (1980) han demostrado que los niños obtienen puntajes más altos que las niñas en todas las edades, sin embargo, Wolf et al. (1981 en Rääkkönen et al. 1989) reportaron que no hay diferencias significativas relacionadas.

Comparados con su contraparte los tipo B, los jóvenes tipo A exhiben mayores niveles de impaciencia y agresión (Matthews y Angulo, 1980), ejecutan las tareas de un modo muy intenso y acelerado, hablan alto, estiman el tiempo como más breve, son más competitivos (Wolf et al., 1982), responden más competitivamente en situaciones de juego, realizan mayores esfuerzos para sobresalir cuando los criterios de desempeño son ambiguos, adoptan estándares más altos de auto evaluación, minimizan la fatiga y los síntomas físicos, ignoran la fatiga cuando realizan una tarea molesta (Carver et al. 1976; Weidner y Matthews, 1978 en Compas, 1987; Matthews y Volkin, 1981), faltan menos días a la escuela después de una cirugía, reportan experiencias mas aversivas de eventos de la vida y muestran una mayor reactividad fisiológica ante un reto (e.g. Leikin, Firestone, & McGrath, 1988; Matthews & Woodall, 1988 en Whalen, Henker, Hinshaw, Granger, 1989).

Los niños y adolescentes clasificados como Tipo A presentan patrones comportamentales de cierta especificidad, consonantes con las propuestas teóricas que subyacen al concepto teórico definido inicialmente por Friedman y Rosenman. Se han aportado evidencias empíricas en este contexto, desde dos vertientes claramente diferenciadas: estudios del comportamiento llevados a cabo en diferentes investigaciones de laboratorio, bajo condiciones ambientales muy controladas y estudios sobre el comportamiento de tipo cotidiano, realizados, fundamentalmente, en el entorno escolar y de corte básicamente correlacional. Desafortunadamente, el número de trabajos llevados a cabo en esta dirección es lo suficientemente limitado como para sugerir que debemos ser extremadamente cautelosos en las generalizaciones de las conclusiones (Cuesta, 1990).

Desde la perspectiva de los estudios de campo o correlacionales se han aportado datos muy interesantes. Así, por ejemplo, Waldron et al.

(1980 en Cuesta, 1990), analizando la conducta de estudiantes durante un semestre académico, encontraron que los individuos clasificados tipo A a través del JAS-S ocuparon más tiempo que los tipo B en actividades académicas. Estudian más, duermen menos, dedican más horas al trabajo remunerado, le dan importancia a grados académicos superiores (Mudrak, 1993). En un trabajo similar (Blaine, 1982 en Cuesta, 1990), se encontró que los alumnos adolescentes tipo A (JAS-S) asistían más horas a clase y estudiaban más horas por su cuenta que los tipo B; como contraparte, dedicaban menos tiempo a entablar amistades.

Otros estudios de laboratorio han determinado que los sujetos tipo A generalmente producen más (aunque no necesariamente mayor calidad) que los tipo B (Ivancevich & Matteson, 1988 en Mudrak, 1993), y aún en la ausencia de límites de tiempo específicos, trabajan a su tasa máxima (Burnam, Pennebaker & Glass, 1975 en Mudrak). Ya que los sujetos tipo A tienen la habilidad de enfocarse en lo central, más que en lo periférico de una tarea (Matthews & Brunson, 1979 en Mudrak), estos no se distraen de las principales conductas para una alta ejecución.

Estos datos parecen señalar que el comportamiento de los adolescentes tipo A está positivamente orientado hacia la labor académica. Este importante dato contrasta fuertemente con informes presentados sobre el comportamiento de los niños en (edades tempranas) clasificados tipo A. Así, se ha informado (Whalen et al. 1989) que estos niños son malos estudiantes, presentan comportamientos hiperactivos/molestos en el aula, agresivos y establecen contactos negativos, especialmente entre niñas. Otros autores han verificado en niños muy pequeños (6-7 años) la posibilidad de que aparezcan problemas de empatía con sus compañeros, especialmente entre varones (Barnet et al. 1979 en Cuesta, 1990).

El último correlato comportamental de importancia que presentamos hace referencia a las quejas por trastornos físicos. En este sentido, se han descrito resultados muy contradictorios. Cuesta (1990) compiló algunos de ellos, encontrando que mientras algunos autores han informado de que bajo situaciones muy aversivas los adolescentes tipo A describen síntomas físicos menos intensos (Weidner et al. 1978),

informaban de menos dolores durante la menstruación (Matthews et al. 1982) o presentan correlaciones negativas a cuestionarios de *sintomas físicos y psíquicos* (Hart, 1983), otros autores han descubierto correlaciones contrarias (ej. Carmody et al. 1984) o nulas (ej. Matthews et al. 1984), y algunos fuertes evidencias según las cuales los sujetos tipo A informan de mayor número de quejas (Eagleston et al. 1986).

Se ha sugerido con muy buen criterio que estos datos contradictorios pueden deberse a las condiciones ambientales bajo las cuales se recogió la información. Es muy probable, en este sentido, que "...en situaciones de campo, la supresión de los síntomas físicos presentados por los sujetos tipo A ocurran únicamente bajo condiciones que supongan cierto desafío para los sujetos" (Carmody et al. 1984; pp. 56 en Cuesta, 1990).

3.6 CORRELATOS CARDIOVASCULARES

En las poblaciones infantil y adolescente uno de los patrones generales que parece haberse encontrado ofrece el resultado siguiente: los niños varones tipo A presentan, en situaciones de reposo, mayor presión sanguínea sistólica que las niñas, pero no difieren en la tasa cardíaca ni en la presión sanguínea diastólica; sin embargo, en situación de reposo, no suele aparecer correlación entre tipo A y tasa cardíaca o presión sanguínea. Bajo estas condiciones el mejor predictor resulta ser el peso corporal. No obstante, se ha informado de resultados contrarios a estos. La explicación a estas diferencias *podría encontrarse en la problemática presentada por el empleo de diferentes técnicas de evaluación*; así, Lawler et al. (1981 en Forgays & Forgays, 1991) encontraron que los niños tipo A seleccionados a través del MYTH no presentaban diferencias significativas en su tasa cardíaca durante una situación de reposo frente a los tipo B, pero sí las presentaban cuando eran seleccionados en función de sus puntuaciones en la Bateria de Bortner (Matthews y Jennings (1984 en Forgays & Forgays, 1991) encontraron un patrón mixto muy similar.

Por otra parte, frente a situaciones de cierta exigencia, suele aparecer incremento en la presión sistólica y tasa cardíaca de los niños tipo A, pero no en las niñas. Es probable que la relación presión sanguínea

(especialmente)- patrón de conducta tipo A, venga mediatizada a través del factor componente "impaciencia" o "sentido de urgencia", según se ha demostrado en investigaciones recientes (Hunter et al. 1980 en Forgays & Forgays, 1991). Así, por ejemplo, Jennings y Matthews (1984 e Cuesta, 1990) han encontrado que cuando los niños son seleccionados en función del componente impaciencia (evaluado a partir de la subescala "impaciencia-agresión" del MYTH) los resultados en tareas que exigen cierto componente atencional (ej. pruebas de tiempo de reacción) eran los siguientes: aparecía una disminución muy rápida en la tasa cardíaca momentos antes de realizar la tarea y a continuación una brusca recuperación. El hecho de que el componente "impaciencia" del PCTA en niños provoque que la disminución de la tasa cardíaca se inicie más tarde de lo normal y que su recuperación sea más brusca, podría sugerir que estos sujetos concentran su atención muy bruscamente, justo en el momento de llevar a cabo la acción, y la retiran de nuevo con rapidez, una vez llevada ésta a cabo. No deja de resultar llamativo que un correlato cardiovascular muy similar aparezca en ocasiones, entre ejecutivos (Jennings et al. 1981 en Forgays & Forgays, 1991).

En suma, el PCTA presenta unos correlatos cardiovasculares que, si bien de cierta complejidad y profundamente modulados por el subfactor predominante y por la técnica de evaluación, podrían estar generando las condiciones básicas que facilitasen, tras cierto lapso de tiempo y bajo las adecuadas situaciones ambientales, el desarrollo de trastornos cardiovasculares. No obstante, por el momento, no puede señalarse con claridad un mecanismo claro que contribuya directamente a la patofisiología de los trastornos cardiovasculares.

3.7 TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

El trabajo empírico sobre conducta tipo A en los niños ha llevado a desarrollar instrumentos de medición, los cuales han generado información descriptiva sobre las características de este patrón en los niños y examina los factores que contribuyen al desarrollo de la conducta Tipo A.

En la población infantil se han llevado a cabo brillantes intentos en la obtención de técnicas que permitan una fina discriminación del patrón

de conducta tipo A, algunas de las cuales han proporcionado técnicas de evaluación de gran utilidad. Entre ellas se destacan las siguientes:

3.7.1 Matthews Youth Test for Health (MYTH-Form O) (Matthews y Angulo, 1980).

Este instrumento de evaluación es el más ampliamente usado y el más confiable psicométricamente para medir PCTA (Matthews y Angulo, 1980). Consiste en un cuestionario que debe ser contestado por los profesores de los niños a clasificar; Matthews y Angulo se apoyaron para su construcción en trabajos de corte similar llevados a cabo anteriormente (Rosenman y Friedman, 1976). Los autores seleccionaron 19 ítems, muchos de ellos obtenidos a partir del Children Activity Survey (Glass, 1977), en función de 3 criterios básicos: 1) que evaluase alguno de los tres componentes principales del PCTA (agresión, impaciencia, competitividad), los cuales son, por otra parte, los que aparecen más fuertemente asociados a trastornos cardiovasculares (Frank et al. 1978; Jenkins, 1976; Matthews et al. 1977 en Cuesta, 1990); 2) que hiciese referencia a conductas fácilmente observables en el aula, y 3) que dos jueces acordasen independientemente que el ítem en cuestión evaluaba en realidad algún componente del patrón. Finalmente dos ítems fueron eliminados por no demostrar consistencia con el resto de los elementos, quedando el cuestionario constituido por los 17 ítems de los que actualmente consta.

Los profesores deben puntuar al niño en una escala de 1 (en absoluto característico del comportamiento del niño) a 5 (extremadamente característico). De este modo, el rango de la puntuación total en el MYTH se extiende de 17 a 85. Matthews y Angulo, tras llevar a cabo un análisis factorial, encontraron que la puntuación total podría ser dividida en dos subescalas, en función de los dos factores principales que aparecían.

La subescala 1 fue llamada por los autores "competitividad" y la subescala 2 "impaciencia agresión". El MYTH ha demostrado unos índices de fiabilidad test-retest (3 meses de intervalo) muy adecuados: 0.82 para la puntuación total, 0.82 para la subescala "competitividad" y 0,79 para "impaciencia-agresión" (Matthews y Angulo, 1980) y unos coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.90, 0.89 y

0.88, respectivamente. Respecto a su validez, se han presentado datos empíricos a través de los cuales puede inferirse la capacidad del cuestionario para seleccionar adecuadamente a los sujetos tipo A, demostrando que los niños clasificados dentro de este patrón de conducta tipo A (impaciencia, agresividad, habla rápida y cortada, competitividad...) (Matthews y Angulo, 1980; Matthews y Volkin, 1981. Así, en este sentido, se ha encontrado un acuerdo entre la selección de sujetos mediante el MYTH y a través de la observación de categorías de conducta tipo A del 89 por 100 (Matthews y Angulo, 1980). Otros datos de fiabilidad han sido presentados por Murray y Bruhn (1983 en Cuesta, 1990): $r_s=0.68 - 0.73$; a través de un $N=114$, con un intervalo temporal de 3 meses, siendo la edad media de los sujetos de 4 años.

3.7.2 The Hunter-Wolf A-B Rating Scale

Consiste en un cuestionario de autoaplicación constituido por 24 ítems, los cuales se presentan de forma bipolar, pudiendo el sujeto puntuar en cada uno de ellos en una escala de 1 (ausencia de la conducta descrita) a 7 (máxima presencia).

El Hunter-Wolf fue desarrollado a partir del Cuestionario Bortner y de investigaciones previas (Bortner y Rosenman, 1967; Jenkins y cols., 1967 en Cuesta, 1990). Existen datos de fiabilidad adecuados (Wolf, Sklov, Wenzl, Hunter y Berenson, 1982). Por último, los autores han llevado a cabo análisis factoriales de cierta importancia, a través de los cuales se ha podido inferir una estructura coherente del instrumento. A partir de este tipo de análisis los autores han conformado 4 subescalas: ausencia de descansos-agresividad, temperamento-energía, liderazgo y alienación.

3.7.3 Student Type A Behavior Scale (STABS)

Es un cuestionario de auto-aplicación, compuesto por 66 ítems, el cual evalúa los tres componentes básicos del PCTA (agresividad-hostilidad, sentido de urgencia-impaciencia y motivación de logro), junto con algunos aspectos relacionados, en opinión de los autores, con el patrón de conducta (ej. inseguridad, perfeccionismo, controlabilidad). Los 66 ítems se presentan en una escala de 6 puntos dentro de un continuo (acuerdo/desacuerdo). Todos ellos fueron seleccionados por

jueces expertos en el comportamiento, e indagan tanto los aspectos cognitivos (pensamientos y sensaciones) como los comportamentales y ambientales. El STABS ha mostrado una consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) de 0.90, y una fiabilidad test-retest de 0.84. La validez del constructo ha sido analizada a través del análisis factorial, apareciendo nítidamente definidos los 3 componentes principales anteriormente citados, asimismo, ha arrojado correlaciones de 0.49 ($p < 0,01$) con los contenidos de la entrevista semiestructurada (ES) (Rosenman, 1978).

3.7.4 The Student Structured Interview (SSI). The Miami Structured Interview (MSI) y The Adolescent Structured Interview (ASI).

Consisten en entrevistas estructuradas, adaptadas para su uso con adolescentes y niños de la entrevista semiestructurada. Las tres técnicas son muy similares, por lo que se presentan conjuntamente.

Al contrario que la SI, Tanto la ASI como la SSI no emplean un estilo de confrontación directa por parte del entrevistador, pues se verificó que tal comportamiento no sólo no generaba el PCTA en los niños, sino que hacía que éstos se inhibiesen. Tanto la SSI como la ASI y la MSI puntúan separadamente el contenido de las respuestas y el estilo de conducta emitido por los sujetos, tal y como se lleva a cabo en la ES (Cuesta, 1990).

3.7.5 Adolescent/Adult Type A Behavior (AATABS).

Es un cuestionario de autoreporte de 25 items, diseñado para usarse con adolescentes más grandes y jóvenes adultos. Estandarizado con una muestra de 700 hombres y mujeres, estudiantes universitarios en tres países, Polonia, Italia y Estados Unidos. Los sujetos en los tres países calificaron aproximadamente en el mismo nivel y la validez de constructo, estimada a través de la relación con el JAS fue aceptable. La validez discriminante fue establecida en Polonia en un estudio comparativo en pacientes post infartados con aquellos sufriendo de otras enfermedades crónicas (Forgays, Forgays, Bonaiuto, & Wrzesniewski, 1993).

3.7.6 Cuestionario de conducta tipo A para niños en México.

En 1993 De la Torre diseñó un cuestionario con 20 ítems, que evalúan los componentes de impaciencia, agresividad, hostilidad y competitividad. Este instrumento supone al igual que el MYTH, que la conducta exhibida por los niños y observada por alguien a través de una lista de cotejo con escala estimativa permite la clasificación de los niños en sujetos tipo A, sujetos intermedios y sujetos no A.

El cuestionario debe ser contestado por el profesor encargado del grupo, quien debe puntuar al niño en una escala de 1 (no nunca), 2 (ocasionalmente), 3 (la mayoría de las veces), a 4 (sí siempre). Este instrumento puede tener una calificación mínima de 20 y máxima de 80. Se clasifica a los sujetos como tipo A si obtienen una calificación mayor a 60 puntos, como no A si obtienen un valor menor a 24, y los intermedios con una puntuación entre 25 y 59.

Este cuestionario se aplicó por primera vez en un Jardín de niños, la educadora encargada del grupo fue la responsable de responder el cuestionario basándose en las observaciones diarias del desempeño de los niños en la escuela. Este instrumento ofrece las ventajas de la observación directa de las conductas exhibidas por los niños y su aplicación es sencilla ya que no tarda más de diez minutos en ser aplicado. Hasta donde se tiene conocimiento este es el primer estudio que se lleva a cabo en México, fue aplicado a una muestra de 315 niños que asistían al jardín de niños y reaplicado a los dos meses. Se identificaron 24 niños con patrón conductual tipo A, y los coeficientes de correlación entre aplicaciones fueron de 0.72 (Pearson) y 0.78 (Spearman), lo que implica confiabilidad del mismo (De la torre, 1993).

Otros instrumentos para evaluar este patrón son el Bortner- S (versión estudiantes), la Batería de Bortner y el JAS-S (versión estudiantes).

Por otra parte, es importante señalar que las técnicas descritas anteriormente no abarcan la totalidad de los esfuerzos llevados a cabo en el área que venimos analizando, aunque sí los que han sido considerados de mayor relevancia.

Hasta este momento se han presentado los elementos más importantes que subyacen en la conducta tipo A en los niños. Se ha

mencionado la pertinencia de trabajar con estudios longitudinales, en el estudio de este patrón en infantes, también se han presentado en este capítulo investigaciones donde se ha tratado el papel que los padres juegan en la conducta tipo A de sus hijos.

Por lo tanto el objetivo general de este trabajo fue valorar el patrón conductual tipo A en infantes de cuarto grado de primaria, en un estudio longitudinal (durante tres años hasta terminar el sexto grado), mediante el instrumento diseñado para este fin, y los objetivos particulares son:

- 1) Aplicar un cuestionario para medir conducta tipo A en niños; obtener las puntuaciones de cada niño a lo largo de tres años con mediciones periódicas (dos veces al año); determinar la tendencia que siguen estas puntuaciones y su posible estabilidad.
- 2) Determinar si los progenitores (padre y/o madre) presentan el patrón conductual tipo A y relacionar las puntuaciones de los padres con las de los niños.
- 3) Valorar la confiabilidad del instrumento.

4. MÉTODO

Esta investigación se realizó mediante un estudio longitudinal, que consistió en 5 observaciones o bien 5 aplicaciones, a los mismos sujetos. La descripción de los sujetos y de resultados se realiza con base en el número de aplicación:

SUJETOS:

APLICACIÓN N° 1: Esta muestra inicial estuvo constituida por 71 niños quienes cursaban en ese momento el 4° grado de educación primaria. Con un promedio de edad de 9 años, edad mínima de 8 y máxima de 12 años.

APLICACIÓN N° 2: En esta segunda aplicación, la muestra se redujo a 36 niños, ya que la maestra enfermó y no fue posible que la suplente contestara el cuestionario. En esta segunda aplicación los sujetos continuaban cursando el 4° grado.

APLICACIÓN N° 3: La muestra para esta observación fue de 59 niños, quienes en esa ocasión ya cursaban el 5° grado de primaria.

APLICACIÓN N° 4: Los sujetos fueron 63 niños que todavía cursaban el 5° grado.

APLICACIÓN N° 5: Esta muestra consistió de 65 sujetos. Quienes ya cursaban el 6° grado.

INSTRUMENTOS:

Se empleó el cuestionario Patrón Conductual tipo A en niños (De la Torre, 1993) (ANEXO 1), el cual se describe en el tercer capítulo en la sección de evaluación.

Se utilizó el cuestionario de Reynoso (1991) (que se describe en el segundo capítulo) (ANEXO 2).

ESPACIO FÍSICO:

No se puede hablar de un espacio físico en particular ya que el cuestionario para niños, que debía ser contestado por los profesores encargados del grupo, se les entregó a ellos y un tiempo después los regresaban ya contestados. Así mismo en el caso del cuestionario para padres, éstos fueron enviados a través de sus hijos y un tiempo después fueron regresados por el mismo medio.

PROCEDIMIENTO:

ETAPA 1. En esta primer etapa se concertó una cita con la Prof. Caritina Reynoso, Directora de la escuela Primaria Poeta Josué Mirlo, con el fin de plantearle el proyecto de investigación y solicitarle su autorización para poder llevar a cabo la investigación en dicha escuela.

ETAPA 2. Una vez obtenida la autorización por parte de la directora, se procedió a tratar de sensibilizar y de dar a conocer el proyecto de investigación a los dos profesores encargados de los dos grupos de 4º grado existentes en ese momento en la primaria. Cabe aclarar que la disposición por parte de los profesores no fue del todo satisfactoria. Se les proporcionó el cuestionario así como las hojas de respuesta para cada niños.

Los dos profesores de 4º grado (una maestra y un maestro) fueron los encargados de contestar tanto la primera como la segunda aplicación, realizando lo anterior al inicio (Octubre) y al final ((Mayo) del año escolar.

También al inicio del año escolar, por conducto de los niños, se les envió a sus padres dos cuestionarios (de Reynoso), uno para ser contestado por el padre y otro por la madre, los cuestionarios se enviaron en un sobre y con una carta firmada por el jefe de postgrado, donde se les explicaba brevemente el proyecto de investigación y se les solicitaba su cooperación, así como su sinceridad para contestar el cuestionario.

ETAPA 3. Se procedió a platicar y solicitar la cooperación de los profesores encargados de esos grupos, que ya se encontraban cursando el 5º grado, la aplicación 3ª y 4ª fueron obtenidas a partir de la respuesta de los profesores siguiendo el mismo procedimiento y la calendarización anterior.

ETAPA 4. Siguiendo el mismo procedimiento ahora el cuestionario fue contestado por otros dos profesores cuando los niños ya cursaban el 6º grado (5ª aplicación), esta se realizó al inicio del año escolar y ya no fue posible aplicar nuevamente los cuestionarios (al final del año escolar) por falta de cooperación por parte de los profesores.

5. RESULTADOS

Los resultados obtenidos se presentarán describiendo los datos, de la muestra total, que incluye tanto a los niños como a las niñas, y los datos por género, es decir, exclusivamente los de los niños y los datos de únicamente las niñas.

Primeramente se presentan las medidas descriptivas y la consistencia interna del instrumento. Enseguida se analiza la variabilidad entre aplicaciones, y el número de sujetos clasificados como Tipo A para cada una de las cinco aplicaciones. Posteriormente se presentan pruebas de hipótesis y correlaciones entre las mismas. Así como una prueba t para determinar si existen diferencias significativas entre niños y niñas.

Para continuar con los datos obtenidos a partir de los cuestionarios contestados por los padres, se muestran las medidas descriptivas tanto para las madres como para los padres. Posteriormente se analiza si existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por los padres y los obtenidos por las madres. Para finalizar con el análisis de correlación entre las puntuaciones de los padres y las puntuaciones de los hijos.

Para la primer aplicación (Cuadro N° 1) se contó con una muestra total de 71 niños (47.9% niños y 52.1% niñas), recordando que el puntaje mínimo del cuestionario es 20 y el puntaje máximo es 80, la media obtenida fue de 42.55, la mediana con un valor de 42 y la moda con un valor de 41 (en la mayoría de las aplicaciones y en los tres casos las distribuciones son bimodales o multimodales, sólo se presenta el valor más pequeño). Y se obtiene un Coeficiente Alfa de .8509.

Cuadro N° 1

Aplicación N° 1	n	Media	Mediana	Moda	Coeficiente Alfa
	71	42.55	42	41	.8509

En el caso de los niños (n=34) se obtiene una media de 44.76, una mediana de 44 y una moda de 41. Con un coeficiente Alfa de .8080
Para las niñas (n=37) se obtiene un valor de 40.51 para la media y 41

puntos tanto para la mediana como para la moda. Mientras que el coeficiente Alfa fue de .8843 (Cuadro N° 2).

Cuadro N° 2

Aplicación N° 1	n	Media	Mediana	Moda	Coeficiente Alfa
Niños	34	44.76	44	41	.8080
Niñas	37	40.51	41	41	.8843

De esta primer aplicación a manera de resumen se puede decir que tanto la media como la mediana son mayores para los niños en relación con la muestra total y con las niñas, mientras que la moda es igual en los tres casos. Comparando los coeficientes Alfa se puede hablar de alta consistencia interna en los tres casos.

En la segunda aplicación (Cuadro N° 3) la muestra se reduce a 36 niños (niños 52.8% y 47.2% niñas), presentando una media de 41.64, mediana igual a 42 y una moda de 37. En esta ocasión el coeficiente Alfa fue de .8298.

Cuadro N° 3

Aplicación N° 2	n	Media	Mediana	Moda	Coeficiente Alfa
	36	41.64	42	37	.8298

Para los niños (n=19) la media fue de 43.21, la mediana obtiene un valor de 43 y la moda 44. Con un coeficiente Alfa de .8109. Con las niñas (n=17) la media obtenida fue de 39.88, la mediana de 39 y la moda de 37. El coeficiente Alfa fue de .8650 (Cuadro N° 4)

Cuadro N° 4

Aplicación N° 2	n	Media	Mediana	Moda	Coeficiente Alfa
Niños	19	43.21	43	44	.8109
Niñas	17	39.88	39	37	.8650

En general en esta segunda aplicación se observa que para los niños son mayores los tres estadísticos, la media, la mediana y la moda. También en esta aplicación la consistencia interna (coeficientes Alfa) es alta en los tres casos.

La tercer aplicación (Cuadro N° 5) contó con una muestra de 59 niños (niños 45.8% y niñas 54.2%), la media obtenida tuvo un valor de 42.15, la mediana con un valor de 42 y la moda de 37, obteniéndose de .6231 para el coeficiente Alfa.

Cuadro N° 5

Aplicación N° 3	n	Media	Mediana	Moda	Coeficiente Alfa
	59	42.15	42	37	.6231

Para los niños (n=27) la media fue de 43.59, mediana igual a 44 y moda 37, el coeficiente Alfa de .7199 En el caso de las niñas (n=32) en esta tercer aplicación la media fue de 40.94, la mediana de 40 con una moda igual a 45, con un valor en el coeficiente Alfa de .5188 (Cuadro N° 6).

Cuadro N° 6

Aplicación N° 3	n	Media	Mediana	Moda	Coeficiente Alfa
Niños	27	43.59	44	37	.7199
Niñas	32	40.94	40	45	.5188

En esta aplicación se observa un patrón similar a la primer aplicación, es decir, la media y la mediana son mayores para los niños, mientras que la moda es mayor para las niñas. Por otro lado en esta ocasión los valores del coeficiente Alfa son más bajos que en las anteriores aplicaciones.

Para la cuarta aplicación (Cuadro N° 7) los datos se refieren a una muestra de 63 niños (niños 47.6% y niñas 52.4%), la media fue de 40.48, tanto la mediana como la moda presentan un valor de 42. El Coeficiente Alfa obtiene un valor de .6616

Cuadro N° 7

Aplicación N° 4	n	Media	Mediana	Moda	Coeficiente Alfa
	63	40.48	42	42	.6616

En el caso de los niños (n=30) se observa una media de 42.37, y tanto la mediana como la moda obtienen un valor de 42, con un coeficiente

Alfa de .7040. Con los puntajes de las niñas ($n=33$) se obtiene una media de 38.76, una mediana de 40 y una moda de 42, mientras que el coeficiente Alfa obtiene un valor de .5317. Cabe mencionar que el valor más pequeño del coeficiente Alfa se encuentra en el caso de las niñas (Cuadro N° 8).

Cuadro N° 8

Aplicación N° 4	N	Media	Mediana	Moda	Coeficiente Alfa
Niños	30	42.37	42	42	.7040
Niñas	33	38.76	40	42	.5317

Finalmente en la quinta aplicación (Cuadro N° 9) se presentan los datos de 65 niños (niños 50.8% y niñas 49.2%), la media obtenida fue de 42.62, con una mediana igual a 43, la moda de 36, siendo el Coeficiente Alfa de .5800

Cuadro N° 9

Aplicación N° 5	n	Media	Mediana	Moda	Coeficiente Alfa
	65	42.62	43	36	.5800

Con los datos de los niños ($n=33$) se obtiene una media de 43.82, el valor tanto para la mediana como para la moda es 44. Con un coeficiente Alfa de .5386. Para las niñas ($n=32$) se calcula una media de 41.38, la mediana obtiene un valor de 39.5 y la moda 36. Con un valor en el coeficiente Alfa de .6256 (Cuadro N° 10).

Cuadro N° 10

Aplicación N° 5	n	Media	Mediana	Moda	Coeficiente Alfa
Niños	33	43.82	44	44	.5386
Niñas	32	41.38	39.5	36	.6256

En general en esta quinta aplicación se observan datos similares a la tercer aplicación, donde los tres estadísticos son mayores para los niños, mientras que el coeficiente Alfa resulta ser menor en el caso de los niños.

Por otro lado, las medidas de dispersión se presentan en el Cuadro N° 11, además del número de sujetos clasificados como Tipo A.

Donde se puede observar que para la primer aplicación la dispersión más pequeña se encuentra en las niñas (10.46), posteriormente en la muestra total (10.77) y la más grande se observa en los niños (10.821).

Tanto la muestra total como las niñas obtienen un rango de 46, así también comparten el puntaje mínimo (21) y el máximo (67). Los niños obtienen un rango de 39 un puntaje mínimo de 25 y máximo de 67. De acuerdo con los puntajes obtenidos son 7 los sujetos clasificados como Tipo A, de ellos 5 son niños y 2 son niñas.

Cuadro N° 11

Aplicación N° 1	Desviación estandar	Rango	Puntaje mínimo	Puntaje Máximo	Sujetos Tipo A
Muestra total	10.77	46	21	67	7
Niños	10.82	39	25	67	5
Niñas	10.46	46	21	67	2

En la segunda aplicación (Cuadro N° 12) se observa una dispersión menor que en la primera, continúa siendo la menor en las niñas (5.510), enseguida la muestra total (6.081) y luego los niños (6.277). Tanto para la muestra total como para las niñas, el rango es de 23, el puntaje mínimo de 31 y máximo de 54. Siendo 21 el rango para los niños con un puntaje mínimo de 23 y máximo de 53. De acuerdo a los puntajes ningún sujeto es clasificado como Tipo A.

Cuadro N° 12

Aplicación N° 2	Desviación estandar	Rango	Puntaje mínimo	Puntaje Máximo	Sujetos Tipo A
Muestra total	6.081	23	31	54	0
Niños	6.277	21	23	53	0
Niñas	5.510	23	31	54	0

Ocurre un patrón similar en cuanto a la tercer aplicación (Cuadro N° 13) en relación con la anterior, es decir, la dispersión menor se encuentra en el caso de las niñas (5.547), le sigue la muestra total (6.022) y la mayor se observa en los niños (6.344), comparten el mismo rango (25), el puntaje mínimo (33) y el puntaje máximo (58), la muestra total y las niñas. Por su parte los niños obtienen un rango de 22, un puntaje mínimo de 34 y máximo de 56. También en esta tercer

aplicación como en la anterior, ningún sujeto es clasificado como Tipo A.

Cuadro N° 13

Aplicación N° 3	Desviación estandar	Rango	Puntaje mínimo	Puntaje Máximo	Sujetos Tipo A
Muestra total	6.022	25	33	58	0
Niños	6.344	22	34	56	0
Niñas	5.547	25	33	58	0

Sucede un patrón similar en la cuarta aplicación (Cuadro N° 14) en comparación con la aplicación anterior, las niñas con la dispersión más pequeña (4.988), la dispersión que le sigue está en la muestra total (5.959) y la mayor en los niños (6.435). En esta ocasión el rango es de 27 para la muestra total, 25 para los niños y 18 para las niñas. El puntaje mínimo para las niñas es de 29 (máximo 47). La muestra total (puntaje mínimo 29) y los niños (puntaje mínimo 31) comparten un puntaje máximo de 56. Al igual que en el caso anterior ningún sujeto es clasificado como Tipo A.

Cuadro N° 14

Aplicación N° 4	Desviación estandar	Rango	Puntaje mínimo	Puntaje Máximo	Sujetos Tipo A
Muestra total	5.959	27	29	56	0
Niños	6.435	25	31	56	0
Niñas	4.988	18	29	47	0

Por último en la quinta aplicación (Cuadro N° 15), al igual que en las anteriores las niñas presentan la dispersión más pequeña (6.824), luego la muestra total (7.434) y la más grande en los niños (7.900). El puntaje mínimo de 28 lo comparte la muestra total (rango=32) con las niñas (rango=26), mientras que el puntaje máximo de 60 lo comparte con los niños (rango=30). En esta aplicación, de acuerdo a los datos, sólo un sujeto se clasifica como Tipo A.

Cuadro N° 15

Aplicación N° 5	Desviación estandar	Rango	Puntaje mínimo	Puntaje Máximo	Sujetos Tipo A
Muestra total	7.434	32	28	60	1
Niños	7.900	30	30	60	1
Niñas	6.824	26	28	54	0

En resumen de la información anterior, las medias para la muestra total en las cinco aplicaciones, el promedio varía de una a otra aplicación, pero sin observarse ninguna tendencia en esta variación, es decir, en la primer aplicación se observa una media de 42.55, en la segunda aplicación este valor disminuye, aumentando para la tercer aplicación, disminuyendo para la cuarta aplicación y aumentando nuevamente en la quinta. Considerando a los niños y a las niñas por separado se observa este mismo patrón, sin embargo si se observa que el promedio de los niños en comparación con el de las niñas, es mayor en los niños en las cinco aplicaciones. En cuanto a la mediana es el mismo valor de la primera a la cuarta aplicación, en la muestra total, en el caso de las niñas y de los niños se observan variaciones pequeñas (de dos puntos). En la moda no se observa ninguna tendencia.

Con respecto a los coeficientes Alfa para cada una de las cinco aplicaciones, es interesante notar como éste tenía un valor que se puede considerar adecuado en la primera y segunda aplicación, pero desafortunadamente este va disminuyendo en las subsiguientes aplicaciones. Sin embargo, se podría decir que la consistencia interna del cuestionario es adecuada, lo anterior queda por demás fundamentado cuando se obtiene que el valor del coeficiente Alfa es de .7274, tomando las cinco aplicaciones juntas y los 20 ítems del cuestionario.

Con relación a las medidas de dispersión, en la muestra total, en las niñas y en los niños, la desviación estándar indica que de la primera a la cuarta aplicación, la dispersión fue disminuyendo, es decir, eran datos más homogéneos, pero en la quinta aplicación aumenta la dispersión de los datos. De hecho es en la cuarta aplicación donde se observa una dispersión menor, lo anterior se puede observar también en el rango y en los puntajes mínimos y máximos. La dispersión menor, en las cinco aplicaciones, se observa en las niñas. Ahora bien

en cuanto al número de niños clasificados como tipo A, en la primer evaluación se clasifica a 7 niños (5 niños y 2 niñas), quienes posteriormente ya no son clasificados como tipo A, siendo hasta la quinta aplicación, que se vuelve a clasificar a un niño como tipo A, sin embargo este niño no es de los clasificados como tipo A en la primer evaluación.

Por otro lado, y retomando lo anteriormente mencionado, sobre la variación de las medias en las cinco aplicaciones, se realizó un análisis de varianza no paramétrico (prueba de Friedman) entre aplicaciones, para conocer si las diferencias entre las cinco aplicaciones difieren de forma significativa, obteniéndose una chi cuadrada (X^2) de 8.40 con una $p > .0777$, lo que indica que no existen diferencias significativas entre aplicaciones para la muestra total. Este mismo análisis se realizó por separado para niños ($X^2 = 6.53$, $p > .1630$) y niñas ($X^2 = 8.11$, $p > .0876$); y en ninguno de los dos casos se observan diferencias significativas. Es decir, se podría hablar de estabilidad en los puntajes obtenidos, en las cinco aplicaciones, para la muestra total, para los niños y en el caso de las niñas.

Sobre la base de estos resultados se procedió a realizar pruebas de hipótesis (t de Student), para probar diferencias por pares de aplicaciones. En el Cuadro N° 16, se observa que existen diferencias significativas en la segunda aplicación comparándola con la tercer aplicación ($2^\circ < 3^\circ$, $p < .001$), también existen diferencias entre la tercera y cuarta aplicación ($3^\circ > 4^\circ$, $p < .05$), así como en la cuarta y quinta aplicación ($4^\circ < 5^\circ$, $p < .05$), lo anterior para la muestra total. En el caso de los niños sólo se observan diferencias entre la segunda y tercer aplicación ($2^\circ < 3^\circ$, $p < .001$). En el caso de las niñas ninguna diferencia es significativa.

Cuadro N° 16

Prueba de hipótesis (t de Student) entre aplicaciones: para la muestra total, para los niños y para las niñas			
ENTRE APLICACIONES	Muestra total	Niños	Niñas
Aplicación 1 y 2	t = .28, p = .785	t = .12, p = .906	t = .40, p = .697
Aplicación 1 y 3	t = -.13, p = .894	t = .28, p = .783	t = -.61, p = .548
Aplicación 1 y 4	t = 1.35, p = .182	t = .75, p = .461	t = 1.18, p = .250
Aplicación 1 y 5	t = .27, p = .789	t = .90, p = .378	t = -.90, p = .378
Aplicación 2 y 3	t = -3.64, p = .001	t = -4.08, p = .001	t = -1.19, p = .258
Aplicación 2 y 4	t = .09, p = .929	t = -.98, p = .347	t = 1.47, p = .172
Aplicación 2 y 5	t = .13, p = .898	t = -.40, p = .696	t = 1.26, p = .238
Aplicación 3 y 4	t = 2.02, p = .048	t = .88, p = .387	t = 2.01, p = .054
Aplicación 3 y 5	t = -.92, p = .364	t = -.28, p = .783	t = -1.17, p = .252
Aplicación 4 y 5	t = -2.97, p = .004	t = -1.42, p = .168	t = -3.11, p = .004

Otro análisis que se realizó entre pares de aplicaciones fue el de correlación, se utilizó el coeficiente rho de Spearman y se encontró (Cuadro N°17) que la correlación entre la primera y la segunda aplicación es significativa para la muestra total ($p=.000$), para los niños ($p=.011$) y para las niñas ($p=.000$). También son significativas las correlaciones entre la primera y la tercer aplicación ($p=.000$), entre la segunda y la tercera ($p=.05$), entre la tercera y la cuarta ($p=.001$), así como entre la cuarta y la quinta aplicación ($p=.001$), para la muestra total. En el caso de las niñas las correlaciones significativas ocurrieron entre la primera y la segunda ($p=.000$), entre la primera y la tercera ($p=.000$), entre la primera y la quinta ($p=.003$), entre la tercera y la quinta ($p=.020$) y finalmente entre la cuarta y la quinta aplicación ($p=.004$). El análisis de correlación realizado con los puntajes de los niños, muestra correlaciones significativas únicamente entre la primera y la segunda aplicación ($p=.011$) y entre la tercera y la cuarta ($p=.023$) aplicación.

Cuadro N° 17

Correlación (rho de Spearman) entre aplicaciones: para la muestra total, para los niños y para las niñas			
ENTRE APLICACIONES	Muestra total	Niños	Niñas
Aplicación 1 y 2	rho=.67, p=.000	rho=.57, p=.011	rho=.80, p=.000
Aplicación 1 y 3	rho=.46, p=.000	rho=.14, p=.478	rho=.70, p=.000
Aplicación 1 y 4	rho=.14, p=.309	rho=.03, p=.877	rho=.19, p=.313
Aplicación 1 y 5	rho=.23, p=.84	rho=-.07, p=.714	rho=.54, p=.003
Aplicación 2 y 3	rho=.39, p=.05	rho=.39, p=.161	rho=.40, p=.189
Aplicación 2 y 4	rho=.21, p=.305	rho=.40, p=.157	rho=.076, p=.825
Aplicación 2 y 5	rho=.23, p=.089	rho=.40, p=.837	rho=.125, p=.714
Aplicación 3 y 4	rho=.42, p=.001	rho=.43, p=.023	rho=.35, p=.056
Aplicación 3 y 5	rho=.34, p=.043	rho=.22, p=.273	rho=.43, p=.020
Aplicación 4 y 5	rho=.42, p=.001	rho=.31, p=.108	rho=.50, p=.004

Anteriormente también se había mencionado que en todas las aplicaciones los niños presentan promedios mayores que las niñas, con el fin de determinar si estas diferencias (por género) son significativas se aplicaron pruebas t por aplicación. En el cuadro N° 18 se presentan los valores de la prueba t así como sus probabilidades asociadas, de acuerdo a éstos valores, y aún cuando en las cinco aplicaciones los niños obtienen valores más altos que las niñas, esas diferencias sólo son significativas en la cuarta aplicación.

Cuadro N° 18

5.- Presentación de los valores de la prueba t y su probabilidad, para diferencias de género en el puntaje total por número de aplicación.			
N° de Aplicación	t	P	DECISIÓN ESTADÍSTICA
Aplicación N° 1	1.68	.09	NO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Aplicación N° 2	1.68	.10	NO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Aplicación N° 3	1.72	.09	NO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Aplicación N° 4	2.5	.015	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Aplicación N° 5	1.33	.187	NO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS

Por otro lado, a partir de los datos obtenidos de los cuestionarios contestados por los padres de los niños, en el Cuadro N° 19 se presentan las medidas descriptivas. Fueron 44 padres quienes contestaron el cuestionario, con esos datos se obtiene un promedio de 46.02, una mediana de 45, moda de 44, desviación estándar de 5.25, el rango de fluctuación fue de 20, con un puntaje mínimo de 37 y un máximo de 57. En cuanto a los puntajes obtenidos por las 48 madres, se observa que tanto la media, la mediana y la moda son menores (media=39.77, mediana= 40.5 y moda=32) que las de los padres. En las medidas de variabilidad se observa una mayor dispersión (desviación estándar 8.22, rango=34), así también en cuanto al puntaje mínimo en el grupo de las madres (puntaje mínimo=22) es más bajo que el mínimo de los padres, mientras que el máximo sólo tiene una diferencia de un punto (puntaje máximo=56).

Cuadro N° 19

Medidas descriptivas y de dispersión de los puntajes obtenidos por los padres y las madres de los niños.							
	n	MEDIA	MEDIANA	MODA	DESVIACIÓN ESTANDAR	PUNTAJE MÍNIMO	PUNTAJE MÁXIMO
PADRE	44	46.02	45	44	5.25	20	57
MADRE	48	39.77	40.5	32	8.22	34	56

En estas medidas también se observa que el género masculino tiene un promedio mayor que el femenino. Al aplicar una prueba t, para diferencias entre género, se demostró ($t= 4.3$, $p < .001$) que los hombres obtienen puntajes más altos que las mujeres.

Finalmente se realizó un análisis de correlación con el fin de comprobar si existe relación entre los puntajes de los padres y los de los hijos, en el Cuadro N° 20 se encontró que las correlaciones entre las puntuaciones del padre, tanto con los hijos como con las hijas son mayores que las correlaciones entre estos mismos con sus madres, sin embargo, ninguna correlación es significativa. Curiosamente la correlación entre las puntuaciones de las madres y las de las hijas es la más cercana a cero. Ahora bien en cuanto a la correlación de la puntuación de los padres y de las madres con sus hijos (tanto niños como niñas) se observa el mismo patrón, es decir la correlación es

más alta con el padre que con la madre, aunque tampoco son significativas.

Cuadro N° 20

Correlaciones* obtenidas entre los puntajes de los niños (muestra total), niños, niñas y las puntuaciones obtenidas por sus padres (padre y madre).					
Muestra total con el padre	Muestra total con la madre	El niño con el padre	El niño con la madre	La niña con el padre	La niña con la madre
$r_{ho} = .29$ $p = .065$	$r_{ho} = -.01$ $p = .926$	$r_{ho} = .27$ $p = .25$	$r_{ho} = -.15$ $p = .55$	$r_{ho} = .22$ $p = .29$	$r_{ho} = .07$ $p = .734$

6. DISCUSIÓN

En términos generales se cubrieron los objetivos, se aplicó el cuestionario Patrón Conductual Tipo A en niños, en un estudio longitudinal, sin embargo no se pudieron realizar las seis evaluaciones debido a falta de cooperación de los maestros.

Al realizar el análisis de varianza se observó que no existe variación entre las puntuaciones, es decir, se demuestra estabilidad en el tiempo, sin embargo no fue posible aplicar un análisis de tendencias debido al número pequeño de observaciones.

Por otro lado se demuestra con el valor del coeficiente Alfa una alta consistencia del instrumento, es decir, se corroboran los datos obtenidos por De la Torre (1993) en cuanto a la confiabilidad del instrumento.

En relación a los puntajes obtenidos por los padres, ninguno de ellos (padre o madre) es clasificado como tipo A. Sin embargo, al correlacionar las puntuaciones de las madres con las de sus hijos, se observa que no existe relación entre los puntajes que obtiene la madre con los de sus hijos de cualquier sexo. Observándose que si existe asociación entre las calificaciones de los padres con las de los hijos de cualquier sexo. Esto puede deberse al moldeamiento parental que se transmite de padres a hijos a través de identificación y reforzamiento.

Por otro lado tanto con los padres como con los hijos se demuestra diferencias por género es decir, los hombres muestran puntajes más altos que las mujeres, lo cual corrobora los datos obtenidos por Haynes, Feinleif & Kannel (1980) Matthews y Angulo (1980).

Cabe mencionar que los datos recabados en esta investigación están sujetos al profesor que aplica el instrumento (a sus alumnos) esto es, los resultados serán evaluados dependiendo de la percepción del que aplica y no del que realiza el estudio.

Esto refleja la dificultad de acceso directo a la información ya que el investigador dependió de la disposición cooperativa de los maestros de la cual se duda en esta investigación, un ejemplo de esto es que observando los puntajes individuales se encuentra que el profesor

evalúa al mismo niño otorgándole puntajes extremos en ambas evaluaciones, este problema podría ser subsanado trabajando una mayor sensibilización con los maestros con el propósito de resaltar la importancia de estos estudios para lo que considero que se debió entrenar a los profesores en la observación de estas conductas.

Es importante continuar con la realización de estudios longitudinales para conocer el desarrollo del PCTA, a partir de esta experiencia se podría sugerir que en estudios posteriores se empezara a evaluar a los niños a partir del primer año de primaria y hasta sexto grado lo cual nos permitiría tener un seguimiento de seis años consecutivos de los mismos sujetos, esto se dificulta cuando los niños abandonan una institución para ingresar a una de mayor grado, ya que la población se dispersa.

Por otro lado, una alternativa para estudios posteriores sería la realización de investigaciones retrospectivas que nos permitan identificar el desarrollo del patrón desde la infancia en sujetos tipo A.

Se ha encontrado en diversos estudios realizados por Matthews y Angulo (1980) que la detección precoz del PCTA facilita la aplicación de programas terapéuticos, ya que los infantes y los adolescentes son fácilmente reeducables privilegiando con esto una acción preventiva. Por lo tanto comparto el planteamiento hecho por Kannel (1975) que "la naturaleza de las alteraciones cardiovasculares es tal que el tratamiento directo, únicamente puede ser sintomático, y solo una aproximación preventiva puede ofrecer un impacto sustancial".

De aquí la importancia de evaluar a edades tempranas la existencia del PCTA en niños, que nos ayude a disminuir la probabilidad de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta.

Este trabajo se ha desarrollado desde la perspectiva teórica de que existen factores de riesgo cardiovasculares desde la infancia, que éstos debieran evidenciarse en etapas tempranas y efectuar estudios longitudinales que nos permitan demostrar, en efecto, que los factores de riesgo observados y evidenciados en etapas tempranas de la vida se encuentran permanentemente arraigados en etapas posteriores. Hasta el momento, existe incertidumbre respecto de este postulado, a

pesar de que se hayan desarrollado algunos trabajos (Matthews y Avis, 1983; Wolf et al, 1982; Bergman y Magnusson, 1986).

La lógica subyacente al desarrollo de estudios longitudinales supone la adquisición del patrón a través del modelado y aprendizaje vicario (por alguno de los padres o por ambos), además del reforzamiento social desde las etapas más tempranas (en la casa, en la guardería, en la escuela, etc.).

Bajo estos postulados, es posible señalar que este estudio se inserta en el contexto de la investigación de los estilos de vida y la generación de enfermedades.

En referencia a los estilos de vida consideramos a éstos como una alternativa de implementación de acciones para prevenir algunas enfermedades, considerando que el papel del psicólogo en este campo se dirige hacia dos vertientes, una relacionada a la implementación de programas psicológicos de salud, y la otra relacionada a la implementación de problemas psicológicos relacionados a factores que influyen en la enfermedad.

Si se entiende a la Psicología de la Salud como la ciencia que trata con la relación entre la conducta y su medio ambiente y que tiene una aplicación multidisciplinaria hacia los problemas de salud, podemos entonces hablar de prevención, mantenimiento, adquisición y desarrollo de comportamientos promotores de la salud.

Quien labore en Psicología de la Salud deberá investigar sobre el papel del estrés en el desarrollo de problemas (cardiovasculares, cáncer, úlceras pépticas, diabetes, artritis), o el impacto del medio ambiente en el desarrollo de diversos tipos de neoplasias, o el papel de regímenes alimenticios y de ejercicio en enfermedades crónicas como la hipertensión, coronariopatías y cáncer, o el efecto de alterar estilos de vida en conductas adictivas, acciones todas que contribuyan a decrementar los índices de mortalidad. Por lo tanto, la tarea del psicólogo de la salud será el buscar las relaciones entre conductas y factores ambientales que incrementan la probabilidad de ocurrencia de algunas enfermedades crónicas, trabajando hacia los cambios de estilo de vida, que pueden reducir la probabilidad de aparición de

algunas enfermedades crónicas utilizando técnicas conductuales con el fin de modificar, sistematizar y mantener cambios.

Si se considera que los estilos de vida son los promotores de la salud (y de la enfermedad), se podrían plantear dos niveles de intervención del psicólogo: a) en los sistemas de salud propiamente dichos y b) en los sistemas relacionados a enfermedad, con tres distintos niveles de intervención, a saber (L. E., Reynoso, comunicación personal, 16 de Noviembre, 1998):

a) estilos de vida en sujetos sanos, es decir, el trabajo sobre hábitos y conductas relacionadas con la protección, mantenimiento y cuidado de la salud. En este nivel se incluyen acciones relacionadas con la higiene, alimentación y nutrición, realización de ejercicio, vacunación, etcétera.

b) estilos de vida en sujetos de riesgo, es decir, la identificación de factores de riesgo, la evaluación de los riesgos y la intervención preventiva con el fin de modificar éstos. Este nivel se trabaja con sujetos aparentemente sanos, para identificar posibles riesgos a la salud. Ejemplo de ello podría ser la detección del patrón conductual tipo A en adultos sanos o en jóvenes y el desarrollo de programas de intervención preventiva con el fin de decrementar la probabilidad de aparición de enfermedad cardiovascular.

c) estilos de vida en sujetos con enfermedad crónica, es decir, identificación de conductas que eleven la probabilidad de complicaciones médicas. Como ejemplo de este nivel podría citarse el programa de habilidades de afrontamiento en pacientes postinfartados, en donde se identifican elementos que decrementan la calidad de vida, se trabaja en la reducción del estrés e incremento en las habilidades de afrontamiento.

Las acciones de trabajo en estilos de vida se vinculan directamente con programas propuestos por la Secretaría de Salud, en donde proponen, como objetivo general:

A) Fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando a la población

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectiva: coadyuvando de esta manera en el desarrollo de los programas y acciones sustantivas.⁴

Finalmente, a pesar de que este tipo de estudios requiere de periodos largos, es la única forma de demostrar prospectivamente la existencia de cambios en los sujetos y más aún: debe permitir el señalamiento de la probabilidad de ocurrencia de enfermedad cardiovascular y debe ofrecer la alternativa de romper esta cadena entre conducta tipo A, factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y aparición de enfermedad coronaria a través de la prevención.

⁴Secretaría de Salud: Programas indicativos de prevención

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Belar, D. C., Deardorff, W. W. & Kelly E. K. (1987). The practice of clinical health psychology. New York, USA: Pergamon Press.

Beneit, M. P. (1992). Conductas de salud. En Latorre, P. J. & Beneit, M. P. (Ed.), Psicología de la salud (pp. 27-36) Buenos Aires, Argentina: Editorial Lumen.

Bergman L. y Magnusson, D. (1986). Type A behavior: A longitudinal study from childhood to adulthood. Psychological Medicine, 48, ½, 134-142.

Bortner, R. W., Rosenman, R. H. & Friedman, M. (1970). Familial similarity in pattern A behavior: fathers and sons. Journal of Chronic Disease, 20, 525-533.

Brand, R. J. (1978). Coronary-prone behavioral as an independent risk factor for coronary heart disease. En T. M. Dembroski, S. M. Weiss, J. L. Shields, S. G. Haynes, & M. Feinleib (Eds.), Coronary-prone behavior. New York, USA: Springer-Verlag.

Bueta-Casal, G. & Caballo E. V. (1991). Manual de psicología clínica aplicada. Madrid, España: Siglo veintiuno editores.

Catipovic-Veselica, K., Buric, D., Ilakovac, V., Amidzic, V., Kozman, D., Durjancek, J., Skrinjaric, S., & Catipovic, B. (1995). Association on scores for type A behavior with age, sex, occupation, education, life needs satisfaction, smoking, and religion in 1084 employess. Psychological Reports, 77, 131-138.

Catipovic-Veselica, K., Ilakovac, V., Durjancek, J., Amidzic, V., Buric, D., Kozmar, D., & Juranic, B. (1996). Responses to the Bortner's Scale and the eight basic emotions by patients with acute coronary heart disease at hospital admission and discharge. Psychological Reports, 79, 259-267.

Cohen, J. R. , Syme, B. L. , Jenkins, C. D., Kagan, A., & Zyzanski, S. J. (1979). Cultural context of the type A behavior and risk for CHD: A study of Japanese American males. Journal of Behavioral Medicine, 2, 375-384.

Compas, B. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. Psychological Bulletin, Vol. 101, No. 3, 393-403.

Cuesta U. (1990). Patrón de conducta tipo A en niños y adolescentes. Revista de Psicología General y Aplicada, 43 (2), 233-243.

De la Torre, M. O. (1993). Un instrumento de evaluación del patrón conductual tipo A en niños preescolares. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM Iztacala.

- Del Pino, A. & Pérez, A. (1993). Evaluación, evolución y validación de la conducta tipo A en adolescentes a partir del MYTH. Revista de Psicología General y Aplicada. 46 (4), 439-448.
- Donker J. S. (1991). Medicina conductual y psicología de la salud. En Buela-Casal, G. & Caballo E. V. (Ed.), En Manual de psicología clínica aplicada (pp. 3-14). Madrid, España: Siglo veintiuno editores.
- Eageston, 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.
- Forgays, D. K. (1996). The relationship between type A parenting and adolescent perceptions of family environment. Adolescence, Vol. 31, No. 124, 841-862.
- Forgays, D. K. & Fogays, D. G. (1991). Type A behavior within families: Parents and older adolescent children. Journal of Behavior Medicine. Vol. 14, No. 4, 325-339.
- Forgays, D. K., Forgays, G. D., Bonaiuto, P., & Wrzesniewski, K. (1993). Measurement of the type A behavior pattern from adolescence through midlife: Further development of the Adolescent/Adult Type A Behavior Scale (AATABS). Journal of Behavioral Medicine. Vol. 16, No. 5, 523-537.
- Frankish, C & Linden, W. (1996). Spouse-pair risk factors and cardiovascular reactivity. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 40, No. 1, pp.37-51
- Friedman, M. (1996). Type A behavior: its diagnosis and treatment. New York, USA: Plenum Press.
- Friedman, M. & Rosenman, R. H. (1976). Conducta tipo A y su corazón. México: Grijalbo.
- García, A. (1993). Patrón de conducta tipo A: descripción e intervenciones terapéuticas. Revista de Psicología General y Aplicada. 46 (3), 307-317.
- Glass, D. C. (1977). Behavior patterns, stress, and coronary disease. Hillsdale, New York, USA: Lawrence Erlbaum.
- Godoy, J. F. (1991). Medicina conductual. En Caballo, E. V. (Ed.) Manual de Técnicas de terapia u modificación de conducta (pp. 871-890). Madrid, España: Siglo veintiuno editores.
- Haynes, S. G. & Feinleib, M. (1982). Type A behavior and the incidence coronary heart disease in the Framingham Heart Study. Advances in Cardiology, 29, 85-95.

Houston, B. K. & Snyder, C. R. (1988). Type A behavior pattern: Research, theory, and intervention. New York, USA: Wile-Interscience Publication.

Jenkins, C. D., Zyzanski, S. J. & Rosenman, R. H. (1979). The Jenkins Activity Survey. New York, USA: Psychological Corporation.

Kittell, F., Kornitzer, M., De Backer, G. & Drameix, M. (1982). Methodological study of psychological questionnaires with reference to social variables: The Belgian Heart Disease Prevention Project (BHAPP). Journal of Behavioral Medicine, 5 (1), 9-35.

Latorre P. J. (1992). Psicología de la salud: introducción y conceptos básicos. En Latorre P. J. & Beneit M. P. (Ed.) Psicología de la salud (pp. 17-23). Buenos Aires, Argentina: Editorial Lumen.

Lee, C., Ashford, S., & Jamieson, L. (1993). The effects of type A behavior dimensions and optimism on coping strategy, health, and performance. Journal of Organizational Behavior, Vol. 14, 143-157.

Llor, B., Abad, M., García, M., & Nieto, J. (1995). Salud y condiciones de trabajo del profesional de la salud. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. (pp. 285-294). México: McGraw Hill.

Martin, M & Riesco, N. (1998). Taller Patrón de conducta tipo A y su modificación terapéutica. World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies. Acapulco, México.

Matarazzo, J. D. (1980): Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. American Psychologist, 35, 807-817.

Matthews, K. A. (1977): Caregiver-Child interactions and the type A coronary-prone behavior pattern. Child Development, 48, 1752-1756.

Matthews, K. A. (1979). Efforts to control by children and adults with the type A coronary-prone behavior pattern. Child Development, 50, 842-847.

Matthews, K. A. (1981). "At a relatively early age. . .the habit of working the machine to its maximum capacity". Antecedents os the Type A coronary-prone behavior pattern. En S. S. Brehm, S. M. Kassin, & F. X. Gibbons (Eds.). Developmental social psychology (pp. 235-248). New York, USA: Oxford University Press.

Matthews, K. A. y Angulo J. (1978): Children's Self Assessment of Type A Behaviors, Unpub, data, Kansas State Univ. Abstract.

Matthews, K. A., & Angulo, J. (1980). Measurement of the type A behavior pattern in children: Assessment of children's competitiveness, impatience-anger and aggression. Child Development, *51*, 466-475.

Matthews, K. A. y Avis, N. E. (1983). Stability of overt type A behaviors in children: Results from a one-year longitudinal study. Child Development, *54*, 1507-1512.

Matthews, K. A. y Krantz, D. S. (1976). Resemblance of twins and their parents in pattern A behavior. Psychosomatic Medicine, *28*, 140-144.

Matthews, K. A. & Volkin, J. I. (1981). Efforts to excel and the type A behavior pattern in children. Child Development, *52*, 1283-1289.

Morrison, K. (1997). Personality correlates of the five factor model for a sample of business owner/managers: association with scores on self-monitoring, type A behavior, locus of control, and subjective well-being. Psychological Reports, *80*, 255-272.

Mudrack, P. (1993). The Protestant work ethic and type A behaviour: Overlap or orthogonality? Personality and Individual Differences. Vol. 14, No. 1, 261-263.

Ortiz, V. G. (1996). Psicología y salud. La experiencia mexicana. Veracruz, México: Biblioteca Universidad Veracruzana.

Polaino-Lorente, A. (1987). Educación para la salud. Barcelona, España: Editorial Herder.

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

Rahe, R. H., Hoving, L. & Rosenman, R. H. (1978). The heritability of type A behavior. Psychosomatic Medicine, *40*, 478-486.

Räikkönen, K., & Keltikangas-Järvinen, L. (1989). Prevalence and sociodemographic variance of type A behavior in Finnish preadolescents, adolescents, and young adults. Journal of General Psychology, *116* (3), 271-283.

Reynoso, E. L. (1991). Patrón conductual tipo A: un nuevo instrumento de evaluación. Tesis de maestría. UNAM Iztacala. México.

Reynoso, L. & Seligson, I. (1997). Patrón conductual tipo A en México: aplicación de un nuevo instrumento de evaluación. Archivo Instituto de Cradiología México. Vol. 67, 419-427.

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

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

Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, C. D., Fiedman, M., Strauss, R. & Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8 ½ years. Journal of the American Medical Association, 233, 872-877.

Rosenman, R. H., Fiedman, M., Strauss, R., Wurm, M., Jenkins, C. D. & Messinger, H & (1966). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: A follow-up experience of 8 two years. Journal of the American Medical Association, 195, 130-136.

Rosenman, H. R., Swan, E. G. & Carmelli, D. (1988). Definition, assesment, and evolution of the Type A Behavior Pattern. En B. K. Houston & C. R. Snyder (Eds.), Type A behavior pattern: Research, theory, and intervention. (pp. 8-31). New York, USA: Wile-Interscience Publication.

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

Steinkamp, M. (1990). The social concomitants of competitive and impatient/aggressive components of the type A behavior pattern in preschool children: peer responses and teacher utterances in a naturalistic setting. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 59, No. 6, 1287-1295.

Sumi, K. & Horie, K. (1997). Optimism, type A behavior, and Psychological well-being in japanese women. Psychological Reports, 80, 43-48.

Vega-Lahr, N & Field, T. (1986). Type A behavior in Preschool children. Child Development, 57, 1333-1348.

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.

Whalen, C., Henker, B., Hinshaw, S., & Granger, D. (1989). Externalizing behavior disorders, situational generality, and the type a behavior pattern. Child Development, 60, 1453-1462.

Wolf, T., Sklov, M. C., Wenzl, P. A., Hunter, S. & Berenson, G. (1982). Validation of a measure of type A behavior pssatern in children: Bogalusa Heart Study. Child Development, 53, 1, 126-135.

ANEXO 1
CUESTIONARIO PATRÓN CONDUCTUAL TIPO A EN NIÑOS
(De la Torre, 1989)

EL PRESENTE CUESTIONARIO HA SIDO ELABORADO PARA INDAGAR ELEMENTOS RESPECTO DE LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR CON PATRON CONDUCTUAL TIPO A.

- 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.- Agrede a sus compañeros (física o verbalmente) cuando éstos no hacen las cosas como él (ella) lo establece?
- 6.- Al tener que llevar o traer algunos materiales a sus compañeros, se muestra enojado con ellos?
- 7.- Interrumpe a los demás mientras trabajan?
- 8.- Trata de imponerse como líder en diversas actividades?
- 9.- Se llega a irritar fácilmente?
- 10.- Al realizar los trabajos escolares, se muestra más perfeccionista de lo usual, cuando compite con otros?
- 11.- Trabaja lenta y cautelosamente?
- 12.- Al niño le gusta debatir o discutir?
- 13.- Es paciente cuando trabaja con niños (as) más lentos que él (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 líder?
- 18.- El niño (a) trabaja mejor cuando lo hace rápida y enérgicamente?
- 19.- Participa en riñas o peleas?
- 20.- Tiende a establecer las reglas del juego o las condiciones de trabajo y exigir que se cumplan?

Gracias por su cooperación.

HOJA DE RESPUESTAS

NOMBRE DEL NIÑO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

EDAD _____ GRUPO _____ FECHA DE APLICACION _____

INSTRUCCIONES: Escriba en el paréntesis la letra de la alternativa que responda correctamente a la pregunta correspondiente.

ALTERNATIVAS:

- (a) No, nunca (b) Ocasionalmente
(c) La mayoría de las veces (d) Sí, siempre

- 1.- () 6.- () 11.- () 16.- ()
2.- () 7.- () 12.- () 17.- ()
3.- () 8.- () 13.- () 18.- ()
4.- () 9.- () 14.- () 19.- ()
5.- () 10.- () 15.- () 20.- ()

GRACIAS POR SU COOPERACION.

ANEXO 2
CUESTIONARIO CONDUCTA TIPO A EN ADULTOS
(Reynoso, 1991)

1. Cuánto tiempo ha estado en su trabajo actual?
 - a) más de cinco años
 - b) entre dos y cinco años
 - c) entre uno y dos años
 - d) menos de un año

2. Está usted satisfecho con el nivel de su trabajo?
 - a) sí
 - b) no

3. Su trabajo requiere de gran responsabilidad?
 - a) no
 - b) ocasionalmente
 - c) las más de las veces
 - d) siempre

4. Ha sido -o es- molesto para usted encontrarse bajo presión?
 - a) no
 - b) algunas veces
 - c) la mayoría de las veces
 - d) siempre

5. Se considera una persona ambiciosa, que siempre logra lo que se propone?
 - a) no; soy tranquilo
 - b) algunas veces tengo ambiciones
 - c) generalmente deseo lograr lo que me propongo
 - d) cada actividad es para mí un reto que debo superar

6. Le gusta hacer las cosas (en el trabajo, en el hogar) lo más rápido posible?
 - a) siempre hay tiempo; mañana podré hacerlo
 - b) solamente a veces
 - c) la mayoría de las veces
 - d) siempre

- 7.- Se describe como una persona relajada?
 - a) sí
 - b) la mayoría de las veces
 - c) solamente en ocasiones
 - d) no

8. Cuando usted se enoja, lo nota la gente que está a su alrededor?
 - a) generalmente no me enojo; no se nota
 - b) ocasionalmente me enojo; es raro verme enojado
 - c) frecuentemente me enojo; es condición común
 - d) me enojo diariamente; es notorio en mi carácter

9. Se lleva trabajo a su casa?

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

10. Existe competencia en su trabajo?

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

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

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

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

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

13. Come usted rápido? Camina usted rápido?

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

14. Cuando va a algún restaurante y observa que hay personas esperando mesa, qué hace?

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

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

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

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

- a) esperar
- b) busco alguna distracción para esperar tranquilamente
- c) busco una fila más corta; me provoca ansiedad
- d) *me salgo; otro día compraré o haré trámites; no debo perder el tiempo*

17.- Se siente siempre ansioso por terminar lo que está haciendo?

- a) no, hay tiempo para todo
- b) ocasionalmente
- c) frecuentemente
- d) siempre, si acabo pronto podré hacer más cosas

18. Trata siempre de apurarse para hacer muchas cosas?

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

19. Puede estar sentado escuchando música por más de una hora?

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

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

- a) sí
- b) la mayoría de las veces
- c) sólo en ocasiones
- d) no; nunca