



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28**

**“COMPARACION DEL GRADO DE OBESIDAD EN PACIENTES CON  
HIPERTENSION ARTERIAL PORTADORES DE CONDUCTA TIPO A Y  
CONDUCTA TIPO B”**

**T E S I S**

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA  
ESPECIALIDAD DE:**

**MEDICINA FAMILIAR.**

**P R E S E N T A:**

**DR. JORGE GARCÍA SÁNCHEZ**

**ASESOR:**

**DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR**

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y TITULAR DE  
LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”. IMSS.**

**MÉXICO D.F. SEPTIEMBRE 2005**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**COMPARACION DEL GRADO DE OBESIDAD EN  
PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL  
PORTADORES DE CONDUCTA TIPO A Y CONDUCTA  
TIPO B.**

**DR. GERARDO VELAZQUEZ**

Director de la Unidad de Medicina Familiar número 28 "Gabriel Mancera".

**DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR.**

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud y titular de la  
residencia en Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 28  
"Gabriel Mancera"

## **DEDICATORIAS**

**A el hombre que de día trabajó y de noche en desvelo  
sufrió cuando enfermo me encontró, no importando el  
cansancio estaba a mi lado, mirando de frente,  
sonriendo y fuerte.**

**Aquel que de niño tomaba mi mano, sintiéndome alegre  
al verlo a mi lado, mi héroe soñado.**

**El, que me enseñó lo bueno que es el trabajo cuando  
se empieza de abajo.**

**El, quien me mostró el valor de la gente atravez de sus  
actos y no de sus fajos.**

**A ese gran hombre que al pie de su lecho de muerte,  
jure un día, seria el presente de un hombre que de niño  
mire sonriendo y fuerte.**

**A ti que te fuiste, dejándome triste, pero con la fuerza  
de ser ese gran hombre que siempre quisiste.**

**Porque este es el principio de una promesa, a tu  
memoria dedico este trabajo, recordando se empieza  
de abajo.**

**Con amor y respeto, a tu memoria mi viejo adorado.**

**A ti, mi viejita querida, que siempre aguantaste, cual firme montaña mis peores momentos, brindándome aliento, con fuerza y amor, quitando el dolor que un tiempo invadió a mi corazón.**

**A ti que en aquellos días que después fueron años, en los que me encontré con un mundo a mis pies, en los que cegado de hambre de amigos, abriste mis ojos, cuando en los momentos en los que me perdí, confundido estaba y tu siempre ahí, saciaste mi hambre de amigos, hasta que lo vi, que tu eras mi amiga, mi madre y mi guía.**

**Por todo lo que tú significas para mí, con todo el agradecimiento, y bendiciones para ti, gracias por todo tu apoyo incondicional y total que me brindaste, mi viejita adorada.**

**A Mari que no importando distancia, me dio todo su apoyo, soportando mis peores momentos y amargos encuentros.**

**Ella que en días enteros sufriendo y llorando se mantuvo a mi lado.**

**A la mujer que en todo momento he amado y me ha dado lo maspreciado y soñado.**

**Un par de razones para seguir aun más a su lado.**

**Sarita y Coquito.**

**Mis motivos para seguir con este camino que para mí, es y será el siempre soñado.**

**Gracias Dios mió por todo lo que me has dado.**



## INDICE.

1. RESUMEN.....	6
2. ANTECEDENTES.....	7
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
4. JUSTIFICACION.....	15
5. HIPOTESIS.....	16
6. OBJETIVOS.....	17
7. MATERIAL Y METODO.....	18
8. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	19
9. DEFINICION DE LAS VARIABLES.....	20
10. PROCEDIMIENTOS.....	21
11. CONSIDERACIONES ETICAS.....	22
12. RECURSOS PARA EL ESTUDIO.....	23
13. RESULTADOS.....	24
14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	26
15. CUADROS Y GRAFICOS.....	27
16. DISCUSIONES.....	36
17. CONCLUSIONES.....	37
18. ANEXOS.....	38
19. BIBLIOGRAFIA.....	51

# “COMPARACION DEL GRADO DE OBESIDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL PORTADORES DE CONDUCTA TIPO A Y CONDUCTA TIPO B.”

Dr. Jorge García Sánchez – Dr. Augusto Bernardo Torres Salazar.

**Palabras clave:** hipertensión arterial, obesidad, conducta tipo a y tipo b.

**OBJETIVO:** Identificar que grado de obesidad es más frecuente en pacientes con hipertensión arterial de acuerdo al tipo de conducta A y B. Señalar que grado de obesidad predomina en pacientes con conductas tipo A y B hipertensos.

**MATERIAL Y METODO:** es un estudio clínico, prospectivo, transversal, comparativo, tanto de sexo masculino como femenino. Los cuales sean portadores de hipertensión arterial sistémica y con conducta de tipo a y b. Con dos grupos cada uno conformado con de 45. Los cuales responderán el inventario de Jenkins.

**RESULTADOS:** se estudio a 2 grupos 45 pacientes con Conducta tipo A y 47 pacientes con Conducta tipo B. Se observó 67 (72.8%) de sexo femenino y 25 (27,2%) de sexo masculino. Con una media de edad de 63.76, con valor mínimo de 39, valor máximo 87, desviación estándar 9,807. En Estado Civil 10 (10.9%) solteros, 51 (55.4%) casados, 21 (22.8%), viudo, 9 (9.8%) divorciado, 1 (1.1%) separado. Se encontró en ocupación 26 (28.35%) empleados y 66 (71.7%) desempleado. En la clasificación de obesidad se observo con peso bajo 11 (12%), normopeso 6 (6.5%), sobrepeso 39 (42.4%), obesidad grado I 22 (23.9%), obesidad grado II 11 (12%), obesidad grado III 3 (3.3%). En actividad física 54 (58.7%) con sedentarismo, 38 (42.3%) que realiza ejercicio. En cuanto a tensión arterial controlada con cifras < 140/90 mmHg se observó 86 (93.5%) pacientes, mientras que con tensión arterial descontrolada >141/91 6 (6.5%) pacientes. La relación de clasificación de Obesidad y patrón de Conducta tipo A, 6 (6.5%) peso bajo, 2 (2.2%) normopeso, 22 (23.9%) sobrepeso, 10 (10.9%) obesidad grado I, 3 (3.3%) obesidad grado II, 2 (2.2%) con obesidad grado III. En cuanto a patrón de Conducta tipo B, 5 (5.4%) peso bajo, 4 (4.3%) normopeso, 12 (13%) sobrepeso 15 (16.66%), Obesidad grado I, 8 (8.7%) obesidad grado II, 1 (1.1%) obesidad grado III.

**CONCLUSIONES:** En el presente estudio podemos decir que los pacientes hipertensos con conducta tipo A son los que presentan mayor sobrepeso y en cuanto a la obesidad solo hay una diferencia en la obesidad grado III, que predomina en estos pacientes.

numero de registro otorgado por el comité de investigación: 2004-3607-0024



## ANTECEDENTES.

La epidemiología de la Hipertensión arterial sistémica se puede resumir en lo siguiente:

Se estima que el mundo existen **600 millones de personas** que padecen Hipertensión arterial, se calcula que ~1.5 de todos los hipertensos mueren al año por causas directamente vinculadas con Hipertensión arterial.

En México ~**15.2 millones de personas** tienen Hipertensión arterial sistémica, es decir, 1 de cada 2 Mexicanos después de los 50 es portador de esta enfermedad. La Prevalencia de la enfermedad es de 30.05 en México.<sup>(1)</sup>

El 14.6 de la población hipertensa se encuentra en control (con cifras de 140/90) siendo de suma importancia mencionar que en los estado del norte de la República Mexicana tienen la mayor prevalectía.<sup>(2)</sup>

Las nuevas pautas para la prevención y tratamiento en pacientes con hipertensión arterial son las siguientes: **en personas mayores de 50 años de edad**, la tensión arterial (TA) sistólica de **más de 140 mmHg** es un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular, siendo esta mas importante que tensión arterial diastólica. El riesgo de enfermedad cardiovascular, a partir de 115/75 mmHg se duplica cada incremento de 20/10 mmHg. Las personas con Tensión arterial sistólica de **120-139 mmHg** o una diastólica de **80-89 mmHg** debe nombrarse **PRE-hipertensa**.

En cuanto a las nuevas pautas dentro del tratamiento de la hipertensión arterial se menciona: que los diuréticos del tipo de las **Tiazidas** deben utilizarse en la farmacoterapia en pacientes con hipertensión no complicada ya sea solo o en combinación con otros fármacos.

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

Existen datos importantes que mencionar del estudio **Framingham**; como el incremento de la incidencia de hipertensión en pacientes no hipertensos, usando la clasificación del séptimo reporte de la JNC del Comité Nacional Conjunto sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión, donde un 5.3% de participantes con presión arterial óptima (sistólica menor 120 mmHg y diastólica menor de 120 mmHg) y 17.6% con presión arterial normal (sistólica de 120-129 mmHg y diastólica de 80-84 mmHg) y 37.3% con presión arterial normal alta con edades de 65 años progresaron a la hipertensión en 4 años.

El estudio **Framingham** demostró que el riesgo de desarrollar hipertensión y ubicarse en el estadio 1 (es decir presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg) es de un 90% en personas de 55 a 65 años de edad, y la probabilidad de que estos pacientes reciba medicación antihipertensiva es de 60%. El riesgo que desarrolle en el sexo masculino hipertensión en estadio 1 es de un 60%. En contraste el riesgo de desarrollar hipertensión arterial en estadio 2 (es decir con presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg) fue considerablemente baja en ambos sexos de un 35%-44%, con estos pacientes se incrementa la individualización del tratamiento no hipertensivo.<sup>(6></sup>

Es importante recordar que los pacientes con hipertensión arterial tienen **factores de riesgo cardiovasculares** y estos factores son: **tabaquismo, dislipidemia, diabetes mellitus, edad avanzada mayor de 55 años en mujeres y mayor de 65 años en mujeres, obesidad con índice de masa corporal mayor o igual a 30, inactividad física (sedentarismo), el sexo masculino, micro albuminuria o índice de filtración glomerular menor a 60 ml/min, y la historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura en varones menores de 55 años o mujeres menores de 65 años.** Estos factores modifican en forma independiente el riesgo para enfermedad cardiovascular y afectan el pronóstico y guiar para el tratamiento.<sup>(7) 1,1</sup>

Las alteraciones cardiovasculares han sido sujetos de estudio, a través de numerosos trabajos para tratar de determinar sus causas subyacentes, a partir de los años cincuentas, esencialmente después de los trabajos pioneros de Friedman y Rosenman. Se han detectado un patrón de comportamiento que se caracteriza por un estilo de vida, tendencia de sobrecargarse de trabajo y con una gran impaciencia.

Dicho estilo de comportamiento se ha denominado patrón de **conducta tipo A**. En la actualidad existe suficiente evidencia para aceptar que dicho estilo de vida de comportamiento es otro factor de riesgo coronario, al igual que el tabaquismo, dislipidemia, siendo independiente de estos<sup>1)</sup>

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

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

Quienes muestran el tipo de conducta opuesto al de la conducta tipo A, es decir, un estilo de vida relajado, no apresurado y maduro son designados **tipo B**, pueden estar interesados en progresar y ganar bienes materiales, pero tienden a su ritmo de vida en vez de forzarse. El individuo dentro de estas características, muestra una emocionalidad, se implica laboralmente y a la hora de tratar ciertos problemas toma esta actitud mencionada <sup>(14) (15) Mi</sup>

El patrón de **conducta tipo A**, es solo un trastorno cuya patogénesis es multifactorial. Ninguno de los factores cardiovasculares por si solo son suficientes sensibles para una predicción clínica.

Es importante, mencionar que las personas con altas puntuaciones de Inventario de actividades de **Jenkins**, tiene una mayor probabilidad de desarrollar trastornos coronarios y es importante mencionar que tienen una mayor recurrencia de ataque coronario.

Las personas con **conducta tipo A y tipo B**, reaccionan de diferente manera en situaciones de estrés, además de que la conducta tipo A, parece generar respuestas mayores ante cambios físicos y emocionales. Y por ende, padecen mas enfermedades físicas<sup>117)118)</sup>

Es importante mencionar, que la incidencia de Infarto agudo al miocardio, angina de pecho, y recurrencia de eventos es el doble en paciente con **conducta tipo A**. Adicionalmente los fallecimientos como consecuencia de trastornos coronarios a lo largo de un periodo de 8 años y medio, corresponden en un 88% al grupo de personalidad tipo A. En resumen podemos decir, que el total de la incidencia encontrada es de 70% y pertenecen al grupo de la conducta tipo A<sup>(9)(20)</sup>

Existen **factores de riesgo psicológicos** para desarrollar hipertensión arterial sistémica en adultos jóvenes que se confirman en el **estudio CARDIA**. Se comenta que la personalidad tipo A con actitudes de hostilidad y el tiempo de urgencia o de impaciencia (sentimiento de presión del tiempo en general, sentimiento de presión al final de día, y del trabajo y del trabajo a casa, poco tiempo para comer y tener poco tiempo para no hacer ninguna cosa) son de gran importancia para desarrollar hipertensión. Se encontró que la hostilidad y el tiempo de urgencia y la impaciencia en un periodo de 15 años desarrollan hipertensión en un 15% y de 13.6% para 5 años. <sup>(21)</sup>

El patrón de comportamiento tipo A: es un conjunto de características y de síntomas de acción emoción que se dan en personas que luchan por alcanzar objetivos mal definidos, en el menor tiempo posible y en contra de las circunstancias adversas. La persona en cuadrada en el, niega este tipo de comportamiento. Se produce una alta incidencia entre los profesionales. Existe una alta relación entre prevalencia-Incidencia de enfermedades coronarias y factores de riesgo coronarios en la personas con patrón de conducta tipo A.. <sup>P2)</sup>

La forma de comportarse: Impaciencia, hostilidad, tiene una gran implicación laboral, no es en si misma patógena, pero si se vive como desagradable o impuesta de fuera. La impaciencia y hostilidad producen inseguridad y baja autoestima.<sup>G3,</sup>

Los Investigadores declaran que el aumento de la presión arterial se debe tanto a factores psicológicos como sociales y que pueden estar produciendo un complejo grupo de mecanismos, mientras tanto, los factores psico-sociales pueden incrementar el riesgo de hipertensión arterial. El sistema nervioso simpático, se estimula por el estrés agudo, causando por ello una serie de repercusiones en el corazón, y en los vasos sanguíneos, incluyendo un estrechamiento de estos y, por lo tanto, un incremento de la presión arterial.

La impaciencia y la hostilidad al nido de la etapa adulta fueron asociadas, a un modo de dosis respuesta, cuando era más perjudicial, con riesgo de desarrollar hipertensión arterial en 15 años después. A demás se añade que estas relaciones fueron independientes de edad, sexo, raza, tensión arterial sistólica al inicio de la investigación, educación, índice de masa corporal, consumo del alcohol, y nivel de actividad física.<sup>(24)</sup>

La hipertensión es mas frecuente en aquellas personas que sufren **racismo**, de los que no la sufren, porque las personas que sufre racismo inhiben su ira, mientras que las que no sufre racismo, no perciben estos sentimientos, esto se estudio en 69 afroamericanos, hombres y mujeres, monitorizando su tensión arterial durante las 24 horas. Demostrando la existencia de una conexión entre la Inhibición de la ira y la tensión arterial, siendo este un proceso complejo.<sup>(25)</sup>

El Patrón de **conducta tipo A** se pueden considerar dos dimensiones, la primera, que defina lo que podría catalogarse como patrón de comportamiento sano, estaría relacionado tales como ambición - competitividad. La segunda dimensión, relacionada con irritabilidad-impaciencia, aportara un componente más Insano, y probablemente con una contribución mayor a la patología coronarla que el Patrón de Conducta tipo A.

Se ha evidenciado que pacientes con altas puntuaciones de competitividad obtienen mejores resultados en tareas complejas, mientras que no se tiene diferencias significativas en hostilidad. Por otra parte, la segunda dimensión se relaciona con mayor activación fisiológica, y una mayor hostilidad y parece existir relación con aspectos relacionados de ansiedad y neuroticismo.<sup>(26)</sup>

Considerando que los factores que influyen en la toma de decisiones humana son, entre otros: las características personales de sujeto, su personalidad y su sistema cognitivo. La interrelación de estos factores dará como lugar a determinados patrones de conducta adoptados por los sujetos en situaciones de decisión.

Teniendo en cuenta, en un estudio realizado por Borges y Sánchez Bruno, se trató de analizar la posible relación entre las dimensiones que caracteriza en patrón de conducta tipo A, y los diferentes estilos de decisión. Así, la dimensión ambición-competitividad se caracteriza por un estilo de decisión más personal y seguro, mientras que la segunda dimensión, irritabilidad e impaciencia, se relaciona con un estilo de toma de decisión que trata de evitar y demorar el tener que tomar decisiones, a la vez que con lleva una mayor indecisión.<sup>1271</sup>

Los pacientes portadores de obesidad tienen una serie de problemas conductuales y comparten con la sociedad los estereotipos negativos en relación a las personas con obesidad. (28)

Definiendo a la obesidad como el exceso en la acumulación de grasa en el organismo, constituyendo uno de los problemas a los que se enfrenta la sociedad. Se ha asociado a complicaciones metabólicas y circulatorias constituyendo el síndrome plurimetabólico propio de la obesidad central.

La obesidad produce rechazo social, nula capacidad de autocontrol sobre sus impulsos. Existe pérdida de la autoestima, los obesos sufren de discriminación en las relaciones laborales. (29)

## Criterios para definir la obesidad en grados según el Índice de Masa Corporal

Según la Organización mundial de la Salud

DEFINICIÓN	VALORES DEL IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	LIMITE
Normopeso	18.5-24.9	
Sobrepeso	25-29.9	
Obesidad grado 1	30-34.9	
Obesidad grado II	35-39.9	
Obesidad grado III	>40	

La obesidad constituye un problema médico, los individuos con sobrepeso u obesos tienen mayor probabilidades de presentar problemas de salud.

Los principales factores que propician obesidad son estilos de vida basados en raciones alimenticias demasiado generosas, fácil acceso a alimentos de escaso valor nutritivo y el sedentarismo.

Se denomina sobrepeso a índice de masa corporal  $\geq 25$ ; si es  $\geq 30$  y si es  $> 40$  obesidad mórbida. (30)

Las complicaciones médicas de la obesidad son principalmente la diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, aterosclerosis, síndrome de apnea del sueño, artrosis, dislipidemias, enfermedad de reflujo gastroesofágico, lumbalgias, y un incremento de enfermedades cardiovasculares.(31)

El objetivo estándar de tratamiento es la pérdida de peso de un 10% del exceso de peso en un promedio de 6 meses de terapia, proporcionando efectos benéficos a la salud, la pérdida lenta de peso alrededor de un kilogramo a la semana es más eficaz a largo plazo. El tratamiento de terapia dietética, actividad física, terapia psicológica y tratamiento farmacológico. (32)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La obesidad es una enfermedad que se asocia a complicaciones metabólicas y circulatorias, contribuyendo al desarrollo de la Hipertensión Arterial Sistémica.

El patrón de conducta Tipo A o patrón de riesgo coronario contribuye al desarrollo de Hipertensión Arterial, por lo que despierta interés por identificar, conocer y saber:

¿ Cual grado de obesidad es más frecuente de acuerdo al tipo de conducta A y B en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica.?



## **JUSTIFICACION**

Los dos tipos de conducta tipo A y B en nuestro país no se han identificado su relación con la obesidad, hipertensión arterial y eventos coronarios. Recordando que existen diferentes estudios en el mundo en donde si reportan la alta incidencia que guarda la asociación entre pacientes de conducta tipo A y las posibilidades de tener evento coronario, obesidad e hipertensión Arterial.

## **HIPOTESIS.**

Los estudios observacionales no contrastan la hipótesis, pero esta se realiza como ejercicio didáctico.

### **HIPOTESIS NULA**

Los pacientes hipertensos con conducta tipo A tienen menos frecuencia de obesidad que los que presentan conducta tipo B.

### **HIPOTESIS ALTERNA**

Los pacientes hipertensos con conducta tipo A es más frecuente la obesidad que los pacientes con conducta tipo B.

## **OBJETIVOS.**

### **GENERAL.**

Identificar que grado de obesidad es más frecuente en pacientes con hipertensión arterial de acuerdo al tipo de conducta A y B.

### **ESPECIFICO.**

Señalar que grado de obesidad predomina en pacientes con conductas tipo A y B hipertensos.

## MATERAL Y METODOS.

- **DISEÑO DEL ESTUDIO.**

Ensayo clínico.

Que reúne las siguientes características:

- a) **Prospectivo**: según el proceso de casualidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información.
- b) **Transversal**: medición de las variables en un momento.
- c) **Comparativo**: comprende dos poblaciones entre los que se comparan una o más variables.
- d) **Observacional**: solo se observa lo que suceda ante la existencia de diferentes variables.

- **UNIVERSO DE TRABAJO.**

Este estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar número 28 en el Distrito Federal. En pacientes con hipertensión arterial que acudan mes con mes a la consulta externa de Medicina Familiar y que respondan al inventario de actividades de Jenkins. En el periodo comprendido de marzo del 2004 a febrero del 2005.

- **TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

El tamaño de la muestra es no probabilística, con un total de 45 pacientes por grupo, divididos en grupo 1 de conducta tipo A y grupo 2 de conducta tipo B, **se** utilizara el tamaño de la muestra ajustado a perdidas Calculo del tamaño de la muestra ajustado a perdidas:

Muestra ajustada a perdidas=  $n (1/1 - R)$

n= Numero total de sujetos sin perdida

R= proporción esperada de perdidas

Por lo tanto:

n= 38 pacientes

R= 15% de perdidas esperadas

Muestra ajustada a perdidas=  $38 (1/1-0.15) = 38 (1/ 0.85)$

**38 (1.1764705) = 44.7**

Muestra ajustada a perdidas= 45 pacientes por grupo.

## **SELECCIÓN DE LA MUESTRA.**

### **\*CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Con Hipertensión Arterial ya diagnosticada como única enfermedad.
- Ambos sexos.
- De 30 a 60 años de edad.
- Que acudan cada mes a consulta.

### **\*CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- Pacientes que no deseen participar.
- Pacientes que no acepten firmar la carta de consentimiento informado.

### **\*CRITERIOS DE ELIMINACION.**

- Fallecimiento del paciente.
- Pacientes que ya no sean derechohabientes del IMSS.
- Pérdida de Historia clínica.

## DEFINICION DE VARIABLES.

- **Dependiente:**

- \*Pacientes regulares a consulta.
- \*Hipertensión Arterial Sistémica ya diagnóstica.
- \*Obesidad grado I, II y III.

- **Independiente:**

- \*Conducta tipo A
- \*Conducta tipo B.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE
Hipertensión Arterial	Aumento transitorio o permanente de la presión de la sangre en las arterias.	La hipertensión Arterial se clasifica: <b>Estadio 1:</b> con la presencia de cifras tensionales de 140-159/90-99 mmhg <b>Estadio 2:</b> mayor o igual 160 mmhg ó mayor o igual a 100 mmhg	Dependiente
Obesidad	Exceso en la acumulación de grasa en el organismo.	La obesidad se divide en: <b>Grado I:</b> IMC 30-34.9 <b>Grado II:</b> IMC 35-39.9 <b>Grado III:</b> >40	Dependiente
Conducta	Conjunto de actitudes y reacciones del individuo frente a una situación dada.	<b>Conducta tipo A:</b> se caracteriza por un estilo de vida con tendencia a sobrecargarse de trabajo y con una gran impaciencia, agresividad y bajo premura de tiempo. <b>Conducta tipo B:</b> estilo de vida relajado, no apresurado, pueden estar interesados en progresar y ganar bienes materiales y toma una actitud madura frente a los problemas.	Independiente

## **PROCEDIMIENTOS.**

Se realizara la una entrevista individual a los pacientes que asistan a consulta de forma ordinaria y en grupos a aquellos pacientes que asistan a platica de hipertensión arterial de orientación que se realiza todos los martes.

Se dará un tiempo de 30 minutos para la realización de la prueba del Inventario de actividades de Jenkins, toda esta información se obtendrá en un plazo de un año. Posteriormente se realizara búsqueda de información del paciente en el expediente electrónico del Instituto Mexicano del seguro Social. Capturando la información pertinente.

- **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS.**

Se debe de aplicar el inventario de actividades de Jenkins en forma individual o grupal Se aplicara a adultos de 30 a 60 años de edad, y quienes puedan leer. Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, deberá trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas.

Si el sujeto tiene dificultades para leer la primera pregunta, se debe interrumpir la aplicación de la prueba. La prueba deberá realizarse en 30 minutos. Durante la aplicación del inventario JAS, es importante recordar que las respuestas no requieren o aceptar ayuda de otras personas. No debe hacerse mención del riesgo coronario. Hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados si la prueba es presentada con tal comentario. Los sujetos deben ser informados de que no necesitan respondera una pregunta que no quieran o no sepan contestar. El examinador debe decir: Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no este seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta. El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser el quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.

## **CONSIDERACIONES ETICAS.**

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. No puso en riesgo la vida ni la evolución de la enfermedad en los pacientes seleccionados.

Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. Identificación de conducta tipo a en pacientes con hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular en la UMF 28, se encuentra en anexos.

Toda la información que se obtuvo se manejó de forma confidencial sin ningún perjuicio para el paciente utilizándose únicamente para fines del estudio.

Este estudio fue autorizado por el comité local de la U.M.F 28 Gabriel Mancera con número de registro



## **RECURSOS PARA EL ESTUDIO.**

- **RECURSOS HUMANOS.**

- a) Investigador: Médico Residente de Medicina Familiar.
- b) Aplicador de cuestionarios.
- c) Recolector de datos
- d) Asesor.

- **RECURSOS MATERIALES.**

- a) Consulta externa de Medicina Familiar.
- b) Inventario de actividades de Jenkins.
- c) Aula para aplicación de cuestionario.
- d) Equipo de computo
- e) Disquetes 3.5
- f) Material de oficina.

- **RECURSOS FINANCIEROS.**

- a) Propios del investigador.

## RESULTADOS.

Se estudio a 2 grupos 45 pacientes con Conducta tipo A y 47 pacientes con Conducta tipo B.

Se observó 67 (72.8%) de sexo femenino y 25 (27,2%) de sexo masculino. Con una media de edad de 63.76, con valor mínimo de 39, valor máximo 87, desviación estándar 9,807.

En Estado Civil 10 (10.9%) solteros, 51 (55.4%) casados, 21 (22.8%), viudo, 9 (9.8%) divorciado, 1 (1.1%) separado.

Se encontró en ocupación 26 (28.35%) empleados y 66 (71.7%) desempleado.

En la clasificación de obesidad se observo con peso bajo 11(12%), normopeso 6 (6.5%), sobrepeso 39 (42.4%), obesidad grado I 22 (23.9%), obesidad grado II 11 (12%), obesidad grado III 3 (3.3%).

En actividad física 54 (58.7%) con sedentarismo, 38 (42.3%) que realiza ejercicio.

En cuanto a tensión arterial controlada con cifras < 140/90 mmHg se observó 86 (93.5%) pacientes, mientras que con tensión arterial descontrolada >141/91 6 (6.5%) pacientes.

Se realizo el análisis de la relación por grupos de patrón de conducta tipo A y Conducta tipo B.

En cuanto a la frecuencia de Conducta tipo A y sexo 33 (35.9%) femenino, 12 (13%) masculino, en Conducta tipo B y sexo 34 (37%) femenino, 13 (14.1%) masculino.

En cuanto a ocupación y patrón de Conducta tipo A, se observo 11 (12%) con empleo, 34 (37%) con desempleo, mientras que con Conducta tipo B 15 (16.3%) empleados, 32 (34.8%) de desempleados.

La relación de Estado Civil y patrón de Conducta tipo A, 4 (4.3%) soltero, 25 (27.2%) casado, 10 (10.9%) viudo, 5 (5.4%) divorciado y 1 (1.1) separado, en paciente con Conducta tipo B 6 (6.5%) solteros, 26(28.3%) casado, 11(12%) viudo, 4 (4.3%) divorciado.

La relación de clasificación de Obesidad y patrón de Conducta tipo A, 6 (6.5%) peso bajo, 2 (2.2%) normopeso, 22 (23.9%) sobrepeso, 10 (10.9%) obesidad grado I, 3 (3.3%) obesidad grado II, 2 (2.2%) con obesidad grado III.

En cuanto a patrón de Conducta tipo B, 5 (5.4%) peso bajo, 4(4.3%) normopeso, 12 (13%) sobrepeso 15 (16.66%), Obesidad grado I, 8 (8.7%) obesidad grado II, 1(1.1%) obesidad grado III.

En cuanto a actividad física, la relación de sedentarismo y patrón de Conducta tipo A es 24 (26.1%), mientras los que realizan ejercicio 21 (22.8%).

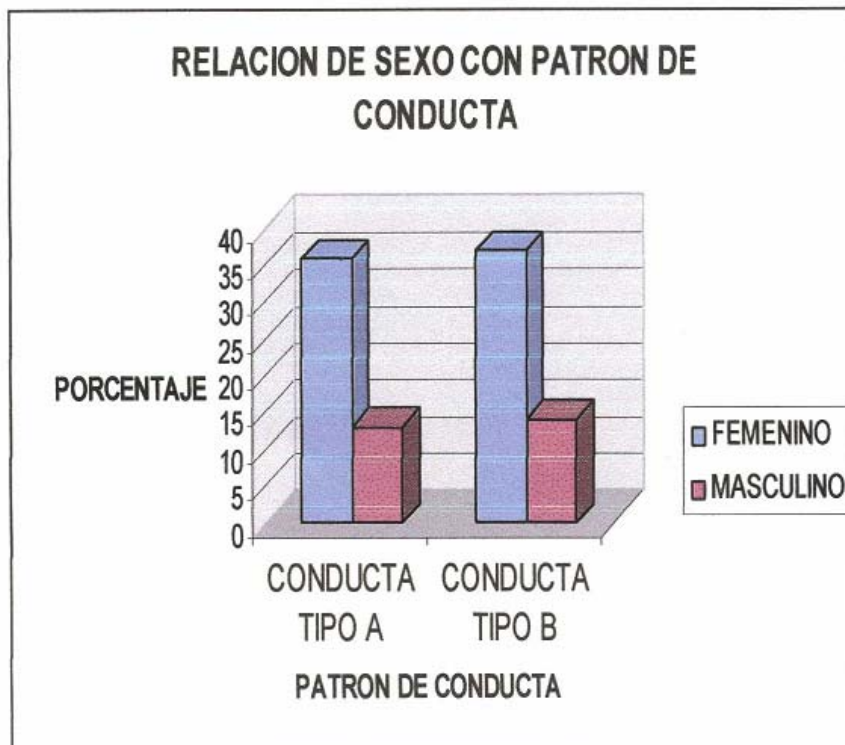
En cuanto a sedentarismo y patrón de Conducta tipo B 30 (32.6%) y los que realizan ejercicio 17 (18.5%), En cuanto a la relación de tensión arterial y Conducta tipo A se encontró 41 (44.6%) en control (< 140/90 mmHg), 4 (4.3%) de tensión arterial descontrolada (> 141/9 mmHg).La relación de patrón de Conducta tipo B y tensión arterial 45 (48.9%) en control, 2 (2.2%) descontrolada.



## CUADROS Y GRAFICOS.

SEXO Y PATRON DE CONDUCTA

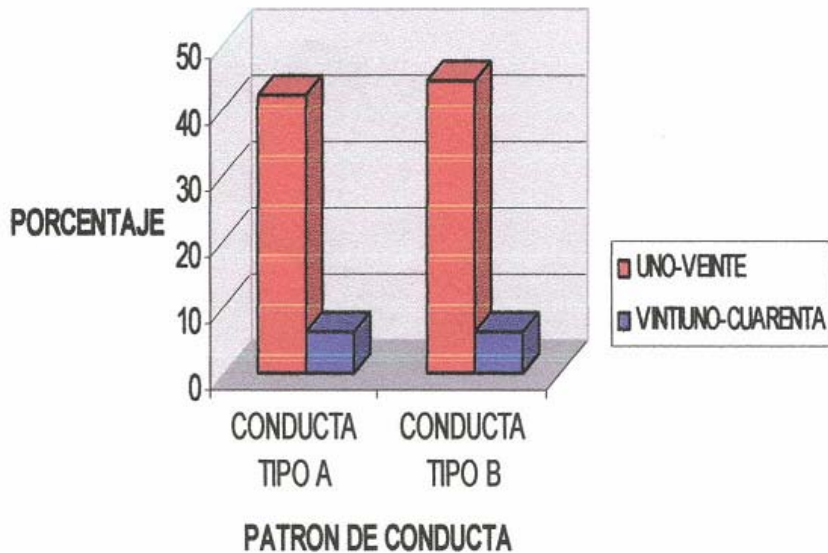
SEXO	PATRON DE CONDUCTA		TOTAL
	CONDUCTA TIPO A	CONDUCTA TIPO B	
FEMENINO			
FRECUENCIA	33	34	67
PORCENTAJE	35,9%	37%	72,8%
MASCULINO			
FRECUENCIA	12	13	25
PORCENTAJE	13%	14,1%	27,2%
TOTAL			
FRECUENCIA	45	47	92
PORCENTAJE	48,9%	51,1%	100%



EDAD EN RANGOS Y PATRON DE CONDUCTA

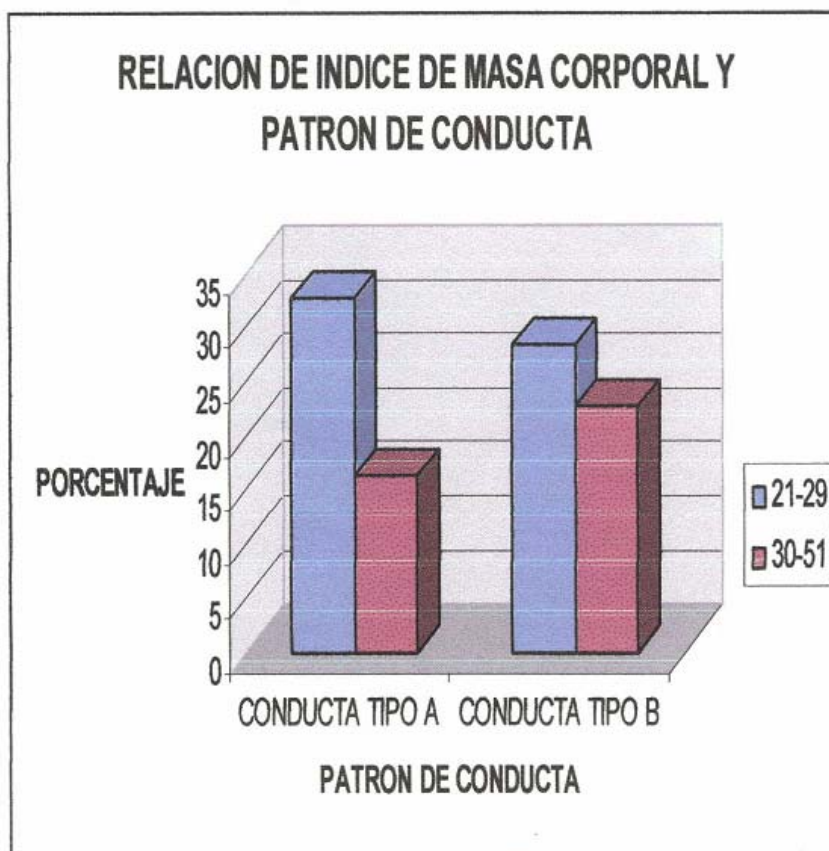
EDAD EN RANGOS	PATRON DE CONDUCTA		TOTAL
	CONDUCTA TIPO A	CONDUCTA TIPO B	
1-20 AÑOS FRECUENCIA PORCENTAJE	39 42,4%	41 44,6%	80 87%
21-40 AÑOS FRECUENCIA PORCENTAJE	6 6,5%	6 6,5%	12 13%
TOTAL FRECUENCIA PORCENTAJE	45 48.9%	47 51.1%	92 100%

RELACION DE EDAD EN RANGOS Y PATRON DE CONDUCTA



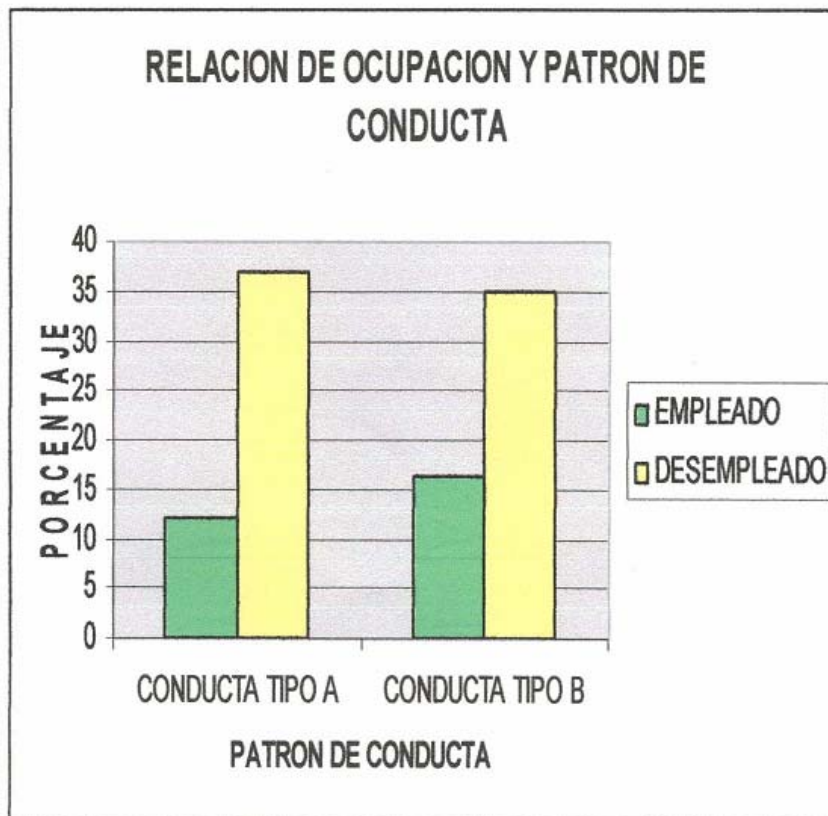
INDICE DE MASA CORPORAL Y PATRON DE CONDUCTA

INDICE DE MASA CORPORAL EN RANGOS	PATRON DE CONDUCTA		TOTAL
	CONDUCTA TIPO A	CONDUCTA TIPO B	
21-29 m <sup>2</sup> SC FRECUENCIA PORCENTAJE	30 32,6%	26 28,3%	56 60,6%
30-51 m <sup>2</sup> SC FRECUENCIA PORCENTAJE	15 16,3%	21 22,8%	36 39,1%
TOTAL FRECUENCIA PORCENTAJE	45 48,9%	47 51,1%	92 100%



**OCUPACION Y PATRON DE CONDUCTA**

OCUPACION	PATRON DE CONDUCTA		TOTAL
	CONDUCTA TIPO A	CONDUCTA TIPO B	
EMPLEADO			
FRECUENCIA	11	15	26
PORCENTAJE	12%	16.3%	28,3%
DESEMPLEADO			
FRECUENCIA	34	32	66
PORCENTAJE	37%	34,8%	71.7%
TOTAL			
FRECUENCIA	45	47	92
PORCENTAJE	48.9%	51.1%	100%

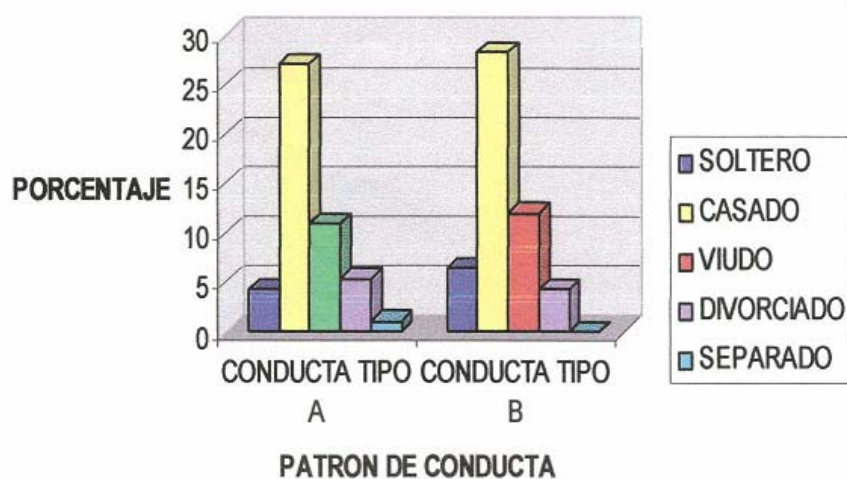




ESTADO CIVIL Y PATRON DE CONDUCTA

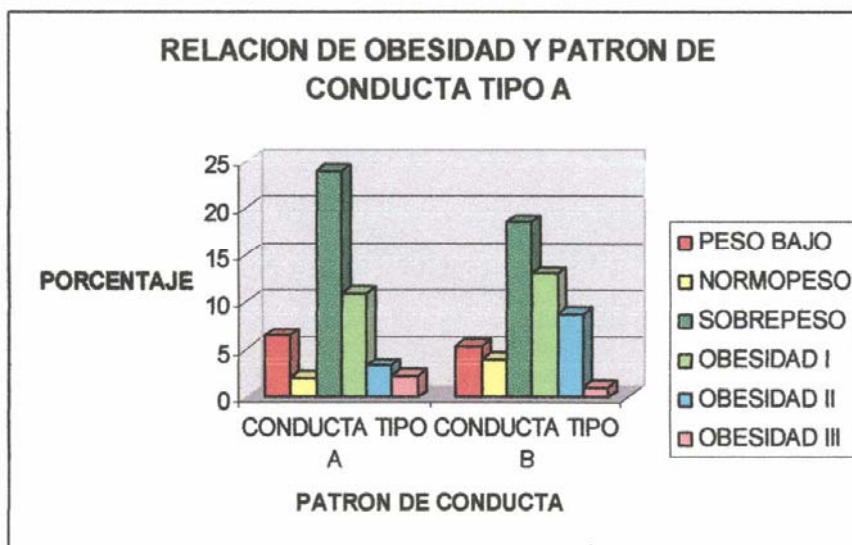
ESTADO CIVIL	PATRON DE CONDUCTA		TOTAL
	CONDUCTA TIPO A	CONDUCTA TIPO B	
SOLTERO FRECUENCIA PORCENTAJE	4 4,3%	6 6,5%	10 10,9%
CASADO FRECUENCIA PORCENTAJE	25 27,2%	26 28,3%	51 55,4%
VIUDO FRECUENCIA PORCENTAJE	10 10,9%	11 12%	21 22,8%
DIVORCIADO FRECUENCIA PORCENTAJE	5 5,4%	4 4,3%	9 9,8%
SEPARADO FRECUENCIA PORCENTAJE	1 1,1%	0 0%	1 1,1%
TOTAL FRECUENCIA PORCENTAJE	45 48.9%	47 51.1%	92 100%

RELACION DE ESTADO CIVIL Y PATRON DE CONDUCTA



CLASIFICACION DE OBESIDAD Y PATRON DE CONDUCTA

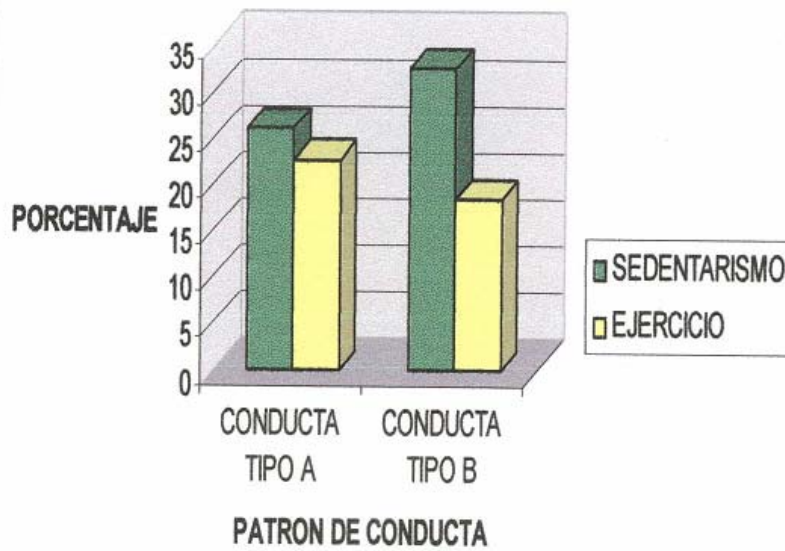
CLASIFICACION DE OBESIDAD	PATRON DE CONDUCTA		TOTAL
	CONDUCTA TIPO A	CONDUCTA TIPO B	
PESO BAJO FRECUENCIA PORCENTAJE	6 6,5%	5 5,4%	11 12%
NORMOPESO FRECUENCIA PORCENTAJE	2 2,2%	4 4,3%	6 6,5%
SOBREPESO FRECUENCIA PORCENTAJE	22 23,9%	17 18,5%	39 42,4%
OBESIDAD GRADO I FRECUENCIA PORCENTAJE	10 10,9%	12 13%	22 23,9%
OBESIDAD GRADO II FRECUENCIA PORCENTAJE	3 3,3%	8 8,7%	11 12%
OBESIDAD GRADO III FRECUENCIA PORCENTAJE	2 1,1%	0 0%	1 1,1%
TOTAL FRECUENCIA PORCENTAJE	45 48.9%	47 51.1%	92 100%



ACTIVIDAD FISICA Y PATRON DE CONDUCTA

ACTIVIDAD FISICA	PATRON DE CONDUCTA		TOTAL
	CONDUCTA TIPO A	CONDUCTA TIPO B	
SEDENTARIO	24	30	54
FRECUENCIA	26,1%	32,6%	58,7%
PORCENTAJE			
EJERCICIO	21	17	38
FRECUENCIA	22,8%	18,5%	41,3%
PORCENTAJE			
TOTAL	45	47	92
FRECUENCIA	48.9%	51.1%	100%
PORCENTAJE			

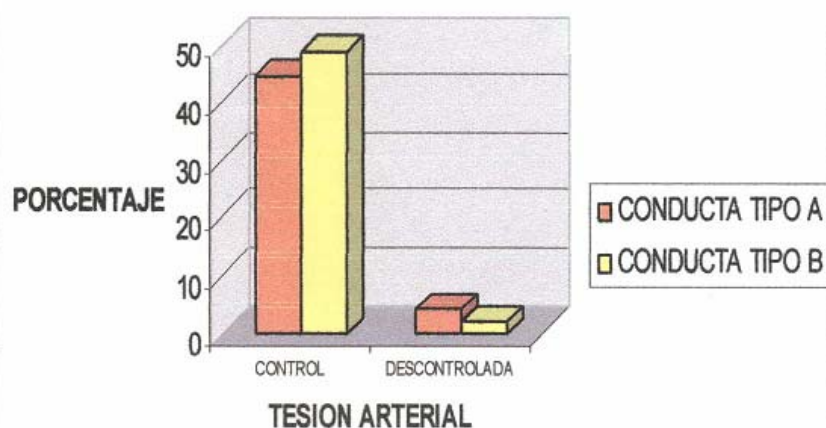
RELACION DE EJERCICIO Y PATRON DE CONDUCTA



TENSION ARTERIAL Y PATRON DE CONDUCTA

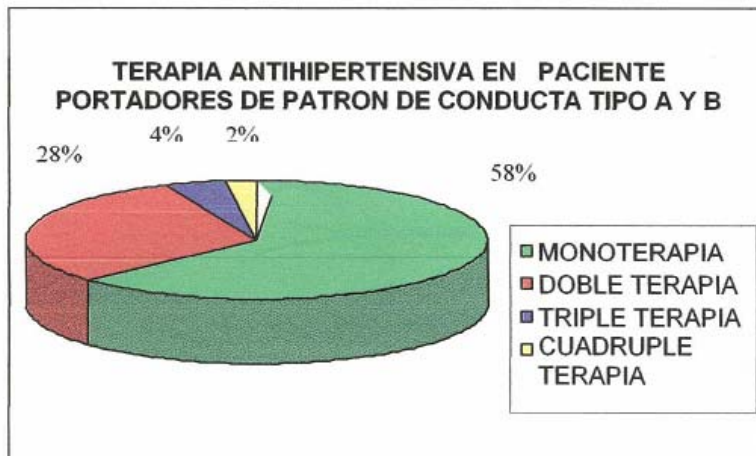
TENSION ARTERIAL	PATRON DE CONDUCTA		TOTAL
	CONDUCTA TIPO A	CONDUCTA TIPO B	
TENSION ARTERIAL CONTROLADA FRECUENCIA PORCENTAJE	41 44,6%	45 48,9%	86 93,5%
TENSION ARTERIAL DESCONTROLADA FRECUENCIA PORCENTAJE	4 4,3%	2 2,2%	6 71.7%
TOTAL FRECUENCIA PORCENTAJE	45 48.9%	47 51.1%	92 100%

RELACION DE TENSION ARTERIAL Y PATRON DE CONDUCTA



TIPO DE TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA Y PATRON DE CONDUCTA

TIPO DE TERAPIA	PATRON DE CONDUCTA		TOTAL
	CONDUCTA TIPO A	CONDUCTA TIPO B	
MONOTERAPIA FRECUENCIA PORCENTAJE	28 30,4%	30 32,6%	58 63%
DOBLE TERAPIA FRECUENCIA PORCENTAJE	13 14,1%	15 16,3%	28 30,4%
TRIPLE TERAPIA FRECUENCIA PORCENTAJE	3 3,3%	1 1,1%	4 4,3%
CUADRUPLE TERAPIA FRECUENCIA PORCENTAJE	1 1,1%	1 1,1%	2 2,2%
TOTAL FRECUENCIA PORCENTAJE	45 48,9%	47 51,1%	92 100%



## DISCUSION.

De acuerdo a lo descrito en la literatura internacional, los resultados de este estudio se confirma que los pacientes hipertensos con conducta tipo A, presentan mayor sobrepeso, llamando la atención de manera contraria que en los paciente con conducta tipo B los grados de obesidad lo presentaron este grupo siendo un grado I con 12 pacientes mientras que para la conducta tipo A solo 10 pacientes.

No habiendo relación o mayor significado en cuanto al estado civil entre solteros y casados , por lo que podemos decir que no se altera en este rango en cuanto al tipo de conducta.

Asi mismo se observo un mejor control de cifras tensionales en pacientes con conducta tipo B, que como se explica a través de la literatura estos paciente al manejar un estilo de vida relajado y manejando las situaciones negativas de manera madura , les genera un mejor control de las cifras tensionales.

La literatura menciona el estilo de vida de los pacientes de conducta tipo A como agresiva, conflictivos, haciendo pensar que dichos pacientes lo menos que realizan son ejercicio. Este estudio arrojo que los pacientes conducta de tipo B presentan un mayor sedentarismo en relación a los pacientes con conducta tipo A.

En relación con sexo muestra diferencias significativas, en el presente estudio se presento una alta frecuencia la conducta tipo A en paciente femeninas, la bibliografía mundial especifica a este comportamiento exclusivo de de sexo masculino y de profesionista, por lo que es de llamar la atención, puesto con la incorporación al empleo de la mujer en nuestro país, las madres solteras, el hacerse cargo de los gastos y el desempleo, se presenta ahora más en mujeres.

Es importante mencionar que a menor edad, es mayor la presencia de patrón de conducta tipo A, y a mayor edad, disminuye el patrón de conducta A, esto talvez por al transcurrir de los años, estos paciente mueren por eventos coronarios, esto es validado en nuestro estudio con Chi cuadrada con p (0.040).

## CONCLUSIONES.

En el presente estudio podemos decir que los pacientes hipertensos con conducta tipo A son los que presentan mayor sobrepeso y en cuanto a la obesidad solo hay una diferencia en la obesidad grado III, que predomina en estos pacientes.

Se encontró en ambos grupos de conducta tipo A y Conducta tipo B, en relación a sexo y patrón de conducta, al aplicar Chi cuadrada, una diferencia significativa con p (0.011), presentándose con mayor presencia en sexo femenino. En cuanto a ocupación y la relación de patrón de conducta y la relación de empleo y desempleo con patrón de conducta tipo A y patrón de conducta tipo B no existió diferencia significativa con una p (0.633), mientras que al aplicar prueba estadística de Chi cuadrada a edad en rangos y patrón de conducta, existió diferencia significativa con p (0.040), presentándose mas en pacientes de edad de 39 a 60 años de edad, y produciendo una leve disminución de 66 a 90 años.

No hay diferencias significativas al realizar chi cuadrada a patrón de conducta y el índice de masa corporal, actividad física y tensión arterial. De esta ultima es importante mencionar que del total de los dos grupos comparativos que un 93.5% en con control de presión arterial con cifras menores o iguales a 140/90, mientras que con cifras en descontrol un 6.5%, esto se contrapone a la que reporta ENSA 200 que especifican un 14.6% de la población hipertensa se encuentra en control. En cuanto a la obesidad, no hubo diferencias en cuanto a obesidad entre los dos grupos, pues los resultados de índice de masa corporal.

La monoterapia es la principal forma de tratamiento antihipertensivo, mientras que la familia de medicamentos antihipertensiva mas usada son los Inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina. Existe hasta el momento una gran predilección por los Inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina, en contraposición con la primera elección de tratamiento, pues segundo los diferentes consensos de tratamiento antihipertensivo los diuréticos tipo Tiazida son la primera elección de tratamiento antihipertensivo.





## ANEXOS.

- **CARACTERÍSTICAS DE LOS TRES FACTORES DE CONDUCTA TIPO A.**

### **FACTOR S**

1. PRISA E IMPACIENCIA
2. COMER RÁPIDO
3. SON IMPACIENTE EN LA
4. CONVERSACIÓN CON OTROS
5. APRESURAN A LAS DEMÁS
6. PERSONAS
7. TIENEN TEMPLE DURO
8. SON FÁCILMENTE IRRITABLES

### **FACTOR J**

1. IMPLICACIÓN EN EL TRABAJO
2. ALTA MOTIVACIÓN DEL LOGRO
3. TRABAJAR HORAS
4. EXTRAORDINARIAS
5. AFRONTAR IMPORTANTES
6. TRABAJOS EN TIEMPOS LIMITES
7. PREFIEREN LA PROMOCIÓN
8. LABORAL E UN AUMENTO DE
9. SUELDO
10. ESTO LO PRESENTA PERSONAS QUE
11. EN EL TEST PUNTUECION ALTA EN
12. ESTE ASPECTO

### **FACTOR H**

1. COMPORTAMIENTO DURO Y
2. COMPETITIVO
3. COMPRENDE UNA IMAGEN DE SI
4. MISMO COMO:
5. PERSONA CON COMPORTAMIENTO
6. DURO
7. CONCIENTE, RESPONSABLE Y SERIO
8. COMPETITIVO.
9. PONIENDO MAS ESFUERZO EN LAS
10. COSAS QUE EL RESTO DE LA GENTE

ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

COMPARACION DE OBESIDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL  
PORTADORES DE CONDUCTA TIPO A Y CONDUCTA TIPO B"

FOLIO: \_\_\_\_\_

TURNO: 1 ( ) MATUTINO 2 ( ) VESPERTINO

NOMBRE DEL  
PACIENTE: \_\_\_\_\_

FILIACION: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

SEXO: 1 ( ) FEMENINI 2 ( ) MASCULINO

OCUPACION: \_\_\_\_\_ 1 ( ) EMPLEADA 2 DESEMPLEADO

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

4 ( ) OTROS

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

PARON DE CONDUCTA; 1 ( ) CONDUCTA TIPO A 2 ( ) CONDUCTA TIPO B  
PESO: \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_

INDECE DE MASA CORPORAL: \_\_\_\_\_ 1 ( ) NORMOPESO  
2 ( ) SOBREPESO  
3 ( ) OBESIDAD I  
4 ( ) OBESIDAD II  
5 ( ) OBESIDAD III

AÑOS COMO PORTADOR  
DE HIPERTENSION

ARETRIAL: \_\_\_\_\_ AÑOS

TENSION ARTERIAL: \_\_\_\_\_ 1 ( ) CONTROLADA <140/90 mmHg  
2 ( ) DESCONTROLADA > 140/90 mmHg

MEDICAMENTO  
ANTIHIPERTENSIVO: \_\_\_\_\_ 1 ( ) DIURETICO TIAZIDA  
2 ( ) IECAS  
3 ( ) BETA BLOQUEADORES  
4 ( ) CALCIO ANTAGONISTAS  
5 ( ) BLOQUEADOR AT1  
6 ( ) OTROS  
ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_



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

Para la participación en el proyecto:

**COMPARACIÓN DE OBESIDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL PORTADORES DE CONDUCTA TIPO A Y CONDUCTA TIPO  
B"**

**NOMBRE DEL PACIENTE:**\_\_\_\_\_.

**FECHA:**\_\_\_\_\_

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

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

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

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

Nombre y firma del paciente

Nombre y

firma de investigador

Nombre y firma de testigo

Nombre y

flrma de testigo

JAS – INVENTARIO DE ACTIVIDADES DE JENKINS.  
(FORMA C)  
C. D. JENKINS, S. J. ZYZANKI, R. H. ROSENMAN

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

Las preguntas de esta prueba hace referencia a aspectos de la conducta que ayudan al diagnostico medico y psicológico cada persona es diferente, no hay respuestas correctas, ni incorrectas.  
En cada pregunta, elija una alternativa que sea cierta para usted y señale la letra que tiene delante. De solamente una respuesta a cada una pregunta. Si desea cambiar una respuesta, anula la dada anteriormente y marque la nueva.

- 1.- Le resulta difícil encontrar tiempo libre para ir a la peluquería?
  - a).- Nunca
  - b).- Ocasionalmente
  - c).- Muchas veces
- 2.- ¿Con que frecuencia su trabajo “le pone en acción” (le obliga a ser activo)?
  - a).- Menos frecuente que el trabajo de la mayoría de las personas.
  - b).- En torno al promedio
  - c).- Más que el trabajo, la mayoría de las personas
- 3.- ¿Cuál de las siguientes situaciones es mas frecuente en su vida cotidiana?
  - a).- Problemas que necesitan solución inmediata
  - b).- Retos a los que es preciso enfrentarme
  - c).- Mi vida es una rutina de hechos fácilmente predecibles
  - d).- Noto la falta de cosas en las que interesarme u ocuparme
- 4).- Algunas personas llevan una vida tranquila y sin sobresaltos. Otras enfrentan a cambios inesperados, continuas interrupciones, inconvenientes o “cosas que van mal” ¿Con que frecuencia se encuentra usted con estas pequeñas ó grandes incomodidades o molestias?
  - a).- Varias veces al día
  - b).- Alrededor de una vez al día
  - c).- Algunas veces a la semana
  - d).- Una vez a la semana
  - e).- Una vez al mes ó menos
- 5.- Cuando usted esta bajo presión ó estrés: ¿Qué es lo hace generalmente?
  - a).- Hago inmediatamente algo para solucionarlo
  - b).- Planifico cuidadosamente antes de actuar
- 6).- ¿Con que rapidez suelo comer?
  - a).- Normalmente soy el primero en terminar
  - b).- Como algo más rápido que los demás
  - c).- Como aproximadamente a la misma velocidad que la mayoría de la gente
  - d).- Como más despacio que la mayoría de la gente
- 7.- Su esposo/a ó algún amigo ¿Le ha dicho alguna vez que come demasiado rápidamente?
  - a).- Si, a menudo
  - b).- Si, una o dos veces
  - c).- No, nunca.
- 8.- ¿Con que frecuencia hace más de una cosa al mismo tiempo, tal como trabajar mientras come, leer mientras viste, o resolver problemas mientras conduce?
  - a).- Hago dos cosas a la vez siempre
  - b).- Hago esto solo cuando estoy escaso de tiempo
  - c).- Raramente ó nunca hago más de una cosa ala vez
- 9.- Cuando esta escuchando a una persona y esta da muchos rodeos para llegar al grano ¿Con que frecuencia tiende a urgir a esa persona?
  - a).- Frecuentemente
  - b).- Ocasionalmente
  - c).- Casi nunca

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17.- Actualmente se considera una persona:

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

34.- Si usted pudiera elegir ¿Qué preferiría?

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

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

- a).- Si
- b).- No
- c).- Mi tipo de trabajo no me permite vacaciones regulares

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

- a).- Se han mantenido igual o se han reducido
- b).- Han subido ligeramente (como resultado del coste de vida) o aumento automático basado en los años de servicio
- c).- Han aumentado considerablemente

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

- a).- Raramente o nunca
- b).- Ocasionalmente (Menos de una vez a la semana)
- c).- Una vez a la semana

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

- a).- No, es posible en mi trabajo
- b).- Raramente o nunca
- c).- Ocasionalmente (menos de una vez a la semana)
- d).- Una vez a la semana ó mas

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

- a).- Ir mas despacio un rato hasta que me recupero
- b).- Esforzarme en mantenerme al mismo ritmo a pesar del cansancio

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

- a).- Raramente
- b).- Tan a menudo como los demás
- c).- Más a menudo que los demás

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

- a).- Nunca
- b).- Ocasionalmente
- c).- Frecuentemente

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

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

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

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

- a).- Mucho mayor que la de los demás
- b).- Un poco mayor que la de los demás
- c).- Un poco menor que la de los demás
- d).- Mucho menor que la de los demás

44.- Considera necesaria la prisa:

- a).- En mucho más ocasiones que los demás
- b).- En pocas más ocasiones que los demás
- c).- En pocas menos ocasiones, que los demás



d).- En mucho menos ocasiones que los demás

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

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

46.- Se toma la vida en general:

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

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

47.- El número de horas de trabajo semanales:

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

48.- La responsabilidad en el trabajo:

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

49.- El nivel de prestigio o consideración social:

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

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

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

51.- ¿Qué estudios ha cursado?

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

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

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

## TABLAS DE PUNTUACIÓN TÍPICAS NORMALIZADAS Y GENTILES DE ACTIVIDADES DE JENKINS

INVENTARIO DE ACTIVIDAD DE JENKIS (FORMA C)

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

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA: E.G. FERNANDEZ-ABASCAL

ADMINISTRACIÓN INDIVIDUAL Y COLECTIVA

DURACIÓN VARIABLE 15 A 20 MINUTOS

APLICACIÓN: ADULTOS

SIGNIFICACIA: EVALUACIÓN DEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A Y

DIMENSIONES RELACIONADAS

TIPIFICACIÓN: TABLAS DE PUNTUACIÓN TÍPICAS NORMALIZADAS Y GENTILES

### PESOS PARA EL CALCULO DE PUNTUACIÓN DIRECTA TIPO A

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

## PESOS PARA EL CALCULO DE LA PUNTUACIÓN DIRECTA DE ESCALAS

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

## PESOS PARA EL CALCULO DE LA PUNTUACIÓN DIRECTA DE LA ESCALA J

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

**PESOS PARA EL CALCULO DE LA PUNTUACIÓN DIRECTA DE LA ESCALA H:**

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

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Rosas, PM. La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo. Archivos de cardiología de México. Vol. 73. Suplemento 1/Abril-Junio 2003. Paginas S137-S140.
- 2.- Rosas, PM. La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo. Archivos de cardiología de México. Vol. 73. Suplemento 1/Abril-Junio 2003. Paginas S137-S140.
- 3.- Chobanian, VA, et al. Séptimo reporte del Comité Nacional Conjunto sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión. Reporte 7 del Comité Nacional Común. Clínicas de Comer. JAMA. Mayo. Numero 21. 2003. Vol. 283. No 19. Paginas 2560-2574.
- 4.- Chobanian, VA, et al. Séptimo reporte del Comité Nacional Conjunto sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión. Reporte 7 del Comité Nacional Común. Clínicas de Corner. JAMA. Mayo. Numero 21. 2003. Vol. 283. No 19. Paginas 2560-2574.
- 5.- Ramachadran UV, S. Vasan, MD, et al. Evaluación de la frecuencia de progresión de hipertensión en pacientes no hipertensos en el estudio Framingham del corazón. Estudio de cohorte. Lancet. Volumen 358, Noviembre 17, 2001. Páginas 1682-1686
- 6.- Ramachadran UV, S. Vasan, MD, et al. Riesgo residual en la vida para desarrollar hipertensión arterial media de edad de hombres y mujeres. Estudio Framingham del corazón. JAMA. Feb 27. 2002. Vol. 287(8) Pág 1003-1010.
- 7.- Rosas, PM. La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo. Archivos de cardiología de México. Vol. 73. Suplemento 1/Abril-Junio 2003. Paginas S137-S140
- 8.- Chobanian, VA, et al. Séptimo reporte del Comité Nacional Conjunto sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión. Reporte 7 del Comité Nacional Común. Clínicas de Corner. JAMA. Mayo. Numero 21. 2003. Vol. 283. No 19. Paginas 2560-2574
- 9.- Borgues, RA. Análisis del constructo de madurez. Facultad de Psicología de la Universidad de la Laguna Madrid. Área de metodología del comportamiento de facultad de psicología.  
<File://A:\IberPsicoloQia.GardaHernandez.htm>. Actualizada 18 de junio del 2004.
- 10.- Mainieri, R. Estrés. Artículo de la Universidad de Santa Maria la antigua (USMA). Noviembre 3,1999. Vol. 15, Num. 2, 1999.
- 11.- Rosas, PM. La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo. Archivos de cardiología de México. Vol. 73, Suplemento 1/Abril-Junio 2003. Paginas S137-S140
- 12.- Aniorte, HN. Personalidad de la salud. 02 de Septiembre del 2003. Apunte de psicología en salud. Pagina de Internet.  
<File://A:\Personalidadysalud.htm>.
- 13.- Borgues, RA. Análisis del constructo de madurez. Facultad de Psicología de la Universidad de la Laguna Madrid. Área de metodología del comportamiento de facultad de psicología.  
<File://A:\IberPsicoloQia.GarcíaHernandez.htm>. Actualizada 18 de junio del 2004.

- 14.- Jenkins, CD, Zizansky, SJ, Rosenman, RH. Inventario de Actividades de Jenkins. Forma C. Manual TEA, Ediciones. S. A.
- 15.- Mainieri, Roberto. Estrés. Artículo de la Universidad de Santa María la antigua (USMA). Noviembre 3, 1999. Vol. 15, Num. 2, 1999.
- 16.- Aniorte, Hernández Nicanor. Personalidad de la salud. 02 de Septiembre del 2003. Apunte de psicología en salud. Pagina de Internet. <File://A:\Personalidadysalud.htm>.
- 17.- Inventario de Actividades de Jenkins. Forma C. Manual TEA, Ediciones. S. A.
- 18.- Mainieri, R. Estrés. Artículo de la Universidad de Santa Mana la antigua (USMA). Noviembre 3,1999. Vol. 15, Num. 2,1999.
- 19.- Jenkins, CD, Zizansky, SJ, Rosenman, RH. Inventario de Actividades de Jenkins. Forma C. Manual TEA, Ediciones. S. A.
- 20.- Mainieri, R. Estrés. Artículo de la Universidad de Santa Marta la antigua (USMA). Noviembre 3,1999. Vol. 15, Num. 2, 1999.
- 21.- Luing, L. Yan, PhD. MPH, et al. Factores psicológicos como factores de riesgo para hipertensión. Riesgos arterial coronaria para el desarrollo en adultos jóvenes estudio CARDIA. JAMA. Octubre. 22/29. 2003. Volumen 290. Numero 16.
- 22.- Aniorte, HN. Personalidad de la salud. 02 de Septiembre del 2003. Apunte de psicología en salud. Pagina de Internet. <File://A:\Personalidadysalud.htm>.
- 23.- Aniorte, HN. Personalidad de la salud. 02 de Septiembre del 2003. Apunte de psicología en salud. Pagina de Internet. <File://A:\Personalidadysalud.htm>.
- 24.- López, A. La impaciencia, la hostilidad, y el racismo provocan hipertensión arterial. Emociones y salud cardiovascular. <File://a:\DOSPU.htm>. Actualizada 24 de Octubre de 2003
- 25.- López, Á. La impaciencia, la hostilidad, y el racismo provocan hipertensión arterial. Emociones y salud cardiovascular. <File://a:\DOSPU.htm>. Actualizada 24 de Octubre de 2003
- 26.- Borgues, RA. Análisis del constructo de madurez. Facultad de Psicología de la Universidad de la Laguna Madrid. Área de metodología del comportamiento de facultad de psicología. <File://A:\IberPsicoloQia.GarciaHernandez.htm>. Actualizada 18 de junio del 2004
- 27.- Borgues, RA. Análisis del constructo de madurez. Facultad de Psicología de la Universidad de la Laguna Madrid. Área de metodología del comportamiento de facultad de psicología. <File://A:\IberPsicoloaia.GarcjaHernandez.htm>. Actualizada 18 de junio del 2004
- 28.- Rodríguez, CFE. Tratamiento farmacológico del paciente con hipertensión arterial. Parámetros a considerar para escoger una estrategia terapéutica. Archivo de Cardiología de México. Vol. 72. Suplemento 1. Enero-Marzo. 2002. Paginas S177-S181.

- 29.- Fregoso, PJ. Impacto del tratamiento antihipertensivo sobre los órganos blanco. Archivos de cardiología de México. Volumen 72. Suplemento 1. Enero-Marzo. 2002. Paginas S58-S63.
- 30.- Trevethan, CS. El corazón en la hipertensión. Cardioprotección y cardioreparadón. Archivos de Cardiología de México. Volumen 72. Suplemento 1. Enero-Marzo. 2002. Paginas S216-S219.
- 31.- Whelton, KP, et al. Prevención primaria de la Hipertensión. Comisión clínica y publica del corazón del programa nacional de educación para la presión arterial alta. JAMA. Octubre 16. 2002. Volumen 288. Numero 15. Páginas 1882-1888.
- 32.- Magill, KM, MD, et al. Nuevos conocimiento para el manejo de hipertensión. Revista Medica de Familia Americana. Septiembre 1. 2003. Volumen 68. Numero 5. Paginas 853-857
- 33.- Arellano, FME, Jasso, SE. Tratamiento de la hipertensión arterial sistémica. Archivos de Cardiología de México. Suplemento 1 Enero-Marzo. 2002. Paginas S254-S261.
- 34.- Oficina y coordinación del estudio ALLHAT y grupo de colaboradores en investigación. Eventos cardiovasculares mayores en pacientes con hipertensión randomización de doxazosin contra clortalidona. Los antihipertensivos y tratamiento de disminución de lípidos en la prevención de ataques cardiacos. Estudio ALLHAT. JAMA. Abril 19. 2000. Vol. 283. Numero 15. Paginas 1967-1973.
- 35.- Appel, JL, MD, MPH. El veredicto del estudio ALLHAT. Los diuréticos del tipo tiazida son preferentemente como terapia inicial para la hipertensión. JAMA. Diciembre 18. 2002. Volumen 288. Numero 23. Paginas 3039-3041.
- 36.- Torres, SAB, Ushiyama, RML. Propuesta de algoritmo médico familiar para el manejo de la hipertensión arterial sistémica. Archivos de Medicina Familiar. 2000. Volumen 19. Numero 3. Paginas 91-95.
- 37.- Pahor, M, et al. Estudio del corazón asociado con calcio antagonistas comparado con otro de primera línea de la terapia antihipertensiva. Meta-análisis radmisado experimental controlado. LANCET. 2000. volumen 356. Diciembre 9. Páginas 1949-1954.
- 38.- Pérez, GM, et al. Valoración del tratamiento farmacológico antihipertensivo en un centro de salud en fundón de patologías crónicas asociadas y grados de control de la hipertensión arterial.
- 39.- Grupo de Expertos en Detección, Evaluación y Tratamiento del Colesterol Sanguíneo elevado en adultos, perteneciente al Programa Nacional de Educación de Colesterol. JAMA. Vol. 285. No.19.16 de Mayo de 2001. Paginas 2486-2497. Chicago. Illinois.
- 40.- Torres, SAB, Ushiyama ,RML. Propuesta del algoritmo dirigida al medico familiar para el manejo de hipertensión arterial sistémica. Archivos de Medicina Familiar. 2000. Vol. 2 Numero 3. Paginas 91-95.
- 41.- Zanchetti. A. Sociedad Europea de hipertensión. Sociedad Europea de Cardiología guías para el manejo de Hipertensión arterial. Journal of de Hipertensión. 2003. Num. 21. Paginas 1011-1053.