



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“DETECCIÓN DE PATRÓN CONDUCTUAL
TIPO A EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

PINEDA NAVARRO ERIKA
VÁZQUEZ MATA MA. ISABEL

DIRECTOR: **MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO**

REVISOR: **LIC. ISAAC SELIGSON NISENBAUM**

SINODALES:

MTRA. IRMA ZALDIVAR MARTÍNEZ

LIC. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



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.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la UNAM por darme la oportunidad de ser parte de ella: **ORGULLOSAMENTE UNIVERSITARIA.**

A mi mamá

Por dejarme nacer y estar siempre conmigo,
por ayudarme a crecer y cuidarme, por
hacer de mí lo que soy y darme la
oportunidad de estar en este momento.

A mi hermana (Lidia):

Por educarme y compartir gran parte de su vida conmigo. Este logro también es tuyo. Te quiero

A Toño:

Por ser una persona con ambiciones y compartirlas conmigo, por los años que has estado junto a mí queriéndome, amandome y ayudandome siempre.

Te amo cariño.

A mis hermanos (Oscar y Javier):

Por enseñarme que la vida no es fácil y que para poder sobrevivir es necesario querer hacerlo. Por hacerme responsable es que estoy aquí. Les comparto mi felicidad.

A mis hermanos (Emelia y Marcos):

Que aunque lejos se que están ahí cuando los necesito.

A mi abuelo por ser la cabeza de la familia enseñándonos nobleza y humildad para con los demás y dándonos valores humanos. Te extraño.

A mi abuela por aferrarse a la vida como pocos, eso es algo que recordaré siempre.

A mis primos queridos que me han invitado muchos buenos momentos: Timo, Loko, Flaco.

A todos mis amigos con los que compartí momentos inolvidables:

Especialmente a **Erika**, mi confidente, mi apoyo incondicional, excelente compañera que me sacó de muchos apuros y me aliento en los momentos difíciles. A la que indudablemente será mi amiga por siempre, mil gracias...

A Leo y Vikingo

Por ser nuestro amigos, por ser como son, por su paciencia, entereza y disposición, por que sin ustedes esto no hubiera sido posible, que alegría que la vida me da la oportunidad de conocerlos. Muchas gracias...

A mis sinodales por dedicarle tiempo a este trabajo y por su colaboración.

ISABEL

Ofrezco un profundo agradecimiento a mi máxima casa de estudios la Universidad Nacional Autónoma de México, por toda la preparación otorgada y porque fuera de aquí no hubiera logrado ser la persona que soy ahora y la profesionalista que seré; a todos mis maestros por sembrar una semilla de inquietud en mi, a mis queridos tutores, a mis sinodales y por último gracias también a la FES Iztacala por el apoyo otorgado.

A mi ma:

Por la gran mujer que eres, por desear siempre lo mejor para mi, por ser tan sensata, por tu infinita paciencia aún cuando más me ha costado trabajo crecer, por tu amor incondicional pero real, porque la objetividad que tengo la aprendí de ti... en fin, por ser mi madre en toda la extensión de la palabra y por supuesto hacer posible que yo esté hoy aquí. Te amo.

Ale:

Gracias por apoyarme en todo, por vigilar de cerca esta etapa tan importante para mi, por solucionar mis dudas y calmar mi ansia... en realidad por ser mi pareja con todo lo que eso ha implicado, aún con el dolor y el tiempo de por medio. Por ayudarme a ser mejor persona... mi mejor espejo... mi mejor amigo... el minuto más bonito del día. Éste logro es mitad tuyo (tú sabes bien porque) ... en fin... cómo resumir lo que quiero decirte? Tal vez con un Te amo.

Mi Morena:

Eres una vieja luchona a la que admiro y quiero. Gracias por darme la oportunidad de estar juntas en este proyecto, también gracias por soportarme cuatro años y este último... todos llenos de energía, además por ser mi amiga y escuchar mis debrayes con la mejor disposición. Estoy segura que el camino aquel no se abrirá y seguiremos sembrando y cosechando. Te quiero mucho.

Leo:

Has sido el mejor tutor que pude tener, tu apoyo para conmigo ha sido inmenso y te lo agradezco mucho. Espero que éste trabajo haya compensado un poco el tuyo para con nosotras. Gracias.

A mi pa:

Con inmensa alegría comparto contigo éste escalón, porque siempre ha sido así... hemos estado juntos. Gracias por tu esfuerzo de TODOS los días para que yo esté bien, gracias por enseñarme a buscar siempre más, a ser honrada, comprometida y por la maravillosa herencia de parecerme a ti. Te amo.

Luis:

Por ser mi hermano y mi amigo, por nuestras platicas, por respetar mi espacio, por ser un gran ejemplo para mi. Estoy orgullosa de ti y de tu hermosa familia... gracias también por compartir eso conmigo. Quiero que sepas que eres parte importante de esto porque crecimos juntos... y sí... sigo adelante. Te quiero mucho.

A mis friends:

Cynthia, Yas y Vika simplemente por ser mis amigas. Dicen que el camino es más liviano cuando se comparte... lo he comprobado con ustedes y gracias por eso; ustedes saben cuanto las quiero y las necesito... así que sigamos caminando.

Isaac:

Sin duda el único vikingo con buen humor que conozco, por tu franqueza, por todo tu apoyo y por abrir siempre las puertas... muchas gracias.

También a Rafael, Carlos, Rocío, Cecilia y a todos mis demás amigos...

ERIKA

INDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO 1: PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A	
1.1 Historia	9
1.2 Definición	12
1.3 Características	14
1.4 Etiología	21
1.4.1 Factores Genéticos	21
1.4.2 Factores Ambientales	22
1.5 Demografía	33
1.5.1 Cultura y Nivel Socioeconómico	33
1.5.2 Edad	36
1.5.3 Sexo	38
 CAPITULO 2: RELACIÓN DE LA ENFERMEDAD CORONARIA Y EL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A	
2.1 Estudios Epidemiológicos	43
 CAPITULO 3: EVALUACIÓN DEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A	
TIPO A	49
MÉTODO	56

RESULTADOS	58
DISCUSIÓN	67
ANEXO	74
REFERENCIAS	75

RESUMEN

El Patrón Conductual Tipo A (PCTA) es un complejo activo-emotivo que comprende disposiciones conductuales como ambición, agresividad, competitividad e impaciencia; se refleja en conductas como tensión muscular, hablar rápido, realizar muchas actividades al mismo tiempo; y comprende respuestas emocionales como irritación, hostilidad e ira, que se observan en personas que tratan de conseguir más en menos tiempo.

Este patrón ha sido relacionado desde hace tiempo como un factor que contribuye a la aparición de Enfermedad Coronaria. Por lo que se consideró relevante realizar una detección del mismo en estudiantes universitarios.

El presente estudio fue descriptivo, con una muestra no probabilística conformada por estudiantes universitarios de la Facultad de Psicología y de la F.E.S. Iztacala, 357 y 761 respectivamente, teniendo en total 1118 sujetos con un rango de edad entre 18 y 35 años. Se utilizó el Inventario Conducta Tipo A en Jóvenes (CTAJ) conformado por 24 ítems, con puntaje mínimo de 0 y máximo de 96. El sujeto Tipo A sería aquel que tuviese puntaje igual o mayor a 60. Los cuestionarios se aplicaron a los alumnos en el salón de clases. De la $N = 1118$ sujetos, 850 fueron mujeres y 268 hombres. La media del puntaje total fue 45.6, con una $DS = 11.18$; 11.35% de la población mostró un puntaje igual o mayor a 60.

Las medias por cada carrera resultaron diferentes respecto a la global, se realizaron pruebas t para comprobar si existían diferencias significativas y sólo Enfermería presentó diferencia. Se encontraron diferencias entre sexos y la presencia de PCTA aún cuando la muestra total fue conformada en su mayoría por mujeres, los hombres presentaron una media de 47.3 significativamente más alta que la de las mujeres. También se encontraron diferencias en cuanto a la edad; la media del puntaje total de los sujetos de 18 años fue significativamente menor que la media del puntaje total en sujetos de 25 años. La confiabilidad a través del Alpha de Cronbach fue de 0.8387.

Se concluye que la presencia del PCTA está influenciada por las variables contempladas en este estudio. De esta manera, los hombres parecen ser más vulnerables a la presencia del PCTA, se considera que los sujetos de mayor edad pueden presentar puntajes mayores y por último la presencia del PCTA puede estar influida por el ambiente en el que el individuo se encuentre. Finalmente se corrobora la confiabilidad del instrumento para la medición de dicho Patrón.

INTRODUCCIÓN

Como consecuencia de la constante demanda de competitividad y exigencia que se presenta entre los individuos de nuestra cultura, los psicólogos de la salud se han interesado en estudiar las causas de la Enfermedad Coronaria (EC) relacionada con el Patrón Conductual Tipo A (PCTA), con la finalidad de establecer este último, como un factor de riesgo en los sujetos, que contribuye a padecer la enfermedad.

Tomando como inicio el tema de la enfermedad, es importante mencionar su contraparte, es decir, la salud, que la OMS define de la siguiente manera, englobando tres factores; “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” (OMS, 2002).

En tiempos pasados se tenía la idea errónea de que el profesional especializado en mantener la salud así como “devolverla” era única y exclusivamente del médico, donde el modelo de salud reduccionista del ser humano, tenía que ver básicamente con restablecerle la salud a un sujeto, como si habláramos de repararlo realizando cirugías, limpiezas bucales, etc. Además los costos por obtener este tipo de atención resultan ser altos y en adición, la visión de una gran parte de la población, es que este modelo es la única forma de evitar y tratar la enfermedad, por lo que es primordial encontrar alternativas que permitan mantener la salud en mucha gente y con inversiones menores. Con relación a

esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000, en Reynoso-Erazo, Tron y De la Torre, comunicación personal 2004) menciona la importancia de trabajar en la Atención Primaria a la Salud así como en la formación y consolidación de trabajo multidisciplinario, por lo que, la salud no es un ámbito exclusivo de los médicos.

Es aquí donde hace su aparición la Psicología de la Salud tomando principios básicos del Análisis Conductual Aplicado y la Terapia Cognitivo Conductual que han tenido amplia aplicación en contextos educativos, clínicos y psiquiátricos y que permitieron el establecimiento de un área dedicada al tratamiento, rehabilitación y sobre todo a la prevención. Si bien es cierto, que la Psicología de la Salud es un área relativamente reciente, ya que sus trabajos de investigación se iniciaron a fines de los 60's (op.cit.), en estos momentos tiene una singular relevancia en el sector salud sobre todo a nivel preventivo, ya que detectar los problemas de salud en el tiempo adecuado es mejor que curarlos.

Muchos profesionales como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros, tratan de explicar la enfermedad una vez que se ha presentado; a diferencia de la Psicología de la Salud que ha intervenido en diversas enfermedades crónicas, relevantes en nuestra sociedad, donde se han encontrado relaciones entre conductas cotidianas (estilos de vida) y el surgimiento posterior de la enfermedad, tal es el caso del cáncer, diabetes, enfermedades gastrointestinales, respiratorias y cardiovasculares (por ejemplo la relación entre Enfermedad Coronaria y el PCTA). Teniendo en cuenta dicha relación, los

psicólogos de la salud son capacitados para realizar cambios en el estilo de vida de los sujetos especialmente en condiciones de estrés, además intervienen en al menos dos niveles:

a) en sujetos aparentemente sanos, donde es necesario educar y fomentar practicas saludables que no favorezcan la presencia de enfermedad.

b) prevenir la aparición de la enfermedad en sujetos aparentemente sanos pero identificados como sujetos en riesgo (op.cit.).

La relación existente entre el PCTA y la Enfermedad Coronaria, estudiada y detectada por los psicólogos de la salud, no es sólo una demostración de la importancia etiológica de la conducta con posibilidad de predecir la aparición de una enfermedad somática muy relevante¹, sino un ejemplo del tipo de problema médico para el que tienen poca eficacia los tradicionales remedios farmacológicos y quirúrgicos.

En este sentido es de extrema importancia evaluar el PCTA como un factor de riesgo para la Enfermedad Coronaria especialmente estudiada por diversos autores (Friedman y Rosenman 1974, Roskies 1987, Reynoso-Erazo 1992, 2000, 2004, Tron 1998, y De la Torre, O. 1990). Aún más en estos tiempos donde se reporta una alta tasa de mortalidad por problemas relacionados con este tipo de conductas.

¹ Según datos de la Secretaria de Salud (SSA) en 2001, la segunda causa de muerte en México es la enfermedad isquémica del corazón con 45,421 defunciones en ese año, de un total de 441,004.

Contribuyendo a este tipo de investigaciones creemos que se pueden realizar significativas aportaciones al sector salud quien es el encargado de preservar la salud de la población mexicana y a la Psicología de la Salud para seguir avanzando e implementando técnicas que permitan a los individuos modificar su estilo de vida como una manera de decrementar la mortalidad en el país y por otro lado mejorar la calidad de vida de aquellos individuos que presentan enfermedades crónicas, por lo que es necesario realizar investigaciones longitudinales que demuestren; primero, la presencia del PCTA, segundo, que este patrón se mantiene relativamente estable en el tiempo, y tercero, que en algún momento puede provocar la Enfermedad Coronaria.

Por tanto, el objetivo primordial de esta investigación es detectar el PCTA en estudiantes universitarios, con la finalidad de conocer el comportamiento de dicha población en cuanto a edad, sexo y carrera.

CAPITULO 1

PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A

HISTORIA

El Patrón de Conducta Tipo A es uno de los conceptos más importantes dentro de la medicina conductual. Es por ello que se presenta una breve historia del mismo.

Roskies (1987) hace una recopilación de las primeras referencias que se tienen acerca del papel que juegan las emociones en la sintomatología de la Enfermedad Coronaria (EC), que surgen desde los inicios del siglo XVIII por Herberden en 1772. Sin embargo, la primera descripción clínica de algo similar al Patrón de Conducta Tipo A (PCTA), fue encontrado a finales del siglo antepasado en los trabajos de Osler en el año 1892, donde señala que el típico paciente coronario es un hombre perspicaz, ambicioso y con urgencia de tiempo y que las características que presentaba desde que entraba al consultorio, eran suficientes para poder realizar un diagnóstico de angina de pecho, simplemente por su apariencia y manerismos.

Tiempo después ante el incesante incremento de la Enfermedad Coronaria durante el siglo pasado, la atención de los psiquiatras e investigadores de enfermedades psicósomáticas, giro en torno a los factores de conductuales que intervenían en el origen de la EC. Los Menninger en 1936 estudiaron pacientes

con EC y encontraron que éstos presentaban frecuentemente una conducta agresiva; por su parte Dunbar en 1943, quién fue uno de los pioneros en la medicina psicosomática, afirmaba que estos pacientes presentaban una conducta incesante hacia el logro de metas y finalmente, Kempler en 1945 no sólo confirmaba la percepción de que los enfermos coronarios eran ambiciosos y compulsivos sino que luchaban por obtener poder y prestigio (Roskies, 1987).

Pero no es sino hasta finales de los años 50 cuando los cardiólogos Meyer Friedman y Ray H. Rosenman inician sus trabajos sobre el PCTA a partir del comentario que les hace un artesano: él les preguntó cual era su especialidad, a lo que ellos contestaron que eran cardiólogos, de ahí la inquietud sobre la razón de tal cuestionamiento, a lo que el artesano contestó que se debía a lo extraño del desgaste de los asientos sólo en la parte frontal, deduciendo así el carácter nervioso y agitado de los pacientes. (Evans et. al, 1994, en Morales, 2003).

A partir de ello comienzan a trabajar en un programa de investigación en donde se planteaban la interrogante de ¿si los sentimientos o pensamientos de una persona podían tener influencia en el desarrollo de la EC? y si tal relación existía ¿cómo se establecía y en qué se fundamentaba? Así en 1960 inician el estudio prospectivo clásico, Western Collaborative Group Study (WCGS) en donde dejan en claro la relación existente entre PCTA y EC, al encontrar que los individuos que eran clasificados como pacientes Tipo A presentaban elevados niveles de colesterol y triglicéridos en suero, tiempo de coagulación reducido, excesiva secreción de catecolaminas durante horas de trabajo y obstrucción e

isquemia capilar en el tejido conjuntivo. Para 1974, estos cardiólogos publican un libro de divulgación llamado *Type A Behavior And Your Heart*, donde explicaban dicha información.

A Friedman y Rosenman (op.cit.) no sólo se les debe el crédito de dar nombre al PCTA, sino también a sus estudios; por desarrollar un método de diagnóstico de PCTA (Entrevista Estructurada) en individuos aparentemente sanos y con ello demostrar que esta medida podía ser usada como predictor de la EC.

Ante ello, surgieron interrogantes acerca de los mecanismos implicados en el desarrollo de la EC a partir de variables psicológicas. Una de las primeras objeciones a lo propuesto por Friedman y Rosenman fue, si realmente el PCTA predecía la EC por sí mismo ó estaban implicados otros factores como la posibilidad de que los sujetos Tipo A presentaran determinadas conductas de riesgo, como por ejemplo mayor tendencia de fumar, sedentarismo, obesidad, ingesta excesiva de sal, presión arterial alta, etc; que los sujetos que no eran Tipo A (Tipo B).

Sin embargo, en 1981, el "National Institute for Heart, Lung and Blood" de los Estados Unidos reunió un amplio grupo de especialistas en ciencias biomédicas y conductuales y aceptó el PCTA como un **factor de riesgo independiente** para los trastornos coronarios, con el mismo orden de magnitud que los riesgos mencionados anteriormente (A.H.A., 1981).

Finalmente, las investigaciones han girado en torno a esclarecer la segunda pregunta planteada por Friedman y Rosenman sobre los mecanismos implicados en el desarrollo de la EC a partir del PCTA.

DEFINICIÓN

El concepto PCTA ha evolucionado a lo largo del tiempo. La primera definición dada por Friedman y Rosenman (1959) es de un "complejo activo-emotivo" consistente de un logro afanado, competitividad, involucramiento en el trabajo, impaciencia y hostilidad (en Morales, 2003).

Posteriormente, complementan su definición en 1974 de la siguiente manera: el PCTA es un complejo activo-emotivo que se observa en toda persona agresivamente implicada en una crónica e incesante lucha por conseguir cada vez más en menos tiempo en contra de otras personas o de las cosas si ello fuera necesario. Para ambos, el PCTA es la reacción que tiene lugar cuando determinadas características de un individuo son puestas a prueba o activadas por un agente ambiental específico.

Más adelante Friedman y Rosenman difieren en la concepción del PCTA. Friedman entiende que el PCTA es sinónimo de estrés contemporáneo, a diferencia de Rosenman, quien sigue presentando una concepción más acorde con la definición primera de PCTA y dice que éste, es un complejo de acciones y

emociones que comprende **disposiciones conductuales** tales como ambición, agresividad, competitividad e impaciencia; **conductas específicas** tales como tensión muscular, estado de alerta, un estilo de habla rápido y enfático y un ritmo de actividad acelerado y **respuestas emocionales** tales como irritación, hostilidad, y un elevado potencial para la ira (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

Después, Price (1982, en Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996) también toma en consideración los componentes cognitivos del PCTA y los desglosa en tres aspectos:

- 1) Las disposiciones personales permanentes.
- 2) Los desafíos y demandas que emanan de los distintos ambientes en que viven las personas.
- 3) Las conductas o reacciones actuales que se manifiestan cuando los desafíos o demandas activan las disposiciones existentes.

Sobre el segundo rubro, Rosenman (1984, en Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996), también concebía al PCTA como un estilo de comportamiento que se muestra de forma regular no sólo por determinantes personales, sino que precisa para su manifestación, de determinadas situaciones o contextos, por ejemplo, el modelo de vida occidental.

A este respecto Lachar (1993, en Martínez, 2001) dice que el Patrón de Conducta Tipo A es una operación compleja estimulada por ciertos eventos en el ambiente, la cual se cree que está influenciada por los valores de la cultura

occidental que recompensa a quienes pueden generar a toda su capacidad grandes montos de producción en forma rápida, eficiente y agresiva.

Por su parte Glass (1977, en Reynoso-Eraza et. al., 2002) menciona que la conducta Tipo A es fundamentalmente una respuesta de afrontamiento que se utiliza para confrontarse ante una amenaza de pérdida de control. Así mismo, Haaga (op. cit.) define el PCTA como un complejo acción-emoción que puede ser observado en una persona que es agresiva, en una persistencia crónica que lucha por conseguir más y más en menos tiempo.

No obstante, la definición más aceptada y también la más común en las investigaciones al respecto, ha sido la establecida por Friedman y Rosenman (1974) y es la que para este estudio será utilizada, ya que consideramos que ésta engloba los aspectos más importantes del PCTA .

CARACTERÍSTICAS

Diversos autores han propuesto una serie de características que describen a los individuos con este patrón conductual. Según Friedman y Rosenman los sujetos Tipo A pueden ser clasificados según su estilo de vida caracterizado por excesos de competencia, por ejecuciones agresivas (algunas veces rigurosas y reprimidas), urgencia del tiempo, aceleración de actividades comunes, agitaciones, hostilidades, hiperactividad y tensión de los músculos faciales; son

sujetos que tratan de luchar contra las limitaciones del tiempo y las insensibilidades del medio ambiente. Además de lo anterior, y como una de las características de mayor peso es que los sujetos Tipo A descuidan aspectos de su vida que tienen que ver con la familia y el tiempo libre.

Otros autores han ahondado en la descripción de este patrón, tal es el caso de Martínez (2001) quien enlista las siguientes características:

- ψ Ser ambicioso y fijarse metas en un tiempo que represente un reto
- ψ Fijarse estándares excesivamente altos
- ψ Un gran afán de competencia
- ψ Siempre moverse y actuar con rapidez
- ψ Poder pensar en dos o más cosas al mismo tiempo
- ψ Programarse en forma tal que aprovecha su tiempo al máximo
- ψ No perder el tiempo en cosas que considere banales
- ψ Sentir una gran impaciencia por alcanzar logros
- ψ Capaces de jalar a los demás para trabajar a su ritmo
- ψ Hacer del trabajo no sólo un hábito sino una pasión
- ψ Ser agresivos
- ψ Tener un sentido de urgencia
- ψ Deseo por archivar conocimientos y avances
- ψ Tiene una gran conciencia del tiempo y por ello come, camina, y desarrolla muchas actividades de manera rápida y ello forma parte de su rutina

- ψ Manifestaciones físicas tales como tensión facial, habla en forma rápida, prolepsis (interrupción de unas palabras por otras), chasquido de la lengua y los dientes y una aspiración forzada de aire que es audible.
- ψ Prefiere trabajar a solas en situaciones tensas o bajo presión
- ψ Es una persona recompensada en su trabajo todo el tiempo
- ψ Teme al fracaso.

Fernández (1981, en Muñoz y Arriaga, 1992) señala también algunas características:

- ψ Una lucha incesante contra el tiempo (urgencia)
- ψ Una prolijidad a encontrar en el ambiente retos o desafíos para mostrar superioridad o competencia (competitividad)
- ψ Una irritabilidad constante que hace explotar al individuo en constantes episodios de agresividad verbal o ideacional pero pocas veces física (hostilidad)

Y por último Sánchez-Elvira y Bermúdez (1990, en Morales, 2003) han descrito al Tipo A de la siguiente manera:

- ψ Son personas que tienden a percibir un amplio rango de situaciones como amenazantes y competitivas
- ψ Que buscan activamente este tipo de situaciones ya que suponen para ellas un reto personal
- ψ Están preocupadas por destacar en cualquier actividad que lleven a cabo

- ψ Emprenden varias tareas al mismo tiempo y se quejan de que les falta tiempo para llevar a cabo todo lo que desearían hacer
- ψ En su lucha por destacar, reaccionan con ira, agresividad y hostilidad ante cualquier obstáculo que les impida alcanzar sus metas

De manera un poco más profunda algunos autores mencionan (Yarnold y Grim, 1982, Matthews, 1982 y Donald y Richard, 1984; en Muñoz y Arriaga, 1992) que en el Patrón de Conducta Tipo A, en el rasgo de **urgencia**, se encuentra una inhabilidad para calcular el tiempo. Para someter a comprobación dicha afirmación llevaron a cabo estudios en los cuales utilizaron como método la *duración de la experiencia*, es decir, el sujeto calculaba intervalos de tiempo sin ninguna clave objetiva; encontraron que los sujetos Tipo A presentan una tendencia a subestimar el tiempo, es decir, que hacen estimaciones sobre el tiempo más cortas de lo que son y los sujetos Tipo B tienden a sobrestimarlo, es decir, que tienden a hacer estimaciones más largas de la duración del tiempo.

Un elemento más del PCTA es una **búsqueda en número**, es decir, un constante afán por obtener más en menos tiempo, el individuo busca la acumulación en términos cuantitativos (la acumulación de dinero es un buen ejemplo), estas personas utilizan el dinero como un dato de progreso o actividad y con frecuencia disponen de gran cantidad. Así que el número de objetos o el dinero (por ejemplo) y no los objetos o el dinero en sí, son algunos de los aspectos que refuerzan el PCTA. También (Binhan y Hailley, 1989 y Sanders y Makis, 1982; en Muñoz y Arriaga, 1992) indican que aunque las personas con PCTA son

más productivas, son poco eficientes en la calidad de su trabajo, tienden a ser vistas como líderes en trabajos de equipo para resolución de problemas, más que ser vistas como miembros del mismo, sin embargo en trabajos bajo presión de tiempo son mejores trabajadores las personas Tipo B. Las personas con PCTA son especialmente vulnerables a las situaciones de tensión, mostrando poco control sobre las mismas, ya que al no ser reforzadas de inmediato sus respuestas, se genera en ellos frustración y enojo.

El individuo Tipo A se ve en una constante **búsqueda de retos** contra los demás pero sobre todo contra sí mismo, con la finalidad de probar sus propias capacidades. La hostilidad y la competitividad se ven reflejadas en el menosprecio hacia los demás cuando trabaja en equipo, tratando de realizar la mayor parte del trabajo por sí mismo, ya que duda de la capacidad de sus compañeros, manifestando frecuentemente ironías, insultos verbales autoadulaciones, etc; creemos que la inseguridad aquí entra en juego, misma que puede estar relacionada con el autoconcepto del individuo y con sus necesidades de reafirmar y mantener el control sobre el ambiente.

En suma, todos los autores (Friedman y Rosenman, 1974, Martinez, 2001, Fernandez, 1981, Sanchez-Elvira & Bermudez, 1990, Yarnold & Grim, 1982, Matthews, 1982 y Donald & Richard, 1984) describen al individuo Tipo A de forma similar, y cada una de las descripciones mencionadas anteriormente contribuyen a formarnos una idea más clara de lo que el PCTA representa. Por lo tanto, a partir de todas esas características se han formado categorías que intentan agrupar las

mismas dentro de un **Perfil Multidimensional** (en Morales, 2003) constituido por diversos factores:

- a) Componentes Formales: se refiere específicamente a lo que se ha considerado como un estilo de voz característico, útil para discriminar entre los sujetos Tipo A y no A, ya que es una característica difícilmente controlable; por ejemplo en cualquier interacción en la que participe el sujeto, se hace evidente la voz potente y explosiva. El tono de voz en estos sujetos refiere, en ocasiones, desafío, hostilidad o aburrimiento.
- b) Conductas Manifiestas: se refiere a impaciencia y urgencia de tiempo o *Enfermedad de la Prisa*, según Friedman. En este rubro se incluyen todas las conductas que implican conseguir más en menos tiempo (pensar varias cosas al mismo tiempo, comer, caminar y beber rápido e incitar a otros a presentar la misma conducta), el típico sujeto con PCTA no permanece a esperar en una fila; así podemos decir que la sensación de urgencia puede manifestarse de dos maneras:
 - *Urgencia pasiva* en donde el individuo por su forma de reaccionar más rápida, se impacienta, esto produce alteraciones en el tono muscular, secreción de catecolaminas y demás reacciones fisiológicas.
 - *Urgencia activa* cuando la situación resulta tan aversiva que el individuo escapa de ella por no poder controlarla.
- c) Aspectos Motivacionales: se refiere a competitividad o comportamiento orientado al logro. Se caracterizan por tener objetivos fluctuantes y mal definidos como resultado de su excesiva atención a las actividades que les

puedan proporcionar prestigio. Sin embargo, no son personas que atiendan objetivos con poca demanda, ya que en esos casos abandonan la tarea y dirigen su atención hacia una más demandante. Estas personas, además, encuentran motivos para suprimir las vacaciones, incrementan su jornada laboral y realizan trabajos urgentes en casa, lo que repercute en la convivencia familiar. Otro aspecto importante es que no atienden sus padecimientos físicos, retrasan la búsqueda de ayuda médica y es esto un factor que los pone en mayor riesgo de enfermedad coronaria.

- d) Actitudes y Emociones: esta categoría engloba la hostilidad, ira y agresividad. Aunque los sujetos Tipo A regularmente no son agresivos físicamente, tienden a ser irritables y muestran una actitud negativa hacia aquellas personas o cosas que bloqueen sus metas. Sus interacciones sociales frecuentemente involucran conflictos. Los sentimientos que conforman la ira varían desde la simple irritación hasta la furia. La hostilidad es lo más estable y característico del PCTA, es un componente cognitivo que implica competitividad, actitudes duras de dominio y evitación de todo lo que represente conformidad y sumisión. Por último la agresividad se manifiesta sobre un sustrato emocional frío y puede ser resultado directo de un aprendizaje; la agresividad es la conducta manifiesta de la hostilidad que alimenta y justifica el descontrol emocional.
- e) Aspectos Cognitivos: en este rubro la característica más importante es la necesidad de control ambiental, son sujetos muy susceptibles a percibir un amplio rango de situaciones como amenaza al control.

ETIOLOGÍA

A partir de las diversas investigaciones sobre el PCTA han surgido explicaciones sobre el origen del mismo que podemos dividir en dos grandes vertientes: los factores genéticos y los factores ambientales.

FACTORES GENÉTICOS

Dentro de los factores genéticos encontramos el *Enfoque Interactivo Biológico*. Este enfoque presenta como premisa esencial, una predisposición constitucional a que el individuo con PCTA presente una pronunciada reactividad del sistema nervioso autónomo, esta idea esta sustentada en los trabajos de Krantz (1983, en Buena-Casal, Caballo y Sierra, 1996) que indican que las personas Tipo A tienen una presión sanguínea sistólica más elevada que los Tipo B; aunque este enfoque también señala que esta reactividad está sujeta a estímulos ambientales. Por su parte Tron (1998) menciona que se han realizado diversos estudios que intentan explicar el origen del PCTA a partir de predisposiciones genéticas; estudios con gemelos han reportado resultados contradictorios; cuando se utilizó la entrevista estructurada como método de evaluación, se reportó que la genética no tiene ningún efecto, sin embargo, sí se apoyó la contribución genética, cuando se empleó el autoreporte como método de medición. Así que podemos concluir que los factores genéticos pueden estar involucrados de manera indirecta en la etiología del PCTA, pero mientras este

correlato no sea totalmente comprobado, las conclusiones al respecto serán prematuras.

FACTORES AMBIENTALES

Dentro de los factores ambientales podemos englobar varios enfoques o modelos que intentan explicar el origen del PCTA, se presentan a continuación.

ENFOQUE INTERACTIVO MECANICISTA

Este enfoque explica el PCTA como una manera particular del individuo de responder ante cierta clase de estímulos (por ejemplo desafíos o amenazas de control). Es esencialmente un estilo de afrontamiento que surge para controlar amenazas reales o potenciales a la pérdida de control. La teoría propuesta por Glass (1977, en Tron, 1998) dice que la conducta Tipo A se desarrolla como una habilidad de afrontamiento inadecuada, como consecuencia de una fuerte necesidad de mantener el control sobre el entorno, especialmente ante situaciones que desafían su sentido de control. Podemos concluir que en este modelo el **control externo** es el motivo esencial del sujeto Tipo A para conseguir éxito o evitar el fracaso. Esta interacción sujeto-ambiente es la que determina algunas características psicológicas con repercusión cardiovascular y neuroendocrina (Sender et. al., 1993, en Morales, 2003).

ENFOQUE INTERACTIVO BIOPSIKOSOCIAL

Este enfoque considera que los desafíos y las exigencias provocan el PCTA en personas predispuestas constitucionalmente, pero, a diferencia del anterior, el sujeto Tipo A **crea** desafíos y demandas en su ambiente. Los sujetos Tipo A construyen de manera sistemática un ambiente que es objetiva y subjetivamente rico en estímulos provocadores de conductas manifiestas Tipo A. También este modelo sugiere que este tipo de interacciones son el contexto principal para el desarrollo de los procesos fisiológicos patogénicos.

MODELO DE FERNÁNDEZ

Fernández (1981, en Muñoz y Arriaga, 1992), explica la génesis de la competitividad hostilidad de la siguiente manera: el bebé ante una situación placentera (arrullos o pecho materno por ejemplo) sufre una terrible frustración cuando se encuentra privado de esto, generándose una situación aversiva manifestada a través del llanto. El niño en algún momento puede asociar esta privación de reforzamiento con la voz de su padre, así poco a poco, el estímulo voz del padre se asocia a la ausencia de placer. Si la madre atiende al niño durante el período de llanto, éste poco a poco empezará a utilizar esta conducta para competir con el estímulo voz del padre. La madre al reforzar la conducta del llanto, hace que el niño vaya aprendiendo a ser poco tolerante a la frustración cuando la situación placentera se termina. Esta cadena conductual puede dejar una huella muy marcada en la conducta, que se generalizará en diversas situaciones en la persona que aprendió desde edad muy temprana a obtener reforzamiento casi de manera inmediata.

MODELAMIENTO PATERNO

Existe un acuerdo más o menos generalizado entre diferentes autores, acerca de la importancia del entorno familiar en el origen y desarrollo del PCTA. Esta importancia se explica a través del aprendizaje social en donde están involucrados el aprendizaje vicario y el modelamiento, que se supone son los procesos básicos responsables del PCTA. Así tenemos que los niños aprenden del comportamiento de sus padres, en función de una serie de parámetros, por lo que se cree que este tipo de conductas sería más frecuente en niños con padres Tipo A. Si los niños observan a sus padre presentar conductas Tipo A entonces practicarán esas conductas ellos mismos, y es probable que sean reforzados a través de la identificación. Acerca de esto, Brake (1986, en Tron, 1998) realizó un estudio en donde encontró que el 80% de los padres cuyos hijos habían sido clasificados Tipo A, presentaban también elevadas puntuaciones en dicho patrón, frente al 20% de los padres cuyos hijos poseían bajas puntuaciones en Tipo A.

No obstante, también los padres no A pueden influir en la adquisición del PCTA incitando a sus hijos a presentar este comportamiento a partir de determinadas *prácticas de crianza*. En un estudio realizado por McCranie y Simpson (1987, en Tron, 1998) en donde 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 y a su competencia cognitiva. En este mismo sentido, Brake (op. cit.) encontró que

los padres de los niños Tipo A informaron sobre una mayor disciplina física y restrictiva que los padres de los niños Tipo B.

Además, no sólo las prácticas de crianza que originan el PCTA provienen de padres Tipo A, sino también de padres Tipo B. Al respecto Matthews (1977, en Tron, 1998) retoma este aspecto, proponiendo que las madres Tipo B instigan hacia el incremento y la mejora de la ejecución de sus hijos cuando éstos muestran comportamiento tendiente al PCTA, pero con ausencia de definiciones claras de éxito. Como resultado de la ambigüedad en la crianza, el pequeño desarrolla una fuerte necesidad de controlar el ambiente ante situaciones de amenaza o desafío, lo cual genera la sensación de urgencia característica de estos sujetos, a partir de lo cual se desarrolla el PCTA.

Otro aspecto referente al entorno familiar, involucrado en el desarrollo del PCTA es el **orden de nacimiento** de los hijos dentro de la familia. Murillo (1977, en Muñoz y Arriaga, 1992) encontró relación entre el Patrón de Conducta Tipo A y ser el segundo hijo varón; la explicación de esto la hace al pensar en una familia mexicana (en la que se desea que el primer hijo sea varón) en donde el segundo varón deberá hacer más méritos para lograr captar atención de los padres, tratando de hacer las cosas mejor y más rápido y así desarrollar un PCTA. Así que considera que el rol asignado al segundo varón en la familia mexicana capitalina es un factor de riesgo primordial para desarrollar Enfermedad Coronaria.

PAPEL DE LA SOCIALIZACIÓN

Se ha considerado que los aspectos aprendidos del Patrón de Conducta Tipo A son la **hostilidad** y la **competitividad**, ambos se condicionan sobre la base de lo que conocemos comúnmente como inseguridad. Estos rasgos se encuentran más moldeados por las *contingencias sociales*. La **inseguridad** podría ser el efecto de aprendizajes sociales tempranos donde escasearon los reforzadores y el sujeto se vio obligado a luchar contra reloj para conseguirlos. La inseguridad puede manifestarse de otras maneras además de la competitividad. La necesidad de competir contra superiores o iguales, aun cuando no siempre se gane está dado bajo un programa de *reforzamiento intermitente*, por lo que resulta muy difícil extinguir esa conducta, este tipo de situaciones para un sujeto con PCTA son en sumo atractivas ya que le invitan a demostrarse a si mismo de cuanto es capaz.

Por su parte Friedman y Ulmer (1984, en Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996) también consideran que la principal razón para que el PCTA se presente, radica en la inseguridad y baja autoestima de las personas. Rosenman contribuye en este aspecto, otorgando una importancia fundamental a la competitividad, como mediadora de las conductas Tipo A manifiestas y la ansiedad encubierta asociada a la inseguridad y al miedo al fracaso.

EL MODELO COGNITIVO DE PRICE

En este modelo están inmersos cambios cognitivos originados por los factores ambientales, tales como ambiente familiar, religión, cultura y economía; que hacen

que el individuo esté predispuesto a este tipo de comportamiento. Price (1982, en Morales, 2003) dice que la conducta Tipo A es una forma de afrontamiento que tiene como finalidad preservar las **creencias** y combatir los **temores**, por medio de los cuáles los elementos cognitivos rigen todo el aprendizaje social de cualquier sujeto. Estas creencias son principalmente tres:

1. Es necesario ponerse a prueba uno mismo
2. No existen principios morales universales
3. Los recursos generales son escasos

De estas creencias que configuran el núcleo del patrón se desprenden tres temores respectivamente:

1. Ser juzgado como carente de éxito y de valor
2. La bondad no prevalecerá en ninguna circunstancia
3. Necesidades esenciales insuficientes como el tiempo, éxito y reconocimiento.

Para finalizar, Price pondera la influencia familiar como factor más importante en el cambio cognitivo de los sujetos y por ende en el desarrollo del PCTA.

MODELO DE AUTORREGULACIÓN

Krantz y Durel (1983, en Morales, 2003) proponen un modelo somatopsíquico para el origen del PCTA, en donde una demanda ambiental desencadena una activación fisiológica en el organismo del sujeto Tipo A que reacciona con un comportamiento característico. Al obtener éxito ante la demanda

ambiental, la conducta en el sujeto es reforzada y por ende aumenta su probabilidad de ocurrencia (ver cuadro 1).

Cuadro 1



Una vez que se ha llevado a cabo este condicionamiento, el organismo **falla** en la **autorregulación** de la respuesta fisiológica al no generar mecanismos compensatorios que le permitan regresar a un estado homeostático; es decir, promueve el mantenimiento del estado de activación del organismo. Con el tiempo esta activación sostenida se convierte en un nuevo estado homeostático para el sujeto Tipo A que también implica una autorregulación del organismo. Lo anterior explicaría la razón de que los sujetos Tipo A reporten satisfacción psicológica y bienestar físico al involucrarse en tareas de competitividad en donde estén involucradas la impaciencia y la hostilidad, y explica también el malestar y temor que les produce la inactividad y el aburrimiento.

MODELO ASOCIATIVO

Este modelo explica el origen del PCTA como una asociación entre la **experiencia** de la persona (que se almacena en la memoria) y la **emoción** que emerge de dicha experiencia. Bower (1991, en Valencia, 1997) contribuye a este modelo diciendo que la formación de pensamientos, juicio común y expectativas acerca de uno mismo y de los otros, está dada por las emociones presentes asociadas a las experiencias-emociones pasadas. Así, se puede explicar que la emoción anclada a los recuerdos, que revive por algún evento del presente, crea emociones que pueden no ser comprendidas por los sujetos Tipo A y suscitar determinadas **expectativas futuras** como sentimientos de competitividad y autoevaluaciones distorsionadas.

MODELO DE LAZARUS

Es importante distinguir entre el denominado Patrón Conductual Tipo A y el concepto de estrés: este patrón no es una situación estresante ni es una respuesta de distrés, sino que es un estilo de conductas manifiestas, es decir, es una forma de comportamiento que se utiliza para afrontar situaciones de la vida. Este patrón de comportamiento puede presentarse ya sea por situaciones placenteras o problemáticas, pero es disparado particularmente por situaciones que se perciben como retos relevantes.

Cabe mencionar que todo estímulo que sea capaz de generar estrés es conocido como estresor o estímulo estresante y existe una amplia variedad de

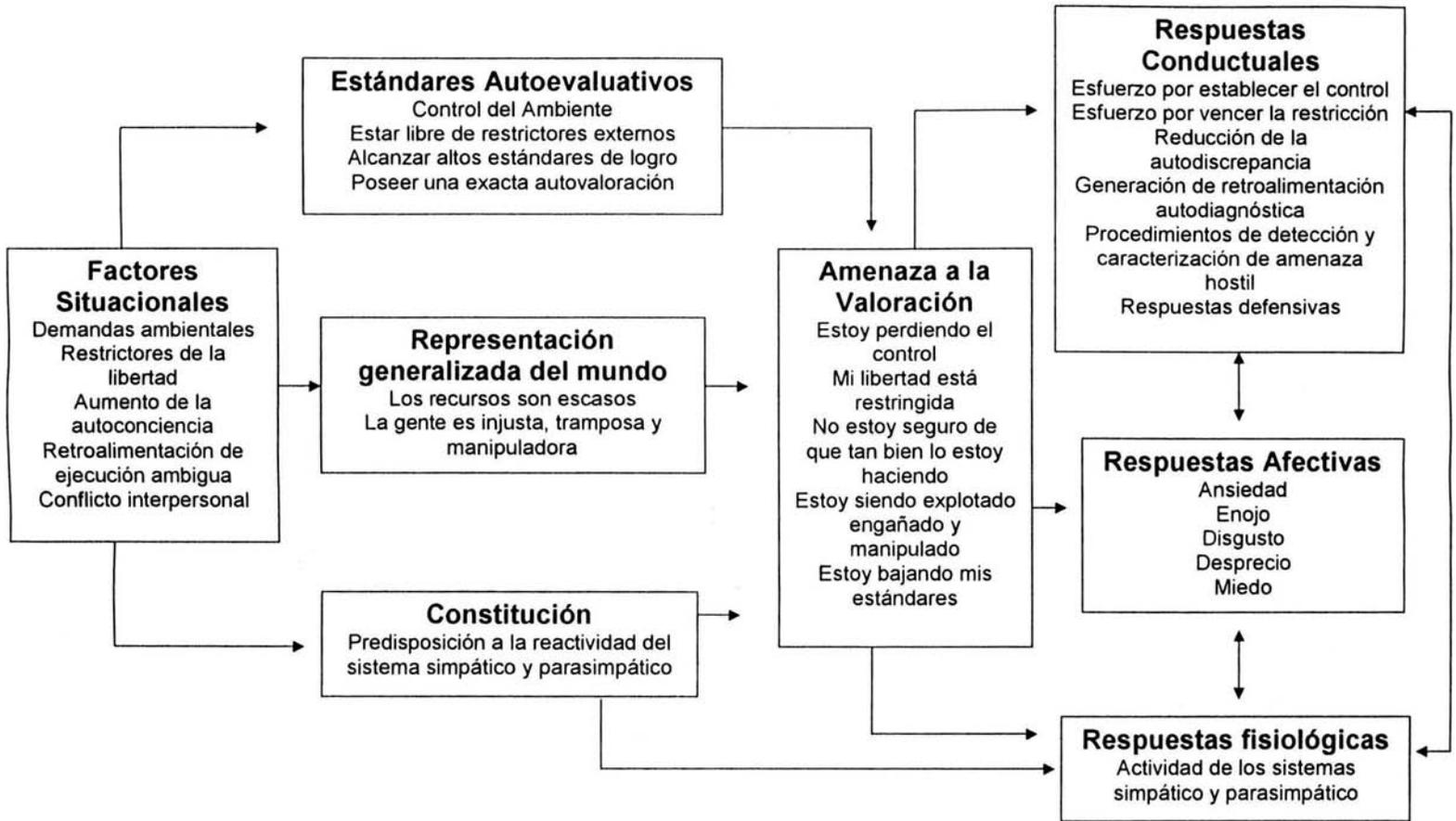
éstos en el medio ambiente físico, social y laboral en el que un sujeto se desenvuelve.

En una situación de estrés se presenta no sólo el estresor físico sino también un componente emocional que tiene una singular importancia en este tipo de respuestas. Puede afirmarse, de acuerdo con Hamberger y Lohr (1984) que los estresores de la vida diaria son fundamentalmente de naturaleza emocional. Los efectos del estrés dependen menos de la naturaleza física del estresor que de los factores psicológicos que le rodean, lo cual reafirma el concepto que los efectos del estrés dependen del modo en que el sujeto conciba o valora un estresor, en otras palabras, la interpretación que de éste realice el individuo dependerá de la percepción, del contexto, de la historia de respuesta del sujeto, de la evaluación de la situación en tanto aversiva o placentera, etc. Acerca de esto, algunos autores como Meichenbaum y Jaremko (1983) y Lazarus y Folkman (1984) coinciden con respecto a la importancia de la evaluación cognitiva, la cual es un proceso que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante, y el afrontamiento, que es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera, así tenemos que *Estrés psicológico*, es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Por lo tanto, el estrés psicológico está determinado por la evaluación que el individuo hace acerca de una interacción específica con el entorno, evaluación que está dada tanto por los factores que hacen referencia al individuo como por sus compromisos, vulnerabilidad, creencias, recursos y por los factores propios de la situación. Lazarus y Folkman (op. cit.) señalan que el estrés ocurre por demandas que exigen utilizar todos los recursos que un sujeto posee, o que rebasan los recursos del mismo, o bien que son demandas que no encuentran una respuesta adaptativa disponible de inmediato. En este sentido, se consideran entonces las capacidades adaptativas o no adaptativas de un sujeto ante las demandas ambientales. La discrepancia entre las demandas percibidas, sean éstas internas o externas, metas o retos y la forma como el sujeto perciba sus posibles respuestas frente a las demandas constituirán el estrés y tendrán consecuentemente impacto en la salud del individuo.

A manera de conclusión podemos señalar que; las teorías o modelos en su mayoría dan un peso importante al factor ambiental (como la adquisición de este comportamiento en edades muy tempranas a través del aprendizaje), y aunque el factor biológico ha sido poco investigado no podemos negar que resulta elemental su aportación para el entendimiento del PCTA (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Modelo General del Patrón de Conducta Tipo A (Valencia, C. 1997)



DEMOGRAFIA

Si bien ya se mencionaron las características propias del PCTA, existen otras variables importantes a considerar, como son la cultura, el nivel socioeconómico, la edad y el sexo de las personas; que las hacen más o menos propensas a presentar el patrón o no. A continuación ahondaremos en ello.

CULTURA Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

Es válido pensar que el ambiente juega un papel de mayor importancia en el mantenimiento del Patrón Conductual Tipo A y que los factores culturales juegan un papel relevante como antecedentes para el desarrollo del mismo (Reynoso-Eraza, Tron y De la Torre, 2004).

En este sentido, el estilo de vida occidental parece ser el **moldeador** del PCTA desde sus diversos aspectos tanto familiares (donde el niño empieza a adquirir esas conductas), escolares (donde son reforzadas) y laborales (en donde resultan imprescindibles) a edades muy tempranas. Ante tal exigencia ambiental, el organismo tendrá la necesidad de responder en igual magnitud.

Ya desde 1974 Friedman y Rosenman mencionaban que las prácticas de socialización en lugares de occidente promovían el Patrón de Conducta Tipo A básicamente en lo referente a la **motivación para la ejecución, la competencia y la agresión**. En este aspecto, Price (1982, en Morales, 2003) nos dice que los

cambios en la economía occidental pudieron ser fundamentales para los **cambios cognitivos** en los sujetos, que se vieron inmersos en una transición económica entre un modo de producción agrícola y artesanal a una industrialización progresiva como la actual. De esta manera la sociedad va creando la necesidad de hacer más corto el tiempo de ejecución, fomentándolo en algunos individuos y restringiéndolo en otros.

Burke (1985, en Muñoz y Arriaga, 1992) también considera que el PCTA es más común en las sociedades industrializadas, reportando que una proporción muy alta de ejecutivos presenta dicho comportamiento cuando su trabajo implica constante cambio y desarrollo.

En un estudio que intentaba encontrar una relación entre la cultura y la personalidad (Glazer, Stetz e Izso, 2003) se estableció que hay determinadas variables que están inmersas en la cultura y que pueden predisponer a los individuos a presentar el PCTA. Dichas variables son:

- Autonomía Afectiva (experiencias afectivas positivas)
- Autonomía Intelectual (búsqueda independiente de metas e ideas creativas)
- Dominio (control ambiental e impulsarse a sí mismo hacia el logro de metas)
- Jerarquía (diferenciación de poder, roles y recursos y búsqueda de riqueza)
- Conservación del status quo y el orden tradicional

- Igualitarismo (igualdad de oportunidades para todos)

Estos autores concluyeron que las características de los países que más influían en el PCTA eran la autonomía intelectual, el igualitarismo, el dominio y la autonomía afectiva. La cultura que impulsaba a los individuos a perseguir sus metas de manera independiente y que por ende los hacía encontrarse más relajados con respecto al logro de metas y menos competitivos; presentaba menos individuos con PCTA, en cambio en las culturas donde no había igualdad de oportunidades, dominio ni autonomía afectiva, presentaban más individuos con el patrón.

Por otro lado, se ha considerado que las personas pertenecientes a un nivel socioeconómico más alto, se encuentran sometidas a situaciones de tensión más fuertes (Muñoz y Arriaga, 1992). Así mismo, respecto al nivel de escolaridad Murillo (1977, en Muñoz y Arriaga, 1992) hipotetizó que el sujeto Tipo A tiende a obtener altos grados de escolaridad y a concluirlos con la adquisición del certificado o título que se acostumbre otorgar, posiblemente en menor tiempo y con más honores que los demás. Analizando la conducta de estudiantes durante un semestre académico, se encontró que los individuos Tipo A evaluados a través del Inventario de Actividad de Jenkins 1971 (JAS), ocupaban más tiempo que los sujetos Tipo B en actividades académicas, estudiaban más, dormían menos, dedicaban más horas al trabajo remunerado y le daban más importancia a los trabajos académicos (Mudrak, 1993, en Tron, 1998); así mismo en un trabajo similar (Blaine, 1982, en Tron, 1998) evaluó adolescentes con el mismo inventario

y encontró que los adolescentes Tipo A asistían más horas a clase y estudiaban más horas por su cuenta comparados con los Tipo B; por lo que dedicaban menos tiempo a entablar amistades.

Por el contrario, Friedman y Rosenman (1974) indican que la posición económica de un hombre o una mujer no es determinante en cuanto a la adquisición de la conducta y tampoco encontraron relación alguna entre categoría profesional y la incidencia de conducta Tipo A.

Sin embargo, parece ser que ciertas profesiones presentan más relación que otras en cuanto a presentar Patrón de Conducta Tipo A; con respecto a esto Reynoso-Erazo, Tron y De la Torre (2004) reportaron que estudiantes de las carreras de medicina y psicología de la Facultad de Estudios Superiores campus Iztacala evaluados con el Cuestionario Tipo A en Jóvenes (CTAJ) indicaban mayores puntajes Tipo A en comparación con las carreras de optometría y enfermería.

EDAD

Con respecto a la edad Tron y Reynoso-Erazo (2000) mencionan que el Patrón Conductual Tipo A puede presentarse en niños desde la edad de tres años, aumentar conforme la edad del individuo y mantenerse estable en el tiempo, Rosenman también afirmaba que el patrón conductual de la mayoría de los individuos es relativamente estable en el tiempo, las aplicaciones test–retest así lo demuestran (Reynoso-Erazo y Seligson, 1997).

Además, el patrón de los niños es similar al de los adultos; ambos manifiestan conductas de gran competitividad, agresividad, ausencia de descanso e impaciencia (Tron y Reynoso-Erazo, 2000).

A diferencia de Steinberg (1986 en Muñoz y Arriaga 1992) quien indica que los **estilos conductuales** Tipo A son estables de la adolescencia a la edad adulta, pero *no* de la infancia a la adolescencia o de la infancia a la edad adulta, y que el mecanismo a través del cual la conducta Tipo A pueda mantenerse a lo largo del tiempo, depende del proceso de socialización por medio del reforzamiento conductual en el ambiente o de la tendencia de los individuos a mantenerlo.

En este mismo sentido, en un estudio longitudinal realizado por Kojima y colaboradores (2003) se administró el JAS a 400 hombres y mujeres daneses de entre 30 y 60 años de edad, una vez por año durante cinco años. Se encontró que el puntaje del PCTA disminuía con el tiempo en todas las edades, es decir, las personas de 30 a 40 años presentan el mismo patrón de declive del PCTA que las personas de 40 a 50 y que las personas de 50 años o más. Los autores argumentan en su trabajo que las tendencias de declive, pueden ser explicadas por cambios en el estado socioeconómico del país en donde se realizó el estudio y que pudieron afectar la prevalencia del patrón, o bien, estar dadas por efectos de acarreo del instrumento.

SEXO

Dentro de la literatura acerca del PCTA y su relación con el sexo ha existido una gran discusión en donde los autores arguyen acerca de una ventaja para el sexo femenino en cuanto a la predisposición a la Enfermedad Coronaria; otros estudios hablan de un porcentaje bajo de la presencia del Patrón de Conducta Tipo A en las mujeres y por el contrario otros son los que niegan tal diferencia.

En las poblaciones infantil y adolescente, con respecto a las diferencias de sexo desde el punto de vista fisiológico, 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 cardiaca ni en la presión sanguínea diastólica, (medidas que se han reportado en la literatura como válidas para la predicción de la Enfermedad Coronaria); por otra parte frente a situaciones de cierta exigencia suele aparecer incremento en la presión sistólica y tasa cardiaca de los niños Tipo A pero no en las niñas. No obstante, se ha informado de resultados contrarios que pueden explicarse por el empleo de diferentes técnicas de evaluación (Tron, 1998).

Muñoz y Arriaga (1992) mencionan que en relación al sexo, la mujer tiene la ventaja de la premenopausia, ya que hombres de la misma edad tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad cardiovascular, aterosclerosis y

choque isquémico. Se le ha denominado a esto como una "**protección femenina**" que sólo retrasa en la mujer, la probabilidad de desarrollar la enfermedad durante algunos años; sin embargo estas autoras no exponen algún argumento claro que nos explique el mecanismo que subyace a esta "protección" y si ésta más bien estuviera determinada por factores ambientales y de contexto laboral y/o familiar.

Quienes sí lo explican son Punnonen y cols. (1997); la diferencia más importante a nivel fisiológico está dada por la presencia de estrógeno; mujeres con anomalías o fallas en el funcionamiento de los ovarios que provoquen bajas en el nivel de estrógeno endógeno, han presentado mayor incidencia de Enfermedad Coronaria que las mujeres sin estas anomalías. También los autores pudieron mostrar que mujeres con un ciclo menstrual irregular, en comparación con mujeres de ciclo menstrual regular, tienen elevadas concentraciones de fibrinógeno en plasma, lo cual es un factor de riesgo para desarrollar EC. Aunque los argumentos a favor de los factores fisiológicos como base diferencial de la presencia del PCTA en ambos sexos, ha sido bastante comentada; los factores ambientales siguen ofreciendo más explicaciones al respecto e incluso se empieza, en base a ellos, a pensar en la nulidad de tales diferencias de sexo.

Por ejemplo Martínez (2001) en su estudio con directivos mexicanos concluye que conforme las mujeres se han integrado al mercado de trabajo, ha desaparecido la prevalencia del sexo masculino en los infartos prematuros al corazón por lo que es posible pensar que el factor sexo debe ser reconsiderado

como un factor no predisponente; pues aunque en la literatura actual se menciona que las mujeres debido a factores hormonales no son candidatas a sufrir infartos prematuros, los datos encontrados apuntan a que ambos sexos pueden verse afectados por dicha enfermedad.

Castillo (1979, en Muñoz y Arriaga, 1992) también dice que en lo referente al sexo se ha observado que a medida que la mujer se incorpora a la vida profesional o a cualquier otra actividad en donde la competitividad es la base del bienestar y de la supervivencia, se ha incrementado la incidencia del Patrón de Conducta Tipo A en ella; y concluye que dicha conducta no ocurre con mayor frecuencia en la población masculina debido a diferencias sexuales, sino como producto del *rol sexual*. Por ejemplo, en Japón proporcionalmente su incorporación a la vida laboral ha incrementado el Patrón de Conducta Tipo A en ellas (Sheider, 1988, en Muñoz y Arriaga, 1992).

El incremento del PCTA en las mujeres debido a factores ambientales, pudiera ser bien entendido si pensamos que la incorporación a la vida laboral fomenta de manera especial las conductas Tipo A, ya que ellas deben enfrentarse a dobles responsabilidades, las familiares y laborales, con problemas de incompatibilidad de tiempo, prioridad y adquisición de múltiples compromisos y responsabilidades.

Todavía dentro de los factores ambientales, pero ya en un contexto familiar, se ha hablado de las diferencias de sexo en la presencia de PCTA debido a

determinadas prácticas de crianza. Muñoz y Arriaga (1992) en su estudio sobre *La influencia parental en la incidencia del patrón en niños y niñas*, encuentran una menor incidencia del mismo en las niñas y concluyen que es posible que las niñas estén menos predisuestas culturalmente a desarrollar PCTA tan marcadamente como los varones debido posiblemente a que los padres modelen menos conductas de este tipo ante sus hijas como lo hacen ante los hijos.

Pero aunque se pueda empezar a hablar de la nulidad de tal diferencia sexual, lo cierto es que los estudios han indicado una mayor prevalencia masculina de la presencia de PCTA. Tron (1998) concluye que tanto con los padres como con los hijos se demuestran diferencias por sexo, es decir, los hombres muestran puntajes más altos que las mujeres, lo cual corrobora los datos obtenidos por Haynes, Feinleif & Kannel, 1980; y Matthews & Angulo, 1980 (en Tron 1998).

Por lo anterior el objetivo de este estudio es aportar datos en los aspectos demográficos mencionados, es decir, corroborar si realmente existen diferencias entre profesiones con respecto a la presencia del PCTA o no; realizar una comparación entre sexos, con la finalidad de determinar si la mujer y el hombre difieren en este aspecto o tal diferencia es cosa del pasado y por último si la edad provoca o no cambios en el PCTA.

CAPITULO 2

RELACIÓN DE LA ENFERMEDAD CORONARIA Y EL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A

Según las teorías provenientes del campo de la biología, el desarrollo de cardiopatía isquémica se inicia en los trastornos metabólicos fundamentales y que por ello comienza la Enfermedad Coronaria. A la fecha la teoría que se acepta es la que nos dice que la cardiopatía isquémica se debe a enfermedades coronarias, es decir, que la obstrucción de las arterias coronarias ya sea parcial o total es la causa que determina su aparición. En otras palabras, cuando el flujo de sangre por las arterias encuentra obstáculos, la sangre que logra llegar al corazón es menor que la necesaria, provocando de esta manera el desequilibrio entre la oferta y la demanda de energía que se requiere para el buen funcionamiento del corazón. Sin embargo, esta teoría solo se aboca a las condiciones físicas que pueden desencadenar la enfermedad, pero se han encontrado diferencias de la aparición de la enfermedad en diferentes grupos de poblaciones.

Este hecho propició una gran cantidad de investigaciones encaminadas a la identificación de los hábitos personales que pudiesen haber sido determinantes en la aparición de cardiopatía isquémica y de esta forma considerar nuevas maneras de plantearse las hipótesis. Dentro de esas investigaciones se ha encontrado que la Enfermedad Coronaria está estrechamente relacionada con diabetes,

hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo, vivir en lugares industrializados, tener un nivel socioeconómico alto, tener antecedentes familiares de enfermedades coronarias, el sedentarismo, el sexo (siendo el masculino el de mayor riesgo)² y por supuesto el PCTA.

Por lo anterior dedicaremos las siguientes líneas para revisar de manera breve los correlatos entre el PCTA y la Enfermedad Coronaria.

ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Los cambios producidos a nivel fisiológico durante la exposición a estresores (cualesquiera que sean) han sido ampliamente descritos en la literatura; a este nivel pueden observarse cambios significativos en las medidas periféricas tales como la tasa cardiaca, presión sanguínea, reactividad electrodermal, respiración y componentes del plasma sanguíneo como cortisol, epinefrina y norepinefrina (Calvete, 1992). Al presentarse el estrés, las glándulas suprarrenales liberan una sustancia llamada adrenalina, la cual acelera todas las funciones corporales, aumenta la presión arterial y la tasa cardiaca, y se segrega una mayor cantidad de azúcar en el torrente sanguíneo. Sin embargo, la correlación entre el estrés y el desarrollo de una enfermedad cualquiera, ha sido difícil de explicar y en ocasiones rechazada o fuertemente debatida.

² La Secretaria de Salud reporta en una tabla diferenciada de las principales causas de mortalidad sólo en los hombres, que la enfermedad isquémica del corazón es la primera causa de muerte en los hombres (con 25,011 muertes en el año 2001). A diferencia de las mujeres cuya primera causa de muerte sigue siendo la diabetes mellitus (con 27,582 defunciones en el año 2001).

Quizá lo que se debería de tomar en cuenta para esclarecer esta correlación, es que el estrés no es reacción simple, sino que es un proceso en el que un estresor físico o psicológico actúa sobre un individuo, sobre sus evaluaciones y sobre los componentes cognitivos, conductuales y fisiológicos de su respuesta; así que la consideración de todos estos dominios es importante si queremos comprender los procesos que unen al **estrés** con la **enfermedad**.

El PCTA se encuentra íntimamente relacionado con el estrés y las reacciones fisiológicas subyacentes a éste, que se ha dicho, provocan o acrecientan el desarrollo de la Enfermedad Coronaria. Este factor resulta observable cuando se comparan el Patrón de Conducta Tipo A y Tipo B con la Enfermedad Coronaria; los sujetos clasificados como Tipo B, rara vez sufren ataques cardíacos, no importando su trabajo, ni su consumo de tabaco, ni su alimentación; en contraposición con los sujetos Tipo A propensos a los ataques cardíacos cuando llegan a la edad madura. Aun sabiendo que hay factores físicos involucrados en la EC, éstos no ocupan más del 25% de los casos; el resto se atribuye al estrés relacionado con un patrón específico de conducta: el PCTA (Flores y Lara, 1996).

Rozanski, Blumenthal y Kaplan (1999) hacen un interesante meta-análisis proveniente de estudios epidemiológicos, sobre diversos aspectos psicosociales que favorecen el desarrollo de la EC. Dentro de estos factores psicosociales toman en cuenta la depresión, la ansiedad, factores comportamentales como el PCTA, falta de soporte social y un estilo de vida con estrés agudo o crónico.

En lo que concierne a los factores comportamentales, este estudio reporta que el PCTA ha sido asociado a un incremento en el riesgo de EC, sobre todo un aumento en el riesgo de infarto al miocardio; estas investigaciones se han enfocado a los ambientes laborales que involucran de alguna manera estrés en el desarrollo de las actividades. Evidentemente ambientes laborales en donde la demanda de decisiones en corto tiempo es alta, la frecuencia de EC también es alta. Este riesgo se agudiza si las personas perciben poco control en la resolución de problemas en el trabajo³. Recordemos que el papel del ambiente ya ha sido discutido anteriormente en este trabajo.

Yeung y colaboradores (1991) demostraron que el estrés mental inducido en situaciones experimentales con personas con PCTA produce isquemia, factor que predice eventos cardiacos; lo anterior dado por la alta demanda de oxígeno durante la exposición a estrés. También el estrés produce cambios o anomalías en la coagulación de la sangre. En un estudio se tomaron muestras de sangre de 42 pacientes hipertensos después de 14 días de un temblor, encontraron incrementos en la presión arterial, viscosidad en la sangre y alteraciones en el plasma, los autores de este estudio dicen que las anomalías en la coagulación de la sangre pueden persistir durante semanas después de un simple evento estresante (Levine y cols, 1985).

³ Las diferencias entre la situación de control y la situación de no control se caracteriza por un mayor uso del afrontamiento activo focalizado en el problema y menor del afrontamiento pasivo; cuando la persona se encuentra en una situación en donde su modo de afrontar es activo existe una mayor actividad simpático-adrenérgica, indicada por la tasa cardiaca, la presión sanguínea y amplitud del pulso (Calvete 1992).

Una razón por la cual el torrente circulatorio se llena de sustancias coagulantes y lipoides es por la secreción frecuente y la circulación prolongada de una combinación catecolaminica en la que predomina la noradrenalina; la proclividad a reaccionar con ira puede terminar en un infarto, porque el estado clínico metabólico provocado por la descarga desequilibrada a favor de la norepinefrina se perpetúa. (Roberti, 2003)

Si pensamos que una persona con PCTA está constantemente bajo efectos del estrés, la estabilidad del corazón o de todo el sistema cardiovascular es pobre y esta en riesgo.

En general se ha hablado de que las personas con PCTA tienen reacciones exacerbadas a los retos psicológicos que provocan reacciones fisiológicas importantes como mayor presión arterial, elevada tasa cardiaca y mayor y más sostenida respuesta del sistema nervioso simpático.

En este mismo sentido Siegel (1982, en Roberti, 2003) realizó una investigación de los síntomas físicos entre jóvenes Tipo A y B. Los adolescentes Tipo A presentaron más síntomas cardiovasculares que los Tipo B. Por su parte Eagleston y Kath (1986, en Roberti, 2003) encontraron que estudiantes que presentaron PCTA reportaron numerosos síntomas cardiovasculares, problemas para dormir y tensión general, que se piensa están relacionados con el subsiguiente desarrollo de la Enfermedad Coronaria. Shapiro (1979, en Roberti,

2003) también observó que la conducta Tipo A influye en la predisposición, la precipitación y la perpetuación de la Enfermedad Coronaria.

Empero, no todos los estudios han sostenido la idea de que el PCTA sea un factor importante en el desarrollo de la EC, esta falta de consistencia ha causado dudas sobre la fortaleza del PCTA como un cuadro clínico certero.

Sin embargo, se ha discutido la posibilidad de que no todo el constructo psicológico sea patogénico sino sólo algunos de sus componentes. Por ejemplo, la **hostilidad** ha recibido una considerable atención como un componente **potencialmente tóxico**. Rozanski, Blumenthal y Kaplan (1999) comentan que algunos estudios han concluido que pacientes con altos índices de hostilidad tienen un mayor grado de angioplasia, desarrollan más rápido arterosclerosis, el curso de la enfermedad es más rápido y desarrollan mayor isquemia que otros pacientes con EC no hostiles.

También se ha comentado que la hostilidad puede ser un factor patogénico importante porque la gente con altos índices de hostilidad suele también presentar estilos de vida poco saludables como fumar, beber y mantener una dieta alta en grasas.

Algunos estudios apoyan el punto de vista de que el sujeto **agresivo y enérgico** es más propenso a padecer este tipo de enfermedades en comparación con aquellos sujetos relajados, accesibles y serenos (Flores y Lara, 1996).

Lara Tapia y Trejo Magaña (1984, en Flores y Lara, 1996) en su estudio de "Factores Cognoscitivos y Psicofisiológicos en la Agresividad con Pacientes Coronarios" encontraron que los enfermos coronarios mostraban un estilo activo de confrontar el estrés, produciendo niveles más elevados de frustración con la consiguiente agresividad.

Lo importante de haber mencionado esto, radica en el hecho de que el PCTA es un factor de riesgo importante en el surgimiento y desarrollo de la Enfermedad Coronaria (aunque no sabemos cuándo, ni cómo surge) y desde el punto de vista psicológico la mejor manera de contribuir en la resolución de este problema, sería trabajando desde el nivel preventivo. Creemos que el primer paso es la detección del PCTA, que nos ayudará a conocer de cerca como se comporta la población y tener así, las bases para abordarla en estudios posteriores.

CAPITULO 3

EVALUACIÓN DEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A

El PCTA puede detectarse en niños, jóvenes y adultos a través de diversos métodos como son la entrevista y los cuestionarios, cuya finalidad es detectarlo de manera efectiva. A continuación, se describen algunos instrumentos de evaluación que han demostrado confiabilidad para medir el Patrón de Conducta Tipo A.

El procedimiento de evaluación más importante del PCTA es la **Entrevista Estructurada**, esta entrevista consiste en una lista de conductas-meta, síntomas y eventos, así como la guía para conducirla y los procedimientos para registrar. Fue creada por Friedman y Rosenman y se usó inicialmente en 1960 para evaluar sujetos que tuviesen PCTA, dentro del WCGS. Mediante esta entrevista, la evaluación del PCTA depende de dos factores:

- 1) La exhibición de este patrón, y
- 2) La habilidad del entrevistador para observar y juzgar las características de este patrón conductual.

Requiere para su realización, aproximadamente de 15 a 20 minutos, contiene alrededor de 25 cuestiones en las que se pregunta al sujeto acerca de aspectos característicos de su estilo de vida. La clasificación del PCTA está basada en informaciones dadas por los sujetos sobre su conducta y los estilos

propios observados del habla y movimientos (Roa 1995, en Morales 2003). Cabe mencionar que este tipo de evaluación requiere de un período relativamente largo de entrenamiento así como un observador con ciertas características, para que de esta manera su aplicación y evaluación sea efectiva, por lo que se requiere mayor inversión. Aunque la entrevista estructurada no nos permite cuantificación alguna, es un método útil para la detección de PCTA (De la Torre, 1993, en Quiroga y Sánchez 1997).

Por otro lado, tenemos los inventarios de opción múltiple que permiten simplificar y cuantificar la evaluación del PCTA, además de que resultan una alternativa que permite ganar objetividad. El cuestionario más conocido y utilizado para evaluar el PCTA es el **Inventario de Actividad de Jenkins (JAS)** con 61 ítems que permiten evaluar 3 dimensiones del PCTA denominadas:

- ◆ **S:** *velocidad e impaciencia*, que se describe en términos de la urgencia de tiempo revelada en el estilo de conducta del sujeto Tipo A.
- ◆ **J:** *desenvolvimiento en el trabajo*, expresa grado de dedicación a la actividad ocupacional.
- ◆ **H:** *agresión y competitividad*, involucra percepciones de agresividad, impaciencia, competitividad y sentirse más esforzado que otros.

El JAS es un cuestionario que los sujetos responden con lápiz y papel y su puntaje depende del contenido de las respuestas a una serie de preguntas, en

otras palabras depende básicamente de una autoevaluación válida por el sujeto que responde. La relevancia que contiene el JAS en comparación con la entrevista estructurada es que puede ser autoadministrado, administrarse a un gran número de personas al mismo tiempo, o bien computarse; además de que nos ofrece un puntaje numérico.

En un intento por detectar el PCTA en poblaciones no adultas, Jenkins elaboró una versión del JAS que pudiera ser aplicada a estudiantes, sin embargo, esta opción resultó no ser óptima debido a que contenía solo un reactivo para medir hostilidad y agresión comparada con la versión anterior que contenía dos reactivos para las mismas escalas, por lo que se concluyó que este instrumento tenía fallas en cuanto a la medición y de alguna manera a la predicción de recurrencias en pacientes coronarios (Quiroga y Sánchez, 1997).

La Escala Tipo A de Framingham (Framingham Type A Scale) fue producto de uno de sus primeros trabajos denominado "*Framingham Heart Study*" que tenía un seguimiento con relación al estado cardiovascular de los sujetos que participaban en ese trabajo (Morales, 2003). Esta escala consta de 10 ítems y valora, en los sujetos, el sentido de urgencia de tiempo, impulso competitivo y percepción de presión en el trabajo; además detecta la fatiga y la insatisfacción con relación a situaciones estresantes cotidianas que acompañan a los estilos de vida competitivo, control y satisfacción de trabajo. La forma de aplicar y contestar es sencilla, del total de reactivos; la mitad es de opción múltiple y la otra mitad se responde con verdadero o falso, de esta manera se suma el total y se obtiene la

puntuación del sujeto Tipo A, si es que éste se ubica por encima de la media de la muestra, la Escala de Framingham está subdividida de acuerdo a la edad y el sexo (Roa, 1995, en Morales, 2003). A la fecha este instrumento ya no es utilizado.

Bortner en 1969 presentó la **Escala de Evaluación Objetiva** que igualmente procede de la Entrevista Estructurada, consistía en una serie de pruebas con el propósito de medir conceptualmente los componentes del PCTA; conformado por 14 ítems cada uno de ellos compuesto por dos adjetivos o frases separados por una línea donde el sujeto indica hacia donde tiende en mayor o menor grado; uno de los adjetivos indica una conducta Tipo A y el otro adjetivo conducta Tipo B. La puntuación final se obtiene midiendo el espacio que va desde el extremo B al punto señalado en la línea por cada sujeto, y se suman los valores obtenidos en cada uno de los ítems.

En cuanto a la detección del PCTA en niños existen algunos inventarios que intentan una efectiva medición al respecto, por ejemplo, el **Matthews Youth Test for Health (MYTH)** desarrollado por Matthews y colaboradores en 1980, consta de 17 ítems, cada uno con una escala del 1 al 5, con un puntaje mínimo de 17 y un máximo de 85. Está conformado por dos subescalas; la primera: competencia y la segunda: impaciencia-agresión. Esta última es contestada por los profesores de clase de los niños, ellos tienen que responder de acuerdo al resultado de competencia, agresividad, hostilidad y urgencia de tiempo, todos los anteriores, evidentemente, componentes del PCTA

La escala **A-B Rating Scale (ABRS)**, otro instrumento que evalúa PCTA en niños, fue creada por Hunter y Wolf en 1980, ellos exponen que las conductas emitidas por las personas están en función de las características propias y las circunstancias medioambientales a las que están expuestas, esta escala es aplicada y resuelta por niños y consta de 24 ítems que fueron desarrollados y medidos de 1 a 7 niveles. Sin embargo, se habla acerca de la poca confiabilidad de la medición del PCTA en niños pequeños debido a que los conocimientos necesarios para presentar tales conductas no se desarrollan adecuadamente sino hasta la adolescencia. Hasta donde se sabe, en términos de bibliografía, este cuestionario actualmente no se utiliza (Reynoso, 1991, en Quiroga y Sánchez, 1997).

En México no existía un instrumento para evaluar PCTA en adultos sino hasta 1989, cuando Reynoso y colaboradores desarrollaron un inventario conductual para detectar de forma sencilla y confiable a sujetos que presentan PCTA; el inventario consta de 20 ítems de los cuales 19 tienen 4 opciones de respuesta y uno de ellos solamente 2 opciones, estos ítems evalúan las escalas de competitividad, agresividad-hostilidad e impaciencia. Este cuestionario está basado en la definición de PCTA ofrecida por Friedman y Rosenman y supone al igual que el JAS que el sujeto responde al inventario realizando una sincera y adecuada autoevaluación.

En cuanto a la evaluación del PCTA en niños, en nuestro país surgió un cuestionario elaborado por De la Torre et al. en 1991 que consta de 20 ítems, los

cuales evalúan impaciencia, agresividad-hostilidad y competitividad en el ambiente escolar. Este cuestionario permite la clasificación de los niños en sujetos Tipo A sujetos intermedios y sujetos Tipo No A. Cuando se aplicó por primera vez la educadora fue la responsable de responder el cuestionario basándose en el desempeño de los niños (parecido al Matthews). Hasta donde se sabe, éste fue el primer estudio que se realizó en México con niños.

La evaluación del Patrón Conductual Tipo A en jóvenes se ha realizado en los Estados Unidos de Norteamérica a partir de la Entrevista Estructurada versión para jóvenes de Friedman y Rosenman; del cuestionario estructurado desarrollado por Jenkins, Rosenman & Zyzanski (1974) en versión para jóvenes y del cuestionario desarrollado por Wrzesniewski, Forgays y Bonaiuto denominado **AATABS** (1990), revisado por Forgays, Bonaiuto y Wrzesniewski denominado **AATABS-R** (1993) que ha sido el más utilizado en distintos países.

En México tampoco existía un instrumento de evaluación del PCTA para jóvenes, hasta el año de 1998 (Tron, Reynoso, Ávila y De la Torre) en que se desarrolló un cuestionario denominado **Conducta Tipo A en Jóvenes (CTAJ)** con la finalidad de obtener información sobre los aspectos del comportamiento de los adolescentes en diferentes situaciones y actividades. Éste consta de 24 ítems, los cuales tienen cinco opciones de respuesta. El cuestionario otorga un puntaje mínimo de cero puntos y un máximo de 96, está basado en la formulación conceptual del Patrón Conductual Tipo A y supone que el sujeto que responde realiza una sincera autoevaluación.

Cabe mencionar que este inventario fue utilizado en una investigación realizada por los autores (op.cit.), para detectar PCTA en estudiantes universitarios mexicanos, donde contrastaron este instrumento con el AATABS-R (Wrzesniewski et, al. 1990 en op.cit.) y encontraron que el CTAJ tenía validez concurrente y una consistencia interna alta con un coeficiente Alfa de Cronbach igual a 0.7129; lo que indica que el instrumento es confiable para medir PCTA en jóvenes, razón por la cual se decidió utilizarlo en esta investigación.

Partiendo de la información recopilada en estos capítulos, a continuación se presentará la metodología utilizada para este estudio, con la finalidad de observar que proporción del total de la muestra resulta ser Tipo A, comprobar si hay diferencias entre sexos en cuanto a la presencia del PCTA y si éste está influido tanto por la carrera a la que pertenezcan los sujetos como por su edad.

MÉTODO

El presente trabajo es un estudio descriptivo y la muestra utilizada fue no probabilística debido a las situaciones de aplicación y a la accesibilidad de los sujetos.

Sujetos:

La muestra estuvo representada por estudiantes universitarios voluntarios de la Facultad de Psicología y de la F.E.S. Iztacala, con un rango de edad entre 18 y 35 años, el total de sujetos fue de 1118 de los cuales 357 pertenecen a la Facultad de Psicología y los 761 restantes a la F.E.S. Iztacala, ambos campus incorporados a la UNAM.

Instrumento:

Se utilizó el Inventario Conducta Tipo A en Jóvenes (CTAJ) (Tron, Reynoso, Ávila y De la Torre, 1998) conformado por 24 ítems, con un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 96. Entendiendo que el sujeto Tipo A sería aquel que tuviese un puntaje igual o mayor a 60.

Procedimiento:

Los cuestionarios se aplicaron a los alumnos en el salón de clases, se les pidió que respondieran verazmente, que hicieran una sincera autoevaluación, dispusieran del tiempo necesario para contestar los cuestionarios y la resolución dudas.

Análisis de datos:

Una vez recopilados los datos, fueron procesados en computadora en el programa SPSS para Windows versión 10. Se utilizó estadística descriptiva, se buscaron diferencias entre sexos para lo cual se utilizaron pruebas t y se buscaron diferencias entre carreras y edad de los sujetos. Así mismo, se analizó el nivel de confiabilidad del instrumento a través del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach.

RESULTADOS

Las siguientes líneas estarán dedicadas a describir los datos obtenidos a partir de la evaluación del PCTA en estudiantes universitarios, primero se describirán los aspectos demográficos de la población, en seguida los hallazgos encontrados con respecto a los puntajes obtenidos en el inventario y por último el análisis de confiabilidad realizado.

La muestra estudiada estuvo conformada por 1118 sujetos, de los cuales 850 fueron mujeres (76%) y 268 fueron hombres (24%). Con un rango de edad de entre 18 y 35 años con una media global de edad de 19.93 años.

La distribución por carrera (Tabla 1) fue la siguiente: el mayor porcentaje de sujetos se presentó en la carrera de Odontología, seguido de la carrera de Psicología Facultad, en tercer lugar tenemos a Psicología Iztacala, en cuarto a Medicina Iztacala y por último con menor porcentaje de sujetos esta la carrera de Enfermería.

Dentro de cada carrera podemos observar también, mayor frecuencia de sexo femenino, sobre todo en las carreras de Psicología Facultad, Psicología Iztacala y Enfermería (Tabla 2).

Tabla 1. Distribución por carrera

CARRERA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ODONTOLOGÍA	405	36.2
PSICOLOGIA FACULTAD	357	31.9
PSICOLOGIA IZTACALA	222	19.9
MEDICINA IZTACALA	85	7.6
ENFERMERIA	49	4.4
Total	1118	100.0

Tabla 2. Distribución de sexo por carrera.

CARRERA	No.	SEXO FEMENINO		SEXO MASCULINO	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Odontología	405	292	72.1%	113	27.9%
Psicología Facultad	357	292	81.8%	65	18.2%
Psicología Iztacala	222	171	77%	51	23%
Medicina Iztacala	85	56	65.9%	29	34.1%
Enfermería	49	39	79.6%	10	20.4%

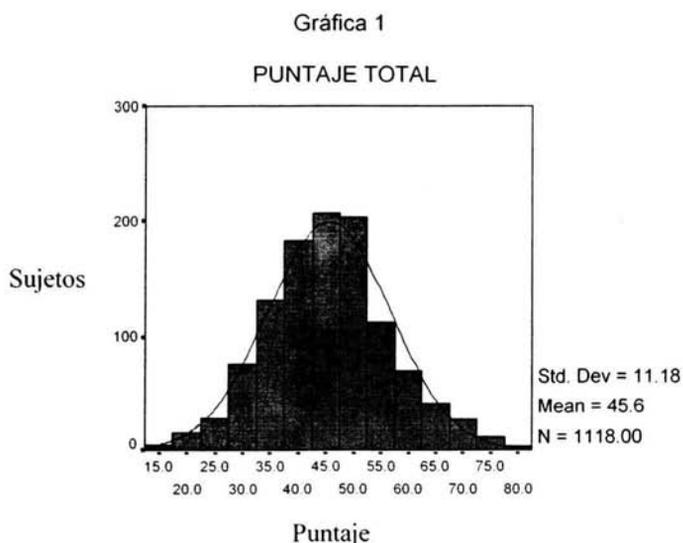
En cuanto a la edad, en cada carrera (Tabla 3) encontramos una distribución alrededor de la media global de edad, a excepción de la carrera de Psicología Facultad en donde encontramos una media de 20.43.

Tabla 3. Distribución de edad por carrera.

CARRERA	EDAD (\bar{X})
Odontología	19.60
Psicología Facultad	20.43
Psicología Iztacala	19.93
Medicina Iztacala	19.41
Enfermería	19.92

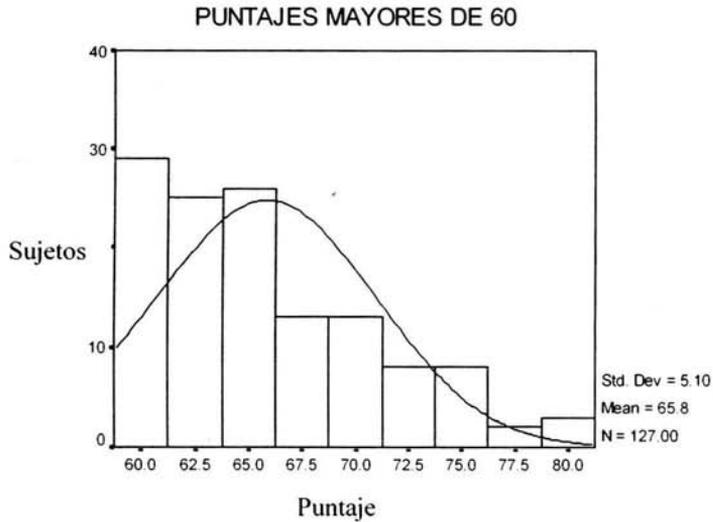
Con respecto a los puntajes obtenidos en el inventario se encontraron los siguientes resultados.

La media global obtenida fue de 45.6 puntos del máximo posible a obtener (96 puntos) en el inventario, con una desviación estándar de 11.18 como lo muestra la Gráfica 1. El 50% de la muestra obtuvo un puntaje total por encima de 45 puntos, y el 50% restante se encuentra por debajo de este puntaje (mediana). El puntaje más común (moda) fue 48 puntos. Se obtuvo un puntaje mínimo de 13 y un puntaje máximo de 81 puntos. De la misma manera se observa una distribución normal en donde el mayor número de casos se ubica en el centro de la curva.



Del total de la muestra, 127 sujetos (11.35%) mostraron un puntaje igual o mayor a 60, equivalente al percentil 90 de la curva normal (la gráfica 2 así lo muestra).

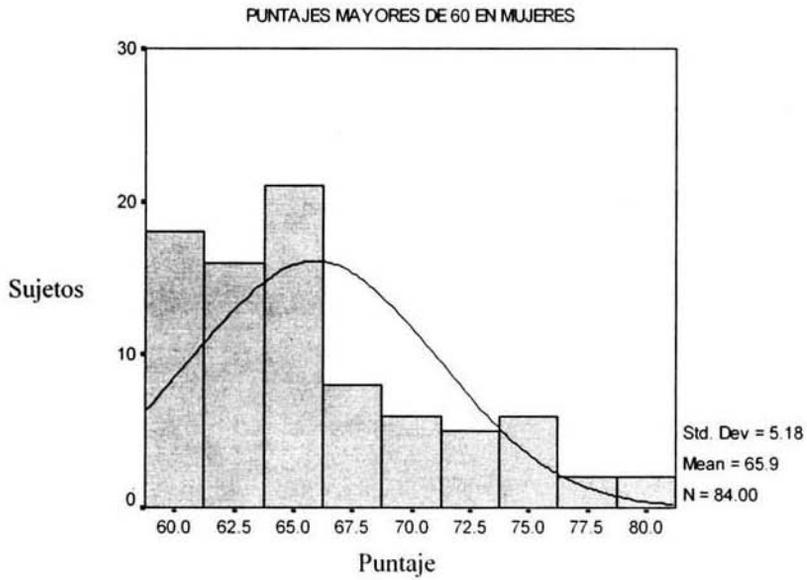
Gráfica 2



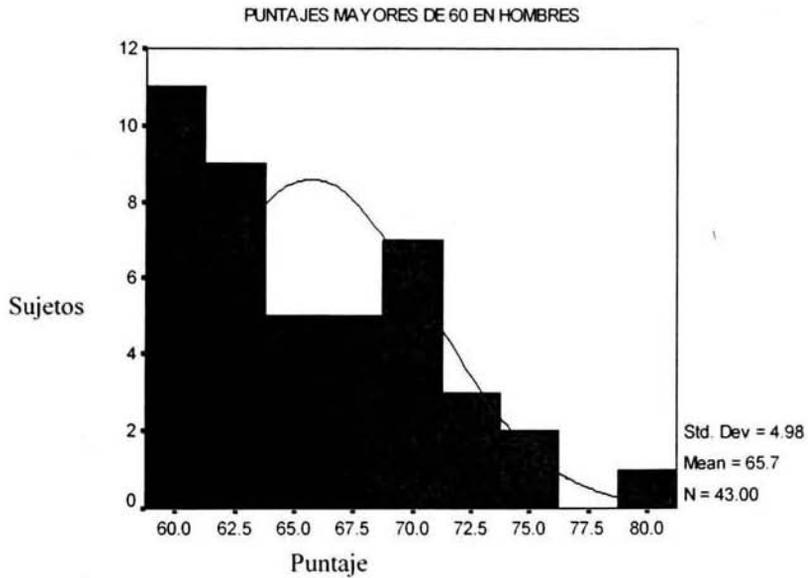
En cuanto al sexo, se observa que la media del puntaje total del inventario para mujeres, fue de 45.05 con una desviación estándar de 11.04, a diferencia de la media de los hombres de 47.30 con una desviación estándar de 11.47, al realizar la prueba "t" para comprobar si esta diferencia era significativa se obtuvo un valor $t = 1.969$ con una significancia $\alpha = 0.05$.

Por otro lado, en el grupo de las mujeres se observa que 84 casos (9.88%) mostraron un puntaje igual o mayor a 60, el número de casos en el grupo de hombres que presentaron este puntaje fueron 43 (16.04%), cada uno equivalente al percentil 90 de la curva normal; las medias para cada grupo fueron 65.9 y 65.7 respectivamente. Ver gráficas 3 y 4.

Gráfica 3



Gráfica 4



En cuanto a la variable carrera también se encontraron diferencias. Las medias por cada carrera resultaron diferentes con respecto a la media global, a excepción de la carrera de Psicología Facultad, se realizaron pruebas “t” para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas, sólo la carrera de Enfermería presentó tal diferencia encontrándose los siguientes valores:

Tabla 4. Comparación de la media global vs. cada carrera

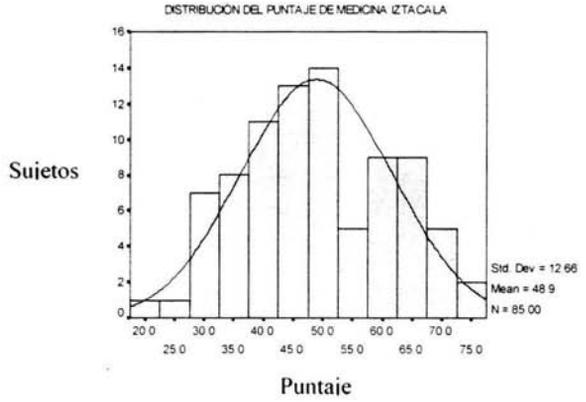
MEDIAS COMPARADAS	T	gl	Sig. (2 colas)
Media global vs. Enfermería	2.760	48	0.008
Media global vs. Psicología Iztacala	0.941	221	0.348
Media global vs. Medicina Iztacala	-0.447	84	0.656
Media global vs. Odontología	-1.558	404	0.120

Acerca del puntaje por carrera, se encontraron diferencias en las medias entre cada una de éstas (ver gráficas correspondientes), se realizaron pruebas “t” con la finalidad de encontrar diferencias estadísticamente significativas. Los resultados los podemos observar en la Tabla 5, donde se subrayan aquellas que resultaron significativas.

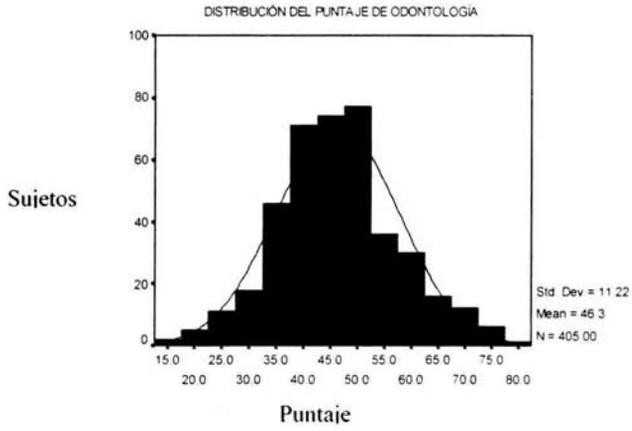
Tabla 5. Comparación de medias por carrera

CARRERAS COMPARADAS	t	gl	Sig. (2 colas)
Psicología Facultad vs. Psicología Iztacala	0.941	221	0.348
Psicología Facultad vs. Enfermería	2.760	48	0.008
Psicología Facultad vs. Medicina Iztacala	-0.447	84	0.656
Psicología Facultad vs. Odontología	-0.814	356	0.416
Enfermería vs. Psicología Iztacala	-1.412	48	0.164
Enfermería vs. Medicina Iztacala	-3.302	48	0.002
Enfermería vs. Odontología	-1.638	48	0.108
Psicología Iztacala vs. Medicina Iztacala	-3.205	84	0.002
Psicología Iztacala vs. Odontología	-0.969	221	0.333
Medicina Iztacala vs. Odontología	2.211	84	0.03

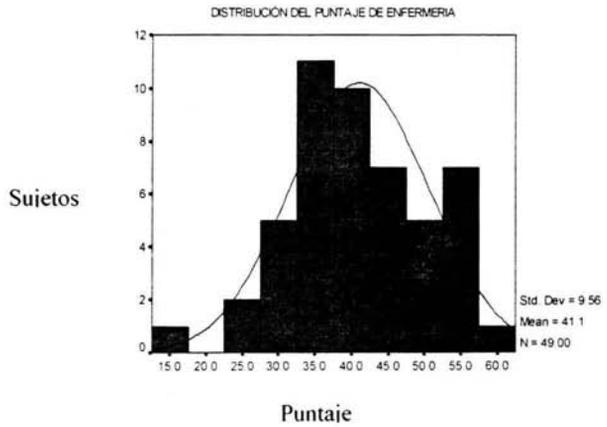
Gráfica 5



Gráfica 6

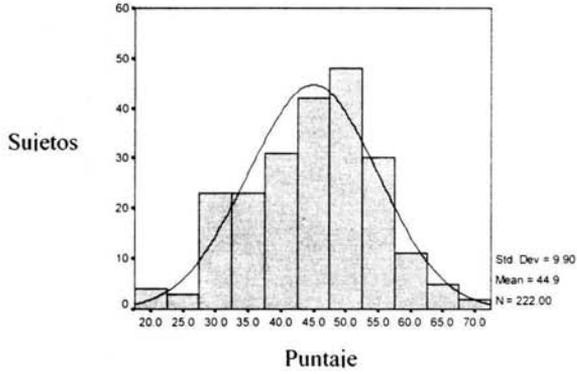


Gráfica 7



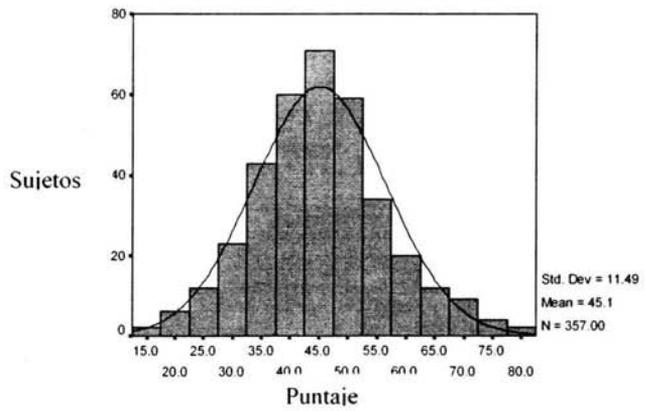
Gráfica 8

DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE DE PSICOLOGÍA IZTACALA



Gráfica 9

DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE DE PSICOLOGÍA FACULTAD



En cuanto a edad, se realizó un análisis por grupos en donde se seleccionó a los sujetos mayores de 25 y menores de 18 años. Se encontró que los sujetos mayores de 25 presentaron una media del puntaje total igual a 45.5 con una desviación estándar de 10.39, y los sujetos menores de 18 años presentaron una media de 45.0 con una desviación estándar de 11.89; al realizar una prueba "t" para demostrar la significancia de la diferencia de estas medias, el valor obtenido de $t = -2.623$ con un $\alpha = 0.011$.

Finalmente, se realizó un análisis de confiabilidad del instrumento a través del coeficiente Alpha de Cronbach, obteniendo un valor de 0.8387.

DISCUSIÓN

El Patrón de Conducta Tipo A es una variedad de conductas observables constituido por una amplia gama de elementos cognitivos emocionales y estilos conductuales de funcionamiento de un individuo. Los sujetos con PCTA pueden ser clasificados tomando en cuenta su estilo de vida que es caracterizado por un exceso de competencia, agresividad, hostilidad, urgencia de tiempo, etc.

Este patrón puede ser elicitado por situaciones placenteras o problemáticas, no es una situación estresante, ni una respuesta de distrés sino que es un estilo de conductas manifestadas y utilizadas para afrontar situaciones de la vida. Hacemos énfasis en que tanto el ambiente como los factores culturales juegan un papel importante como antecedentes para el desarrollo del PCTA. De esta manera, los resultados de nuestra investigación han confirmado varias ideas planteadas anteriormente, aspecto que a continuación se discutirá.

En cuanto a los métodos de evaluación, se han mencionado algunos de los más utilizados para la detección del PCTA, como la Entrevista Estructurada, el JAS, el Matthews, etc; los cuales han demostrado tener una alta confiabilidad. En este estudio se encontró que el CTAJ en estudiantes universitarios mexicanos, específicamente en jóvenes, es un instrumento que permite detectar eficazmente Patrón de Conducta Tipo A con una confiabilidad alta ($\alpha=0.8387$), incluso mayor a estudios anteriores (Quiroga y Sánchez, 1997 & Reynoso, Tron y De la Torre,

2004). Por lo que se puede concluir que dicho instrumento es confiable y se apoya la utilización del mismo para estudios posteriores.

En relación a los puntajes por sexo, se encontró un mayor número de hombres que presentan PCTA, esto es, se encontraron diferencias significativas en cuanto a sexo y la presencia de PCTA aún cuando la muestra total fue conformada en su mayoría por mujeres; podemos decir que los hombres parecen ser más vulnerables (muestran puntajes más altos que las mujeres) a la presencia de PCTA. Si bien los factores sociales (diferencias de rol) y biológicos (protección femenina), no son una respuesta completa a la explicación de tal diferencia, ésta existe y futuras investigaciones deberán estar dedicadas a la identificación de dicho factor. Cabe mencionar que en algunas investigaciones no se han encontrado diferencias en sexo.

En cuanto a la edad algunos estudios muestran que el PCTA puede ser detectado desde la infancia incluso en niños desde los tres años (Tron, 1998), además que la presencia de conductas Tipo A aumenta durante la adolescencia y decrementa en la vejez, hablamos entonces de que el PCTA se presenta en forma de U invertida (Morales, 2003), algunos otros sólo mencionan una disminución del puntaje a partir de los 30 años (Kojima et al., 2003). Particularmente en este estudio y tomando en cuenta el número total de la muestra se encontraron diferencias significativas en los puntajes de sujetos de 18 años y aquellos puntajes en sujetos de 25 años, conjuntamente se encuentra un aumento de la media del puntaje obtenido por sujetos de 25 años o mayores, pudiendo confirmar así, que

los puntajes sí presentan el patrón de U invertida; sin embargo y debido a las cercanía entre los rangos de edad, este estudio no resulta definitivo en éste sentido, por lo que se sugieren investigaciones posteriores en donde se abarque un rango mayor de edad.

Una idea más acerca de esto, es que en este estudio específicamente y debido a la accesibilidad de la población fueron evaluados un mayor número de sujeto de 18 años que de 25 años, por lo que pudiera ser que en otras condiciones, es decir, igual número de sujetos de estas edades pudieran encontrarse otros resultados.

Por otro lado, en cuanto a las diferencias por carrera se encontró que Enfermería mostró una diferencia significativa comparada con la Media Global, y también frente a Psicología Facultad y Medicina Iztacala, tal diferencia puede ser explicada por un ambiente poco competitivo en donde la exigencia académica es laxa y donde el alumno puede no estar sujeto a condiciones que eliciten el PCTA. No obstante, tales resultados pueden estar dados por el número de sujetos que conformaron la muestra de la carrera de Enfermería, por lo que si se aumentara dicha muestra y además se incluyeran otras escuelas de Enfermería se podrían encontrar diferentes resultados.

Otra diferencia encontrada en este estudio fue el caso de Medicina Iztacala comparada con Psicología Facultad y Odontología, tal resultado puede deberse al contexto de competitividad, exigencia académica y la presión constante bajo la

que estos estudiantes se encuentran, a diferencia de las otras carreras en donde suponemos que el ambiente puede no ser tan competitivo. Igualmente, el número de sujetos que conformó dicha muestra es muy bajo para realizar conclusiones definitivas.

En conclusión, apoyamos la idea de que el ambiente y la presencia de PCTA están íntimamente relacionados, ya sea porque el individuo está sujeto a condiciones ambientales que implican constantes retos en donde responde con conductas Tipo A que le permitan controlar la situación; o bien porque busca de manera constante contextos que le ofrezcan retos que refuercen su manera de interactuar con el medio.

Aunado a esto, se sabe que del total de una población, el 10% presenta PCTA. En este caso, la muestra utilizada presentó una distribución normal, en donde 127 sujetos obtuvieron un puntaje superior o igual a 60 por lo que fueron clasificados como sujetos con Patrón de Conducta Tipo A; lo que equivale al 11.35% del total de la muestra, lo que confirma lo esperado por las autoras. Dichos sujetos se encuentran aparentemente sanos, y que desarrollen enfermedad coronaria o no, dependerá de si su comportamiento y estilo de vida cambia.

Cabe mencionar que entre las conductas que presentan los sujetos con PCTA podemos encontrar aspectos negativos como: la urgencia de tiempo, la impaciencia y la hostilidad, las cuales pueden ser modificadas mediante

programas de intervención centrados principalmente en este aspecto, y por otro lado, aspectos positivos como la alta orientación hacia el logro de metas, los cuales debemos ayudar a conservar y de esta manera fomentar su integración saludable, funcional y productiva para los diversos ámbitos de la vida de un individuo.

Es importante realizar este tipo de estudios ya que los niños y los adolescentes parecen ser fácilmente reeducables (Tron, 1998) por lo que el trabajo preventivo resulta ser privilegiado en este tipo de población, para así reducir la probabilidad de Enfermedad Coronaria en edad adulta.

Nuestro estudio intenta describir el comportamiento de algunos de los estudiantes universitarios con respecto al PCTA y vale la pena proponer esta línea de investigación para realizar estudios longitudinales con estos sujetos, ya que suponemos que la adquisición del patrón puede estar dada por modelamiento y aprendizaje vicario por alguno de los padres y que además está sostenido por un reforzamiento social en distintos ambientes (ya sea en la casa, en la escuela o el trabajo). Se dice que básicamente en la cultura occidental es en donde se pretende alcanzar más en menos tiempo y donde aquel que sobresale es premiado de diversas formas sin tener en cuenta que dicho estilo de vida puede terminar en una Enfermedad Coronaria; aunque se ha encontrado que no todos los sujetos con PCTA mueren por enfermedad coronaria sino por diversas causas, no obstante éste resulta ser un factor de riesgo importante para la salud.

Este tipo de investigaciones es un primer paso para la prevención de una de las principales causas de mortalidad en la población mexicana por lo que resulta trascendente contribuir al decremento de dichos índices. En este sentido los psicólogos de la salud se han preocupado por encontrar relaciones entre conductas y factores ambientales que tienen influencia en la salud del individuo y que incrementan la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas, teniendo así que los cambios en la estilos de vida a través de técnicas conductuales resultan indispensables para modificar y mantener conductas más saludables para el sujeto.

Resulta imprescindible realizar estudios longitudinales para conocer el desarrollo del PCTA y no sólo como se presenta en algún período de la vida; en este sentido y teniendo en cuenta la presencia de este patrón desde la infancia se sugieren estudios desde edades tempranas y hasta edades posteriores, sin embargo se sabe que este tipo de estudios requieren una labor ardua lo que dificulta su posibilidad; pero resaltamos la importancia de la detección del PCTA a edades tempranas que nos ayude a disminuir la probabilidad de Enfermedad Coronaria en la edad adulta

Por otro lado, una de las limitaciones de este trabajo resultó ser la falta de accesibilidad para evaluar a los sujetos en sus salones debido a la posible interrupción en sus clases (así definido por los profesores), sin embargo este problema puede ser subsanado si se trabaja en una mayor sensibilización con los

maestros, resaltando la importancia de dichos estudios y sus repercusiones en la salud.

La generalización de dichos resultados se encuentra limitada debido al carácter voluntario de los sujetos que conformaron la muestra, por ello se proponen estudios posteriores en donde se cuente con muestras poblacionales mayores y se lleven a cabo los procedimientos de muestreo apropiados.

ANEXO

CTAJ

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

- 0 NUNCA
- 1 RARA VEZ
- 2 ALGUNAS VECES
- 3 CASI SIEMPRE
- 4 SIEMPRE

Soy agresivo	0 1 2 3 4
Siento que el tiempo pasa rápidamente	0 1 2 3 4
Camino muy rápido	0 1 2 3 4
Me importa mucho si llego tarde	0 1 2 3 4
Siempre quiero ganar en todo	0 1 2 3 4
Frecuentemente interrumpo o termino la frase cuando alguien se encuentra hablando	0 1 2 3 4
Quiero ser el mejor de la escuela	0 1 2 3 4
Encuentro que es difícil esperar	0 1 2 3 4
Hablo fuerte	0 1 2 3 4
Siempre me siento carrereado	0 1 2 3 4
Tengo pensamientos de muchas cosas al mismo tiempo	0 1 2 3 4
Me gusta discutir y argumentar	0 1 2 3 4
Frecuentemente me meto en peleas	0 1 2 3 4
Me gusta decirles a otros qué hacer	0 1 2 3 4
Siempre soy un líder en las actividades	0 1 2 3 4
Mis amigos siempre me escogen como líder (o capitán) cuando jugamos	0 1 2 3 4
Bebo rápidamente	0 1 2 3 4
Tengo muchos entretenimientos (hobbies)	0 1 2 3 4
Pierdo la cabeza fácilmente	0 1 2 3 4
Tengo muchos intereses	0 1 2 3 4
Hablo rápido	0 1 2 3 4
Como rápido	0 1 2 3 4
Es muy fácil que me enoje	0 1 2 3 4
Me involucro en muchas actividades y pongo mucho esfuerzo en las cosas que hago	0 1 2 3 4

REFERENCIAS

- A.H.A. (1981). The review panel on coronary-prone behavior and coronary heart disease. Coronary-prone behavior and coronary heart disease. A critical review. *Circulation* 63, 1199-1215.
- Anguiano, S., y Reynoso, L. (2000). Evaluación de respuestas psicofisiológicas en estudiantes sometidos a estrés mediante un videojuego. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, 355-366.
- Bortner, R.W. (1969). A short rating scale as a potential measure of pattern A behavior. *Journal of Chronic Diseases* 22, 87-91.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. & Sierra, C. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid, Siglo XXI, España Editores S.A.
- Calvete-Zumalde, E. (1992). Evaluación de los componentes subjetivos del estrés y su relación con los parámetros fisiológicos. *Psiquis* 13, 371-385.
- De la Torre-Moreno, O.L. (1989). *Un instrumento de evaluación del patrón conductual tipo A en niños preescolares*. Tesis de licenciatura en Psicología. U.N.A.M. Iztacala.
- De la Torre-Moreno, O.L., Avila-Costa, M.R., Reynoso-Erazo, L. y Nava-Quiroz, C. (1990). *Un instrumento de evaluación del patrón conductual tipo A en niños preescolares*. Presentado en el X Coloquio de Investigación de la ENEPI, en noviembre de 1990.
- Eagleston, J. y cols. (1986). Physical health correlates of type a behavior in children and adolescents. *Journal of Behavioral Medicine* 9, 341-361.
- Flores Montes J. R. y Lara Solares J. L. (1996). *Motivación de logro y nivel jerárquico en un grupo de sujetos infartados y un grupo control*. México D. F. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Friedman M., & Rosenman R.H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *J.A.M.A.* 169, 1286-1295.
- Friedman, M. & Rosenman, R. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
- Glazer, Stetz e Izso, (2003). *Effects of personality on subjective job stress: a cultural analysis*. www.sciencedirect.com

- Hamberger, L.K. & Lohr, J.M. (1984). *Stress and stress management*. New York: Springer Publishing Co.
- Haynes, S.G., Feinleib, M., & Kannel, W.B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology* 111, 37-58.
- Jenkins, C.D., Rosenman, R.H., & Friedman, M. (1967). Development of an objective psychological test for the determination of the coronary prone behavior pattern in employed men. *Journal of Chronic Diseases* 20, 371-379.
- Juárez, G. Frías, A. & Reynoso-Erazo (Comunicación Personal 2004). Estructura factorial de una escala mexicana de patrón A de conducta y su relación con síntomas de enfermedad. *UNAM Iztacala Edo. De México*.
- Kojima, Nagaya, Takahashi, Kawai y Tokudome. (2003). A chronological decrease in type A behavior patterns among Japanese male workers in 1995-1999. *Journal of Occupational Health* 46, 171-174.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Levine SP, Towell BL, Suárez AM, Knieriem LK, Harris MM, George JN. (1985). Platelet activation and secretion associated with emotional stress. *Circulation* 71, 1129-1134.
- Martínez González, J. V. (2001). Los modelos de efectividad organizacional y el estilo de personalidad tipo A en directivos mexicanos. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 19, 27-32.
- 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.
- Meichembaum, D. & Jaremko, E. (1983). *Prevención y reducción del estrés*. Ed. Bilbao Desclée de Brouwer
- Morales, C. M. (2003). *Patrón de conducta tipo A y estilos de vida*. Tesis de Licenciatura. UNAM Iztacala. Edo. De México.
- Muñoz Méndez, A. y Arriaga Benhumea, Rosario (1992). *Análisis cuantitativo de la influencia del padre y la madre sobre la conducta tipo "A" en sus hijos*. Tesis de Licenciatura. UNAM, Ciudad Universitaria. México.

- OMS (2002). Definición de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. http://www.zuhaizpe.com/articulos/salud_oms.htm. Mayo 2004.
- Oweid, S. (2003). Comparison between kuwaiti and egyptian teachers in type A behavior and job satisfaction: a cross-cultural study. *Social Behavior and Personality* 31, 523-528.
- Pérez, A. y cols. (1997). Validación cruzada de la escala tipo A de Framingham y de la escala breve de Bortner en una muestra de varones canarios. *Psicología conductual* 5, 377-390.
- Punnonen R, Jokela H, Aine R, Teisala K, Salomaki A, Uppa H. (1997). Impaired ovarian function and risk factors for atherosclerosis in premenopausal women. *Maturitas* 27, 231-238.
- Quiroga, A., Sánchez, S., (1997). *Evaluación del patrón conductual tipo A en adolescentes*. Tesis de Licenciatura. UNAM Iztacala. Edo. De México.
- Reynoso, L. (1991). *Patrón de conducta tipo A: un nuevo instrumento de evaluación*. Tesis de Maestría en Modificación de Conducta. UNAM Iztacala Edo. De México.
- Reynoso-Erazo, L., Álvarez Gasca, M. A., Tron Álvarez, R., De la Torre Madrid, I., y Seligson, I. (2002). Conducta tipo A y enfermedad cardiovascular. En: L. Reynoso-Erazo & I. Seligson (2002). *Psicología y Salud*. México. Ed. Facultad de Psicología-UNAM-CONACyT.
- Reynoso-Erazo, L., y Seligson, I. (1997). Patrón conductual tipo A en México: aplicación de un nuevo instrumento de evaluación. *Archivos del Instituto de Cardiología de México*, 67, 419-427.
- Reynoso-Erazo, Tron, A. & De la Torre I. (Comunicación Personal 2004). Detección del patrón conductual tipo A utilizando el CTAJ en estudiantes universitarios mexicanos de diferentes carreras. *UNAM*.
- Riska, E. (2000). The rise and fall of type A man. *Social Science & Medicine* 51, 1665-1674.
- Roberti W. J. (2003). Biological responses to stressors and the role of personality. *Life Sciences* 73, 2527-2531.
- Roskies, E. (1987). *Stress management for the healthy type A (theory and practice)*. Ed. Guilford Press. Pp. 252 Nueva York.
- Rozanski, Blumenthal y Kaplan (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *American Heart Association, Inc.*

- SSA (2004). Estadísticas de Mortalidad del 2001. <http://www.ssa.gob.mx> Mayo 2004.
- Tron Alvarez, R., y Reynoso-Erazo, L. (2000). Evaluación del patrón conductual tipo A en niños: un estudio longitudinal. *Psicología Conductual* 8, 75-85.
- Tron, R. (1998). *Patrón de conducta tipo A en niños: un estudio longitudinal*. Tesis de Maestría en Modificación de Conducta UNAM Iztacala Edo. De México.
- Valencia, C. (1997). *Desarrollo de una escala del patrón de conducta tipo A y sus relaciones con autoconcepto lucha por el logro y estilo de confrontación*. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM Iztacala Edo. De México.
- Vázquez, R. (2002). *Efecto del programa de entrenamiento asertivo sobre la calidad de vida en estudiantes universitarios*. Tesis de Licenciatura UNAM, México D. F.
- Wolf, T.M. Sklov, M.C., Wenzl, P.A., Hunter, S.M., & Berenson, G.S. (1982). Validation of a measure of type A behavior pattern in children. *Bogalusa Heart Study Child Development* 53,126-135.
- Yeung AC, Vekshtein VI, Krantz DS, Vita JA. (1991). The effect of atherosclerosis on the vasomotor response of the coronary arteries to mental stress. *English Medicine* 325, 1551-1556.