

13



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

"EVALUACION DE LA CONDUCTA TIPO A EN MUJERES MEXICANAS"

282288

REPORTE DE INVESTIGACION

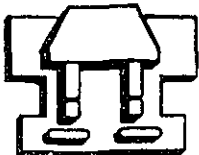
PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

BAUTISTA GARCIA, ROSALVA

ASESORES: DR. ARTURO SILVA RODRIGUEZ
MTRA. NORMA YOLANDA RODRIGUEZ SORIANO
MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA





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 Y DEDICATORIAS:

A ti Mamá y a ti Papá porque con todo el amor, cariño, apoyo y confianza que me han brindado, he logrado mi formación personal y profesional; ya que gracias a ello tengo muchas herramientas para lograr mis objetivos.

A Laura Edna, Norma Yolanda y Arturo por el tiempo dedicado a la formación del presente trabajo, por todos los conocimientos que me permiten un desarrollo profesional en el campo de la evaluación e investigación psicológica y finalmente les agradezco su amistad.

A mis hermanos (Alfonso, Noé, Juan Ricardo y Gaby) por el apoyo y cariño que nos permiten pasar los momentos difíciles y por los momentos de felicidad que nos llevan a seguir adelante.

A mi sobrino gracias por esos momentos llenos de alegría que has traído a nuestras vidas y cuenta conmigo cuando lo necesites.

A mis abuelos, tíos y primos que de alguna manera han colaboraron en mi crecimiento personal. Especialmente para Martha, Mario, Claudio, Laura, Ana, Diana, Sergio, David, Claudia, Magdaleno y Leonardo este último por tener un corazón noble y sincero.

A mis amigos que han sido parte importante en las diferentes etapas de mi vida, especialmente a Lorena Meneses, Lorena Escandón, Elia, Elideth (por ese cariño e inocencia), Tanya, Angélica, Lidia, Paty, Fidel, Magda, Griselda, Vero, Guadalupe Hernández (por el apoyo brindado) Juanita y Reina (mi hermana y mamá recién adoptadas por ese cariño, confianza, conocimientos brindados), Mario, Jorge, Saúl y finalmente a Luis Gerardo.

A Luis Gerardo por el sentimiento de amor que ha crecido entre nosotros, por ser mi amigo, mi novio y mi compañero que gracias al tiempo dedicado y al apoyo que me has proporcionado he logrado seguir adelante en los momentos más difíciles de mi vida y aprendí a crear objetivos más firmes.

Y a todas esas personas que me han dado su apoyo conocimientos y cariño.

ÍNDICE

	Pag.
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1. Conducta Tipo A	7
1.1 Definición del Patrón de Conducta Tipo A	7
1.2 El Patrón de Conducta Tipo A	10
1.3 Consecuencias de tener un Patrón de Conducta Tipo A	14
CAPÍTULO 2. Enfermedades Coronarias	18
2.1 Definición de las Enfermedades Coronarias	18
2.2 Tipos de Trastornos Coronarios	21
2.3 Factores de riesgo para las enfermedades de la arteria coronaria	24
CAPÍTULO 3. Métodos de Evaluación de la Conducta Tipo A y el Inventario de Actividad de Jenkins.	43
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.	51
RESULTADOS	54
DISCUSIÓN	63
REFERENCIAS	66
ANEXOS	71
GLOSARIO	

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue detectar la conducta tipo A por medio del Inventario de Actividad de Jenkins, en mujeres mexicanas de acuerdo a su estilo de vida, esto es, si son amas de casa o trabajadoras y saber si existen diferencias entre esos tipos de mujeres. Entendemos como patrón de conducta tipo A al estilo particular de evaluación y afrontamiento ambiental que está caracterizado por tres componentes básicos que son: la urgencia del tiempo, competencia por el logro y la hostilidad. Porque se ha indicado que ese patrón conductual predispone a sufrir enfermedades de tipo coronario.

Para ello se realizó un muestreo probabilístico por cuotas, en el que se seleccionaron 80 mujeres del área metropolitana de 18 a 45 años de edad que fueran amas de casa, madres de familia y algunas que además realizaban otra actividad que es remunerada económicamente. Las cuales formaron dos grupos.- Grupo I: Amas de casa (40 mujeres) y Grupo II: Trabajadoras (40 mujeres).

Además se utilizó un diseño transeccional de tipo no experimental, específicamente uno transversal correlacional, que es caracterizado por describir relaciones entre dos o más variables, el cual fue dividido en cuatro fases: Fase I: aplicación de un cuestionario socio – económico, Fase II: obtención de la muestra de 80 mujeres, Fase III: evaluación de la Conducta Tipo A y Fase IV: análisis de datos de los cuestionarios del JAS.

Una vez obtenidos los datos del Inventario de Actividad de Jenkins (JAS), el análisis estadístico que se utilizó fue una T de Student que nos permitió conocer si había diferencias en el tipo de conducta de las mujeres de ambos grupos. Además para un análisis más minucioso de las diferencias que fueron encontradas entre las mujeres del estudio se realizó un análisis unifactorial de varianza o oneway que nos permitió conocer si la variación observada de la variable dependiente es producto del efecto de la variable independiente o por la influencia de variables extrañas. Se concluyó que no se presenta la conducta tipo A en las mujeres mexicanas amas de casa o trabajadoras, sin embargo si hay diferencias entre ellas en algunos factores asociados a ese patrón conductual porque en la actividad remunerada y con más hijos las mujeres tienen mayor grado de dedicación y competición.

INTRODUCCIÓN.

La Unidad de Evaluación Psicológica (UEPI) que tiene planteados los objetivos de la Universidad Nacional Autónoma de México de docencia, investigación, servicio a la sociedad, y hacer extensiva la cultura; ubicada dentro del Campus Iztacala, ofrece un servicio diferente, en el que suministra información a las personas que les permita tomar decisiones de manera más apropiada, dando los elementos de juicio confiables y válidos para tomar decisiones personales, educativas y terapéuticas.

Basándose en que una evaluación es una actividad fundamental, científica y personal, se busca por medio de la investigación de los fenómenos psicológicos que su servicio al sector de la sociedad que lo solicite sea cada vez más adecuado. Desprendiéndose así la docencia con el fin de que las acciones que se realicen puedan trascender más allá de las personas que las llevan a cabo.

En la UEPI la evaluación de los fenómenos psicológicos comprende tanto el área de conocimientos denominada psicometría como el área de evaluación conductual y se propone:

- 1) Proporcionar elementos de juicio para tomar decisiones adecuadas en los ámbitos clínico, educativo, de educación especial, laboral y vocacional. Con la finalidad de fomentar el mejor desarrollo del individuo;
- 2) Canalizar a cada persona al servicio remediativo más adecuado para su caso; y
- 3) Proporcionar la información a los agentes institucionales sobre los niveles de ejecución de un sujeto o un grupo según sea el caso.

Por ello, el presente trabajo se inserta dentro de la UEPI en la investigación, dado que en la situación actual, la mayoría de las personas tenemos un ritmo de vida muy acelerado o estresante principalmente en las grandes ciudades, lo cual, nos trae consecuencias en la salud como la hipertensión arterial, cardiopatías isquémicas que son problemas cardíacos, problemas gastrointestinales, entre otros; incluso esa manera tan acelerada de vivir nos lleva a tener sentimientos de soledad, tristeza, agresión, etc. Aumentando así los índices de delincuencia, drogadicción, y demás problemáticas sociales.

Junto a esto, las mujeres cada vez se insertan más en el campo laboral, teniendo que

cumplir con sus actividades del cuidado del hogar, hacerse cargo de los hijos, con su papel de esposas y además con su trabajo remunerado.

Por lo tanto, hay una línea de investigación de esta situación a la que se enfrentan las mujeres para saber los efectos que puede traerles ese ritmo de vida a nivel salud o socialmente. Junto a esto la literatura indica que hay un patrón conductual llamado Conducta Tipo A que esta asociado a los problemas principalmente coronarios y es aquí donde se plantea como importante detectar la presencia de dicho patrón conductual en las mujeres para poder prevenir esos trastornos coronarios que nos pueden llevar a la muerte o los problemas de tipo social que pueda acarrear ese tipo de conducta.

Por lo tanto, en el primer capítulo del presente trabajo se abarca lo que es la conducta tipo A y las consecuencias en el ámbito personal y social de tener dicho patrón conductual; en el segundo capítulo se comenta lo que son las enfermedades coronarias por ser mencionadas como consecuencias del patrón conductual ya mencionado, los tipos de trastorno coronario y los factores de riesgo para las enfermedades coronarias y finalmente en el tercer capítulo se mencionan los métodos de evaluación de la conducta tipo A.

Capítulo 1. Conducta Tipo A.

Con un ritmo de vida tan acelerado como el que llevamos en estos últimos años los problemas de salud como el cáncer y las enfermedades coronarias se han incrementado dado que se han cambiado muchos patrones y hábitos conductuales, que en ocasiones no son tan adaptativos como uno lo desearía. Por lo tanto, varios autores se han dedicado a estudiar la conducta tipo A que es un patrón conductual asociado con problemas de tipo coronario. Se parte de la idea de que si es posible detectar ese tipo de conducta, entonces se pueden prevenir dichos padecimientos y corregir los aspectos conductuales inadecuados que además pueden favorecer la aparición de otros problemas de salud que redundan socialmente.

1.1 Definición del patrón de conducta tipo A.

Desde 1920, Sir William Osbel reportó la existencia de una aparente relación entre la arteriosclerosis y la vida de ritmo muy acelerado. Aunque fueron Friedman y Rosenman los que popularizaron esta relación que es un constructo de acción emoción, llamada Conducta Tipo A cuando encontraron relaciones estadísticamente significativas entre este tipo de conducta y algunas enfermedades (Gamble y Matteson, 1992; Goldman, 1994; Hust J., 1986 y Snyder J., 1989); por ello, Durban y Koch (1940; en Goldman H., 1994) empezaron a desarrollar perfiles de personalidad en enfermedades específicas. Durban partió de que cada enfermedad como hipertensión, diabetes, artritis reumatoide e infarto al miocardio tiene sus síntomas y sugirió que las personas que presentan infarto habían sido expuestas a situaciones de choque, en particular durante el trabajo; sin embargo, Koch, no logró comprobar lo mismo con sus técnicas analíticas.

Más tarde en 1950, Alexander (en Goldman H., 1994) exploró relaciones entre

problemas psicológicos específicos y estados patológicos de siete enfermedades: úlceras pépticas, asma bronquial, artritis reumatoide, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, tirotoxicosis y neurodermatitis; creyendo que las enfermedades psicosomáticas se originan en “neurosis visceral”. Si retomamos a Houston, Kend y Snyder (1988), Rosenman y cols. (1986; en Phillip L., 1992) y Snyder J. (1989) entre otros autores, podemos dar cuenta que de igual manera se trabajaba la conducta tipo A involucrando a pacientes tanto jóvenes como de edad media, con enfermedad cardíaca coronaria; los cuales raramente se frustraban, manifestaban una lucha crónica por el logro, pero definían pobremente sus metas, obtenían un excesivo número de cosas por hacer y se notaba una lucha agresiva ante los cambios. A partir de esas observaciones se comenzó a hablar de conducta tipo A de la que se examinaban como sus componentes, las siguientes características en individuos de ambos sexos (masculino y femenino):

1. Intensa persistencia por conseguir auto-realización, pero metas pobremente definidas.
2. Gran inclinación y anhelo a la competencia.
3. Persistente deseo por reconocimiento o ascenso.
4. Continua involucración en múltiples y diversas actividades en menor tiempo.
5. El hábito de acelerar sus ejecuciones en más actividades físicas y mentales.
6. Extraordinaria alerta física y mental.
7. Sensación de agresividad y hostilidad.

De esta forma se conceptualizó a la conducta tipo A como un estilo particular de evaluación y afrontamiento medio ambiental. Siendo Jenkins (1975; en Jenkins y cols., 1992) quien la describió como: “un síndrome de conducta manifiesta o estilo de vida caracterizado por extrema competitividad, motivación de logro, agresividad (algunas veces contenida con esfuerzo), apresuramiento, impaciencia, inquietud, hiperalerta, explosividad en el habla, tensión en los músculos faciales, y sensación de estar bajo presión del tiempo y en desafío con la responsabilidad. Las personas que tienen este patrón están usualmente entregadas a su vocación o profesión, mientras que son relativamente descuidadas en otros aspectos de sus vidas. No todos los aspectos de este síndrome o patrón tienen que darse en una persona, para que sea clasificada como poseedora del mismo. El patrón no es un rasgo de personalidad, ni una reacción puntual a una situación desafiante, sino la reacción de una persona, predispuesta

caracteriológicamente para una situación que le resulta desafiante. Diferentes tipos de situaciones evocan reacciones máximas a diferentes personas”, p.5. Conceptualización con la que coinciden diversos autores como son: Gentry P. y Williams B. (1979), Lamude y cols. (1993), Gamble y Matteson (1992), Hust (1986) entre otros, y como dice Snyder (1989) estas definiciones contienen tres componentes básicos que son: la urgencia del tiempo, competencia por el logro y la hostilidad.

Mientras se definía la CTA, Engel (1977; en Goldman, 1994) desarrolló un modelo biopsicosocial de la enfermedad e indicó que toda enfermedad tiene un componente biológico, uno psicológico y uno social; lo cual, facilitó la aceptación de la relación entre conducta y enfermedad. Más tarde, este tipo de patrón conductual es redefinido como la necesidad de respeto, autoridad y preferencia por actividades intelectuales cuidadosamente planeadas; junto con una tendencia a la inseguridad, competitividad, compulsiva, vulnerabilidad ante el fracaso, a la agresión y por lo tanto a la tensión interna y depresión. Junto a esto Romero y León (1989) indicaron que es a partir de los años sesenta cuando dicho patrón se relaciona con la temática laboral porque se incluyen los aspectos de responsabilidad, competitividad, actividad, autosuficiencia, persistencia y realización personal por medio del rendimiento.

Después de conocer lo que es la CTA es prudente definir a la Conducta Tipo B que es contraria al patrón anterior pero puede ser definida como “es una forma de ser serena y calmada, en la que la presión del tiempo, los niveles de irritabilidad, de competitividad, dominancia y la conciencia del límite de su rendimiento, son adecuados” p. 351 (Ferstl, 1980; Yarnold y Grimm, 1986; en Romero y León, 1989).

Además es conveniente aclarar que el patrón de conducta tipo A también es considerado Conducta Tipo 2. Sin embargo, esta segunda denominación es retomada para hacer mención de la actividad motora y músculo esquelética durante las respuestas que caracterizan a la conducta tipo A, esto es, se observa la actividad vasodilatadora o vasoconstrictora, porque el funcionamiento del sistema músculo esquelético es interesante ya que el cuerpo recibe el 15 o 20 por ciento de la producción cardíaca cuando está en descanso y un 85% en condiciones de trabajo pesado o estrés, esto indica que la vasoconstricción músculo esquelética es relevante por su rol en la reactividad (que es la evaluación de los cambios en los parámetros fisiológicos como

presión sanguínea y niveles de plasma epinefrina o norepinefrina; cuando el individuo es expuesto a cambios conductuales o fisiológicos) y enfermedades cardiovasculares generadas como resultado del ritmo de vida (Obrist; en Matthews K. Y cols., 1986 y Arild G., 1995). Como ya se menciona, hay investigaciones que prueban que algunos eventos ambientales juegan un rol muy importante en la patogénesis de algunas respuestas cardiovasculares y neuroendocrinas, y que hay dos patrones de respuesta cualitativamente distintos, el patrón tipo A y el patrón tipo B, de lo cual hablaremos más ampliamente.

1.2 El patrón de conducta tipo A.

Ahora, podemos describir el patrón conductual de la persona tipo A como lo hacen Gentry y Williams (1979); Houston Kent y Snyder (1988) y otros. Quienes indican que las características de dicho patrón son las mismas para hombres y mujeres, aunque inicialmente sólo las atribuían a varones, pero con las recientes investigaciones se acuerda que también el sexo femenino las presenta; por lo cual a continuación se hace mención de ellas.

Las personas consideradas como tipo A son conscientes, intensamente responsables, inflexibles, se establecen altos grados de ejecución porque prefieren ser respetadas por lo que hacen y no como las tipo B que gustan de ser estimadas por lo que son. Las primeras se dirigen por su gran productividad manteniendo así su autovaloración, pero creen que pueden estar relajados por un largo período de tiempo (aunque en realidad no lo están) antes de ir a unas cortas vacaciones, esto se puede explicar por su necesidad de competencia y valor social. También anhelan el poder en mayor proporción que las personas tipo B pero lo niegan cuando se les pregunta directamente; por ello se ha sugerido que la necesidad de autocontrol es una característica clave de la personalidad tipo A, ya que quienes la presentan tienen un comportamiento tranquilo y calmado hasta que se ven frente a la amenaza de pérdida de control

de alguna cosa o personas a su alrededor reaccionando de manera apresurada y demandando con una conducta agresiva.

Así, los llamados tipo A son atraídos compulsivamente por la competencia y los retos. Ellos podrían competir contra ellos mismos y si no logran vencer sus récords anteriores en calidad y rapidez se ven irritados, sus fuentes de gratificación son pocas (su trabajo y vocación competitivas) no buscan otros recursos y todo esto los diferencia de las personas tipo B que distribuyen su tiempo y tienen más gratificantes con la familia, amigos, pasa tiempos, actividades artísticas y culturales o un espectáculo deportivo. Tanto las personas tipo A como las tipo B participan en actividades cívicas, políticas o comunitarias, pero las tipo A gustan de ser “personas de acción” y tener roles de liderazgo.

Así mismo, las personas con personalidad tipo A siguen una línea de pensamientos diferentes o acciones aparentemente simultáneas; por ejemplo, trabajar mientras come, calcular o planear cuando manejan en automóvil, leer cuando se afeita o hacer tres cosas en una; se anticipan a lo que llegará y a cómo van a reaccionar a eso que se va a presentar; esto es, una “reacción anticipadora de reacción a las metas” ya que un individuo tipo A antes de cruzar la puerta anticipa lo que va a responder a las personas antes de que lo cuestionen. Además su expresión y postura vigilante los hace verse alerta y listos para moverse y no se pueden relajar tan completamente como los tipo B; así, ellos son compulsivos para hacer sus cosas, derrotando rápidamente barreras y tomando su propio camino, también son competitivos al emprender sus tareas diarias luchando por tener gran dirección en sus tareas y por romper “una barrera de tiempo” viendo a todos los cambios como obstáculos y aunque no se observan fatigados muchas veces se ven mal humorados.

También son poco observadores, no registran los detalles físicos y sociales del ambiente, autoseleccionan sus focos de atención; esto es, fallan en notar lo extenso, impaciente o iracundo de sus demandas en los otros y los miembros de su familia o sus compañeros de trabajo son más perceptivos a su conducta que ellos mismos, como en las demandas que le hacen a otras personas, porque, las personas tipo A tienden a ser autocentradas mientras que las tipo B podrían mostrarse usualmente más interesadas en otros individuos; una consecuencia de esto en los tipo A es que son poco oyentes, su esposo o compañeros de trabajo se quejan porque no

les prestan atención y esto explica porque no se quedan con las referencias de otras personas ya que no coinciden con sus intereses e involucración en el trabajo. Son víctimas de su patrón conductual, ya que ellas no revelan sus tendencias y sobre estiman el grado de dificultad que tienen por eso las gentes asociadas a las personas tipo A se cansan por llegar a ser víctimas de su inflexibilidad o corren el riesgo de incurrir en la impaciencia o resentimiento. Así, la subordinación de las personas tipo A se explica con su autopromoción de derrotar sus límites, esto es, una extrema competitividad.

Por lo tanto, la ansiedad es más fácilmente incitada en las personas tipo A que en las tipo B, porque ellas podrían luchar por inhibir sus expresiones de hostilidad o agresividad y su esposo o un buen amigo puede fácilmente dar una viva descripción de la ira o resentimiento de una persona tipo A cuando se demora o fracasa, pero ella negaría la intensidad de dichas emociones. Entonces, en las situaciones de trabajo las personas tipo A se sienten frustradas más frecuentemente que las tipo B; pero indican con certeza que su capacidad es superior a la de los supervisores y subordinados, que pueden derrotar cualquier obstáculo, pero en situaciones de repetida demora o derrame emocional revelan su inseguridad y sentimientos de inferioridad.

Además cuando las personas tipo A participan en una conversación son ellas quienes la inician y no paran de hablar, comenzando a responder antes de que la otra persona complete la pregunta, esta interrupción conductual es conocida como “habla apresurada” incrementando su tiempo de conversación y haciendo que los otros participantes se apresuren; hablan con sílabas cortadas, su fluidez verbal es regular alternada con palabras explosivas cuando titubean o vacilan de su pensamiento; hablan con un aire de certeza y énfasis acentuando sus palabras con un volumen explosivo a diferencia de las tipo B que tienen un fluido más suave y amplio cuyo sonido es más inequívoco en tono y tiempo; tampoco derrochan palabras y hablan directamente al punto en contraste con las tipo B que utilizan frases más claras y más componentes en relación a lo que tratan y cuando los individuos tipo A tratan de hablar lentamente se sienten incómodos e incluso si tienen que escuchar hablar a otras personas dan anticipadamente ejemplos o indicaciones; Así mismo, tienen flashes momentáneos de sonrisas, tirando de los extremos de la boca con una firme línea horizontal en los labios y son casi un tic en contraste con los tipo B que generalmente tienen una sonrisa completa porque tienen sus músculos

faciales más relajados, su sonrisa más curva y su expresión de sentimientos es más espontánea. Además las personas tipo A frecuentemente rompen su ritmo respiratorio con un pesado suspiro y profundas inhalaciones durante su conversación, inhalando más aire que el necesario, soltándolo a la mitad o al final de una secuencia con un suspiro espiratorio, este tipo de suspiros en ocasiones no es fácilmente notado durante las interacciones; este patrón irregular de respiración sugiere que los individuos tipo A están supliendo sus emociones bajo presión. Aparentemente la actividad del sistema nervioso simpático en este aspecto es sustancialmente diferente en los individuos tipo B los que respiran de una manera más regular y los suspiros son usualmente ausentes.

Siguiendo con la descripción de ese patrón se puede decir que las personas tipo A frecuentemente alivian la tensión o ira que experimentan en las situaciones cuando las describen ya que algunas veces utilizan gestos, un tono de voz colérico o expresiones faciales fuera de la situación real o cuando sienten que tienen que enfrentar la situación de nuevo. También hacen movimientos energéticos, gestos de tensión y ambos grupos de músculos los extensores y los flexores son contraídos, iniciando sus movimientos abruptamente; aprietan sus manos o puños cuando están tensos o pueden dar un golpe en la mesa para enfatizar un punto y sacuden su mano con un fuerte apretón y activo movimiento para saludar. Además cuando están sentadas descansando o de pie están nerviosas, no gustan de permanecer inmóviles y pueden estar dando golpecitos con sus pies utilizando sus nudillos de una manera rítmica, jugar con una pluma o sacudir su pierna, movimientos que tienden a ser rápidos, rítmicos y repetitivos dando la impresión de un exceso de energía en su cuerpo lo cual evidencia su inquietud e impaciencia, pero no son usuales “tics nerviosos” o “movimientos nerviosos” sino un desasosiego constante. Finalmente, las personas tipo A tienden a ser más agresivas sexualmente que las tipo B.

1.3 *Consecuencias de tener un patrón de conducta tipo A*

De hecho, como ya se mencionó Friedman, Rosenman y Rosenman (1959) fueron los primeros en estudiar sistemáticamente las características de las personas con enfermedades cardíacas coronarias y las llamaron personas con conducta tipo A. Dichas personas presentan altos niveles de colesterol en la sangre porque elevan sus niveles de epinefrina y norepinefrina de la médula espinal y sufren de agotamiento por el almacenamiento de glucocorticoides como resultado de una excitación y estrés crónico. De igual manera, la presión sanguínea elevada promueve el gasto y rasgado del revestimiento de las arterias coronarias, lo que contribuye a la arteriosclerosis (Snyder J., 1989; Arild G., 1995 y Goldman H., 1994).

Además Glass, Thomas, Ross y Duszynski indicaron que la personalidad tipo A tiende a presentar cuadros depresivos, promovidos por una sensación de pocas satisfacciones; lo cual, está mayormente correlacionado positivamente con el incremento de cuadros de angina de pecho. Contrariamente el cariño y el apoyo del cónyuge constituyen factores favorables cuando los demás factores de dichos padecimientos son compartidos (Hust J., 1986).

Recientemente algunas investigaciones también demostraron que la personalidad tipo A es un factor de riesgo en problemas coronarios, por lo cual, muchos estudios se enfocan en la fisiología, psicología, conducta y correlación ocupacional de la conducta tipo A; manifestándose principalmente en áreas como la medicina, psicología y administración (Gamble y Matteson, 1992). De esta manera podemos citar a Matthews K., y cols. (1986) quienes mencionan una línea de investigación en la que se indica que la relación de la conducta tipo A y la enfermedad cardíaca coronaria es independiente de otros factores de alto riesgo como: el colesterol, la hipertensión, el consumo de cigarro y la edad; en dichos estudios se comparó a los individuos (niños, adolescentes, estudiantes que trabajan, profesionistas y pacientes con enfermedad cardíaca) tipo A y tipo B ante diferentes estresores psicológicos y físicos, encontrándose en la mayoría de los estudios se encontró que los sujetos tipo A presentan una alta presión sanguínea, mayor tasa cardíaca y más plasma de catecolaminas o cortisol que los sujetos tipo B. Resultados más significativos se encontraron cuando las situaciones

experimentales permitían mayor enfrentamiento al fracaso, hostigamiento, tareas que demandan competencia, durante interacciones personales y cuando se tenían que seguir instrucciones que exigían altos niveles de involucramiento.

También se analizó la relación entre el patrón de conducta tipo A y el cortisol; en la cual se encontró una asociación significativa entre el cortisol y el colesterol en individuos con una mínima o significativa enfermedad de la arteria coronaria. Relación encontrada en individuos tipo A y no en los tipo B; sugiriéndose mayor secreción de cortisol en las personas con conducta tipo A que los predispone a enfermedades de la arteria coronaria a través de los efectos del metabolismo lípido.

En otras investigaciones en las que se evaluó la hostilidad que es un componente de la conducta tipo A, se encontró una asociación con la enfermedad de la arteria coronaria e incluso en otros estudios se observó una relación con la enfermedad cardíaca coronaria y la hostilidad (Barefoot, Dahlstrom y Williams, 1983; Shekelle, Gales, Oatfeld y Paul, 1983 y Williams y cols., 1980; en Houston y cols., 1988).

Por otro lado, las consecuencias psicológicas y sociales al tener un patrón de conducta tipo A en mujeres son de gran importancia dado que un ritmo de vida acelerado, la hostilidad, el estrés, etc. ocasionan como nos indica Vidal E. (1990), un constante cansancio físico y mental, insomnio, sentimientos de soledad, tristeza, depresión, problemas de pareja e incluso socialmente hay un abandono o semiabandono de los hijos y con ello mayor riesgo de accidentalidad domiciliaria, delincuencia, alcoholismo y fármaco-dependencia, entre otros problemas. De igual manera, se plantea que el patrón de conducta tipo A tiene otras consecuencias sociales y personales que pueden reflejarse en el apoyo social, en el bienestar y en la autoeficacia real; de hecho, en el Proyecto para la Prevención de la Reaparición del Trastorno Coronario (Recurrent Coronary Prevention Project) de Friedman y cols. (1986, en Phil Evans, 1995) en el que se compararon dos grupos: el primero que fue sometido a un tratamiento cognitivo-conductual y un grupo control; los cuales recibieron asesoramiento para sujetos con problemas cardíacos que consistía en discusiones de grupo dirigidas a mejorar la adherencia al tipo de consejo tradicional, sobre dieta, ejercicio, etc., que se proporciona en los programas de rehabilitación cardíaca; pero en el primer grupo además se intentaba modificar

directamente la conducta tipo A utilizando técnicas cognitivas y conductuales, encontrándose que la tasa de sujetos que habían vuelto a tener un infarto era notablemente inferior en el grupo de intervención (13% en dicho grupo y 21% en el grupo control), la mortalidad acumulada se redujo a 5% en el grupo de tratamiento y a 7% en el grupo control. Además los participantes en el grupo de intervención mostraron mejoras significativas en la autoeficacia, datos de que el apoyo social y el bienestar mejoraban más en este grupo; aunque es importante tener en cuenta que los sujetos de estos grupo se autoseleccionaron.

En los reportes de algunos estudios en los que se asoció la CTA con enfermedades de la arteria coronaria (infarto al miocardio, insuficiencia coronaria y angina de pecho), se encontró una relación positiva entre mujeres de 45 a 64 años de edad, aunque su estado de empleo (mujeres que trabajan o amas de casa) no afectó dicha relación. En uno de los estudios, el de Framingham (en Houston y cols., 1988) que fue longitudinal y con una duración de 14 años, se evaluó la CTA con la Escala Tipo A de Framingham en 749 mujeres libres de enfermedad cardíaca coronaria a las cuales se les aplicó un cuestionario psico-social para obtener sus características demográficas y dividir las en mujeres amas de casa o trabajadoras; encontrándose que en su mayoría las mujeres mostraron una manifestación o desarrollaron enfermedad cardíaca coronaria, con respecto a su estatus de empleo no se relacionó significativamente con la incidencia de los problemas coronarios aunque las mujeres trabajadoras tuvieron una tasa un poco mayor de algún problema cardíaco que las amas de casa y fueron mayormente clasificadas como tipo A. Se ha criticado este estudio porque algunos componentes de este patrón tipo A están más asociados a los problemas cardíacos que otros, como es el caso de la hostilidad y la Escala tipo A de Framingham no retoma claramente dicha variable.

Por lo tanto, podemos conceptualizar a la conducta tipo A como un patrón conductual o estilo de vida que algunas personas han adoptado para desarrollarse en su contexto; caracterizado por una gran competitividad, agresión, impaciencia y otros aspectos que predisponen al individuo a padecer principalmente enfermedades de tipo coronario o bien en algunos casos problemas de carácter social como el que otras personas se molesten por dirigirse a ellas de manera agresiva, etc. Como podemos observar, al hablar de conducta tipo A se involucran las enfermedades cardíacas coronarias; por lo cual, de ello, hablaremos más adelante.

una relación positiva entre mujeres de 45 a 64 años de edad, aunque su estado de empleo (mujeres que trabajan o amas de casa) no afectó dicha relación. En uno de los estudios, el de Framingham (en Houston y cols., 1988) que fue longitudinal y con una duración de 14 años, se evaluó la CTA con la Escala Tipo A de Framingham en 749 mujeres libres de enfermedad cardíaca coronaria a las cuales se les aplicó un cuestionario psico-social para obtener sus características demográficas y dividir las en mujeres amas de casa o trabajadoras; encontrándose que en su mayoría las mujeres mostraron una manifestación o desarrollaron enfermedad cardíaca coronaria, con respecto a su estatus de empleo no se relacionó significativamente con la incidencia de los problemas coronarios aunque las mujeres trabajadoras tuvieron una tasa un poco mayor de algún problema cardíaco que las amas de casa y fueron mayormente clasificadas como tipo A. Se ha criticado este estudio porque algunos componentes de este patrón tipo A están más asociados a los problemas cardíacos que otros, como es el caso de la hostilidad y la Escala tipo A de Framingham no retoma claramente dicha variable.

Por lo tanto, podemos conceptualizar a la conducta tipo A como un patrón conductual o estilo de vida que algunas personas han adoptado para desarrollarse en su contexto; caracterizado por una gran competitividad, agresión, impaciencia y otros aspectos que predisponen al individuo a padecer principalmente enfermedades de tipo coronario o bien en algunos casos problemas de carácter social como el que otras personas se molesten por dirigirse a ellas de manera agresiva, etc. Como podemos observar, al hablar de conducta tipo A se involucran las enfermedades cardíacas coronarias; por lo cual, de ello, hablaremos más adelante.

2.1 Definición de las enfermedades coronarias.

Antes de definir a las enfermedades coronarias consideramos de suma importancia que se conozca un poco de anatomía y fisiología cardiovascular.

La circulación de la sangre se lleva a cabo mediante el corazón, el sistema arterial y el sistema venoso. Al respecto, Snyder J. (1989) indicó que el corazón y los vasos sanguíneos hacen un sistema de cerrado hidráulico a base de presión, en el cual el miocardio bombea la sangre (cerca de 46 millones de galones de sangre durante el tiempo de vida) que lleva el oxígeno y nutrientes, y remueve los productos de desecho en el cuerpo (a esto se le llama gasto cardíaco). Este músculo cuenta con cuatro cavidades y se contrae para mandar la sangre; dos de ellas: el ventrículo derecho y aurícula derecha la reciben de las venas, las dos restantes son la aurícula izquierda y el ventrículo izquierdo, e impulsan la circulación de la sangre mediante las arterias. Además los golpes del corazón son rítmicos, la frecuencia cardíaca normalmente es de 72 golpes por minuto, aunque las influencias externas, neuronales y hormonales contribuyen a modificaciones de la tasa cardíaca y el nivel de los nervios puede ser alterado. Esta acción de bombeo es iniciada por una parte del corazón, el nodosinoatrial localizado en la parte alta de la aurícula derecha.

El corazón es controlado por el sistema nervioso autónomo (SNA), de manera que el sistema nervioso parasimpático (SNP) decrementa la tasa cardíaca con un vaso constrictor (epinefrina) cuando es mayor a 160 latidos por minuto y repercute en el ritmo que generalmente tiene el corazón; por otro lado, el sistema nervioso simpático (SNS) incrementa la razón cardíaca con un vaso dilatador (norepinefrina) cuando ésta es menor a 60 latidos por minuto. Dado que la

razón normal es de 60 a 80 latidos por minuto. De esta manera, se oxigena el cuerpo y va el turno del sistema venoso recogiendo la sangre sin oxígeno y con bióxido de carbono para llevarla al corazón (en contra de la gravedad) hasta el ventrículo derecho de donde pasa a los pulmones para su oxigenación (Guadalajara, J.,1996).

De tal forma, que el rendimiento cardíaco es la cantidad de sangre que bombea el corazón por minuto y está determinado por la cantidad de la misma que retorna al músculo por las venas, dependiendo de la temperatura y factores psicosociales como el estrés. Entonces, con estas influencias, cuando el gasto cardíaco es lento se produce una insuficiencia cardíaca que se normaliza de inmediato; sin embargo, cuando es extrema hay un choque cardiogénico o incapacidad del corazón para mantener un adecuado gasto cardíaco y la frecuencia cardíaca (Guadalajara J. F., 1996).

Ahora, podemos decir que las enfermedades cardíacas coronarias también son llamadas coronariopatías y entre las definiciones que se han dado de ellas tenemos las siguientes:

Son el conjunto de enfermedades resultantes del desequilibrio existente entre las necesidades miocárdicas de oxígeno y la adecuación del aporte, por la reducción del flujo coronario; que durante muchos años han sido denominadas cardiopatías coronarias; sin embargo, en la más reciente revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades se prefiere el término de CARDIOPATÍAS ISQUÉMICAS (Robbins S. y Cotran, 1987). De igual manera, para Snyder J. (1989) las cardiopatías isquémicas son el resultado del estrechamiento u/y oclusión de la arteria coronaria, la cual suministra de sangre al corazón. Con esta disminución del flujo de oxígeno y alimento al corazón es parcial o completamente detenido.

Así en el Mosby (1994) encontramos que las llamadas coronariopatías son un “trastorno de las arterias cardíacas cuyo efecto patológico es la reducción del aporte de oxígeno y nutrientes al miocardio” p. 307.

Por ello, las conceptualizaremos como los problemas en las arterias cardíacas caracterizados por una reducción total o parcial del aporte sanguíneo al corazón. Además su relevancia radica en ser de las principales causas de incapacidad o muerte en los países

industrializados. Por ejemplo: en los Estados Unidos ocasionan alrededor de 335 muertes por 100 000 habitantes (40% de la mortalidad total), por arriba del cáncer que se sitúa en 183 muertes por cada 100 000 habitantes. De hecho, en 1910 ocupaban el cuarto lugar entre las 10 principales causas de muertes con una tasa de mortalidad de 140 (Robbins S. L., y Cotran, 1987).

En el caso de América Latina hay pocos estudios sobre las cardiopatías isquémicas. Aunque la Organización Panamericana de la Salud indicó en 1985 que los problemas cardiovasculares eran la principal causa de muerte en 31 países de la región, aunque en Estados Unidos y Canadá las tasas de mortalidad han bajado. Específicamente en México, Martínez (1975; en Lozano-Ascencio R. y Cols., 1990) comentó que las enfermedades del corazón junto con los tumores y las enfermedades cerebrovasculares son de las principales causas de muerte en personas de 60 años o más y consecutivas a la desaparición de la viruela, el paludismo y otras enfermedades epidémicas.

En estudios más recientes también en nuestro país se estableció que las tendencias de mortalidad de 1965 a 1980 de las enfermedades crónico degenerativas y en particular las del corazón son ascendentes y que el aumento coincide con la disminución de las muertes por enfermedades infecciosas; sin embargo, las tendencias no son similares en todo el país porque aunque la mortalidad por cardiopatía isquémica en la población mayor de 30 años ha aumentado alrededor de 12 veces en los últimos 35 años, la sobremortalidad masculina observada aumenta en los jóvenes y tiende a disminuir en los mayores de 60 años. Por su parte las mujeres muestran un descenso marcado en las edades de 30 a 59 años y se incrementan las defunciones en las mayores de 70 años. De tal manera que en 1985, la población masculina del norte del país presenta un exceso de riesgo del 65% y la femenina del 31%. La situación contraria ocurre en las regiones de Hidalgo, Guerrero, Chiapas, Quintana Roo, Puebla, Tlaxcala, Morelos, Querétaro, Estado de México, Guanajuato, Michoacán, Veracruz, Aguascalientes y San Luis Potosí; donde el riesgo de morir por cardiopatía isquémica es menor que el promedio nacional, pero el D. F. También muestra un exceso de riesgo. Entonces el riesgo en las poblaciones se

distribuye de la siguiente manera:

La población masculina del Norte tiene un riesgo 2.5 veces mayor al Sur, el D.F. y Sinaloa, Nayarit, Jalisco, Colima, Tabasco, y Yucatán: con un riesgo de 1.7 y 1.6 respectivamente. La población femenina del Norte tiene un riesgo de 1.8 veces mayor al Sur y en las mujeres de más de 60 años el riesgo es superior a 2.0. Aunque las tasas de mortalidad en todos los grupo son mayores al periodo de 1950 a 1965 se puede observar que son más elevadas en el Norte que en el resto del país con excepción del D.F. (Lozano-Ascencio, R., 1990).

2.2 Tipos de trastornos coronarios.

Los trastornos de las arterias coronarias son: la aterosclerosis y la arteriosclerosis que se describen a continuación.

Ateriosclerosis .- Significa endurecimiento de las arterias; pero es un término que engloba un grupo de estados patológicos que tienen en común el engrosamiento y la pérdida de elasticidad y calcificación de las paredes arteriales. Lo cual causa menor irrigación sanguínea (Robbins S. L., y Cotran, 1987; y Mosby, 1994). Esta se divide en tres tipos; según Robbins S. L. Y Cotran, 1987):

- 1.- Aterosclerosis (engrosamiento por grasa)
- 2.- Arteriosclerosis de Mönckeberg (calcificación de la arteria).
- 3.- Arteriosclerosis, subdividida en:

Arteriosclerosis hialina.- engrosamiento de la arteria.

Arteriosclerosis hiperplásica.- aumento agudo o severo de la tensión arterial.

Aterosclerosis .- Es la más frecuente de estas afecciones aumentando dramáticamente en los últimos 50 años; aunque inicialmente se creía que era un proceso de envejecimiento, los

estudios epidemiológicos han demostrado que hay mayor incidencia en varones caucásicos, de edad media o avanzada y de países ricos; en el caso de las mujeres premenopáusicas ha avanzado posiblemente por el consumo del cigarro, el trabajo sedentario y el uso de anticonceptivos orales. Consiste en la construcción de un depósito o revestimiento dentro de las arterias musculares de grande y mediano calibre (coronarias, carótidas y arterias de las extremidades inferiores), y elásticas de gran calibre (aorta y elícticas). Este depósito es un ateroma o placa fibroadiposa compuesta principalmente por estenes de colesterol, complejos con proteínas y un revestimiento fibroso. Lo cual va obstruyendo las arterias limitando el flujo sanguíneo que corre por lo cual se debilitan (Robbins S. L., y Cotran, 1987; Snyder J., 1989 y Mosby, 1994).

Estos padecimientos tienen como causas secundarias dos manifestaciones importantes que son la angina de pecho y el infarto al miocardio.

La angina de pecho.- es un dolor opresivo que se inicia en el pecho y se irradia al hombro, brazo izquierdo, cuello, mandíbula y escápula que es causado por una anoxia (falta de oxígeno) en el corazón seguida de una oclusión de más de una arteria coronaria, frecuentemente es precipitada por un ejercicio físico de mucho esfuerzo o un estresante psicológico agudo. Otros síntomas que se asocian a ella son la disnea (falta de oxígeno o dificultad para respirar), diaforesis (sudoración extrema), náuseas, vómitos y esporádicamente palpitaciones o mareos.

Puede ser estable, inestable, de reposo o intensa. En la angina estable la frecuencia y duración del dolor es constante (2 a 5 minutos) el desencadenante puede ser un esfuerzo físico y se alivia con la administración de nitratos y reposo Chávez I. (1996). La angina inestable es a diferencia de la anterior más frecuente y duradera. La angina de reposo aparece sin que el sujeto haga ningún esfuerzo y finalmente la angina inestable y prolongada puede llegar a igualar un infarto; originando arritmias y alteraciones mortales (Ewald G. y McKenzie, 1995; Mosby, 1994; Robbins S. L., y Cotran, 1987, y Snyder J., 1989).

Finalmente, es importante dar énfasis a las complicaciones más importantes de este padecimiento: un infarto al miocardio o la muerte súbita.

El infarto al miocardio es la forma más importante de cardiopatía en los países industrializados ya que en 1979 aproximadamente el 60% de las muertes por cardiopatía isquémica fueron por este problema. Excediendo en muchos miles a las causadas por todas las formas de neoplasias consideradas en conjunto (Robbins S.L., y Cotran, 1987). Consiste en una oclusión de la arteria coronaria por aterosclerosis, arteriosclerosis o embolia que provoca un área de necrosis (muerte celular) en el miocardio. Experimentándose un dolor similar al de angina de pecho que es más intenso y largo; esto es, dura más de 20 minutos, no cede ni con medicamentos y es independiente del ejercicio o esfuerzo físico.

El paciente suele aparecer con color ceniciento, sudoroso, disneico, con tendencia al desvanecimiento y angustiado por una sensación de muerte inminente. Además otros síntomas que lo acompañan consisten en taquicardia, pulso apenas perceptible, presión arterial baja, temperatura elevada y algunas veces náuseas (Mosby, 1994; Robbins R. S., y Cotran, 1987, y Snyder J., 1989). Además el infarto al miocardio no solo daña al corazón, sino también el sistema de conducción porque causa arritmia cardíaca o fibrilación ventricular lo que tiene como resultado la muerte súbita.

La muerte súbita es la que ocurre en forma natural, inesperada e instantánea o dentro de la primera hora de iniciados los síntomas premonitorios; y tres elementos fundamentales son:

1. Que es un proceso natural: excluye accidentes, homicidios, envenenamientos o suicidios.
2. Es inesperada: Ocurre en individuos "totalmente sanos".
3. Su desarrollo rápido o instantáneo.

Pero hay que tener cuidado de no confundir lo que es una parada cardíaca no fatal o recuperada con una "muerte súbita recuperada", término no adecuado porque la muerte es irreversible (Bayes de la Luna A., y Guindo J., 1990).

Según Demirovic J. y Myerburg R. (1994) las muertes súbitas en los Estados Unidos ascienden a unas 300 000 cada año y de cada millón de personas 30 mueren en una semana por muerte súbita en los países industrializados. Teniendo mayor incidencia en personas jóvenes

(en los últimos años) hombres más que en mujeres y en personas negras. Indicándose que del porcentaje inicial de personas que presentan los síntomas de muerte súbita (algún infarto al miocardio) solo del 7% al 10% son ayudadas. Por ello, plantean que es de suma importancia la temprana identificación de dicho problema, y la administración efectiva de una resucitación cardiopulmonar.

Finalmente, en algunas investigaciones se comprobó que algunas personas han fallecido durante alguna conmoción emocional, porque el estrés psicológico experimentando si se acompaña de aterosclerosis es más predisponente de arritmias y muerte súbita.

2.3 Factores de riesgo para las enfermedades de la arteria coronaria.

En los años 60's en adelante los patrones de la enfermedad cambiaron, ya que la prevalencia de las enfermedades agudo-infecciosas ha disminuido importantemente gracias a los avances en el tratamiento de esos trastornos; pero el porcentaje de muertes por una enfermedad crónica del corazón, por un golpe o cáncer han incrementado. De manera que los problemas infecciosos parecen seguir atados con agentes específicos a enfermedades crónicas; teniendo causas biológicas, conductuales o socioculturales.

Estas enfermedades son relacionadas con los hábitos de salud individuales, con habilidades de adaptación a las demandas económicas, sociales, culturales y por el contacto con agentes tóxicos biológicamente (Latorre P. y Beneit, 1992 y Snyder J., 1989). Por lo tanto, la presencia o ausencia de ciertos comportamientos es lo que determina que seamos personas sanas o enfermas porque los buenos hábitos o conductas de salud promueven o facilitan un estado de salud general, por ejemplo: el hacer ejercicio físico, el no fumar, el utilizar el cinturón

de seguridad, entre otras que reducen los riesgos asociados a determinados trastornos. Además, estas conductas se pueden clasificar en dos grandes grupos:

1) Determinantes sociales:

Entre ellos encontramos los comportamientos de salud aprendidos en el contexto familiar, acompañados por los valores culturales y socioeconómicos que influyen en los individuos de acuerdo a su grupo de iguales.

2) Determinantes personales o individuales:

Son la autopercepción o interpretación de los síntomas que dependen de las expectativas del sujeto sobre sus consecuencias, de experiencias anteriores con la enfermedad, de su conducta sanitaria y posiblemente de factores como la personalidad, aptitudes y motivaciones.

Estas dos categorías son las que permiten que sucedan o no, los factores de riesgo que se agrupan según Buceta (1990 en Latorre P., y Beneit, 1992) en:

1. Conductas habituales: por exceso o defecto.
2. Alteraciones de la salud: como la hipertensión (que entre otras cosas son causadas por los hábitos conductuales).
3. Carcinógenos ambientales: que son relacionados en parte con los comportamientos señalados en el primer grupo, o con otras conductas.
4. Elevados niveles de estrés (que los incluiremos en el segundo grupo).

Entendiendo esto, los factores de riesgo asociados a las enfermedades coronarias los especificaremos y mencionaremos más adelante ya que es necesario que conozcamos algunos paradigmas de salud que nos explican como es que se comportan dichos factores.

Modelo Biomédico. Es uno de los primeros modelos que pretendían explicar las causas de las enfermedades y está caracterizado por las corrientes filosóficas materialista y reduccionista que indican las personas pueden examinar, explicar y alterar con un examen de sus partes constituyentes usando los principios de anatomía, fisiología, química y física.

Así en este paradigma las personas son organismos biológicos y la enfermedad es causada por eventos físicos o químicos cuyo tratamiento incluye agentes similares que neutralicen y corrijan esa disrupción. Históricamente apareció con el animismo donde la salud y la enfermedad fueron atribuidas a fuerzas no materiales, tiempo después el cristianismo, enfatizó la naturaleza espiritual de los individuos y el tratamiento de una enfermedad consistía en una intervención espiritual, hasta que en Europa por los siglos XII y XIII apareció el materialismo que promovió los conocimientos científicos y con él Descartes promoviendo que las personas constamos de dos partes y desde entonces el dualismo es evidente en el lenguaje médico, ya que se habla de enfermedades con bases biológicas o reales y problemas no identificados como biológicos o irreales (Snyder, 1989).

Modelo Médico de Salud. Junto al anterior, en este paradigma el paciente no tiene la responsabilidad de conocer el origen o solución de su problema, pero sí de buscar ayuda y seguir las indicaciones del médico. Paradigma que se centra en el desarrollo y efectividad de la intervención para las enfermedades crónicas. Su historia es difícil de documentar; sin embargo, podemos decir que se utilizó el oráculo para designar la parte responsable de las enfermedades, completándolo con los rituales que corregían el problema. Hasta que aparecieron los desarrollos científicos y técnicos en medicina que trajeron tratamientos y prácticas de salud (Snyder, 1989)

Posteriormente, surgieron dos modelos alternativos que son mencionados también por Snyder (1989):

Paradigma de Sistemas. Alternativa al modelo biomédico y dice que las variables que influyen en la salud son psicosociales, conductuales, biológicas, bioquímicas y físicas; factores relacionados por lo que si uno de ellos sufre un cambio los demás también se alteran. Considerando así al ser humano como un sistema complejo y por ello, no pasivo a recibir estímulos ambientales de igual importancia.

Por ello la salud y la enfermedad reflejan la habilidad de adaptación del individuo.

Modelo Compensatorio de la Salud. Este sustituye al modelo médico de salud y sugiere una relación de salud basada en una atribución de responsabilidad para el paciente. Así la persona es responsable de su problema que es resultado de diversos factores cuya solución necesita de un monitoreo y de ser disciplinado, por ello hay una relación entre salud, conducta y ambiente.

Recientemente surgieron otros modelos que incluyen a los anteriores y son más específicos, por ejemplo:

Modelo de Creencias de Salud. Explica porque las personas practican ciertas conductas de salud, fue propuesto por Rosenstock (1966; en Latorre y Beneit, 1992) y postula que una conducta de salud es el resultado directo de la intención comportamental que depende a su vez de dos tipos de factores:

1. Las actitudes de la acción específica, caracterizadas por las creencias respecto al resultado más probable de la conducta y por la evaluación final de esas consecuencias del comportamiento.
2. Las normas subjetivas, que incluyen las creencias de las personas sobre lo que los demás piensan de la conducta y la motivación general que posee el individuo para actuar conforme a tales normas.

Ahora podemos retomar los factores de riesgo específicamente para las enfermedades coronarias. Para Matthews y cols., (1986) diversos estudios epidemiológicos han revelado las variaciones de la mayor prevalencia o incidencia de las enfermedades cardiovasculares, en diferentes grupos de poblaciones o en grupos de individuos que han definido las características demográficas centrales. Indicando además que las variables que han sido tomadas como importantes incluyen la edad, raza, genero, estado marital y factores socioeconómicos como el nivel de educación, ocupación, el lugar de residencia, movilidad social e ingresos.

Atendiendo a esas variables porque las características demográficas y los miembros de la población pueden servir para marcar el proceso que determina dichos problemas. Por ello, Bayes de la Luna y Guindo (1990) y Snyder (1989) indican que las enfermedades

cardiovasculares como cardiopatías isquémicas y la muerte súbita incrementan en personas mayores; explicando por ejemplo que la aterosclerosis es un problema de personas con mayor edad y que esto facilita la aparición de los problemas coronarios; sin embargo, en un estudio con niños y adolescentes se han observado factores de riesgo físicos y psicológicos de las enfermedades cardíacas coronarias, como son: presión sanguínea elevada, nivel de lípidos, etc., hipotetizándose que son los futuros candidatos a sufrir problemas coronarios porque ellos seguirían siendo obesos o continuarían con ciertos hábitos conductuales que los predisponen.

De hecho, Glueck (1986; en Houston, Kent y Snyder, 1988) indicó que en recientes autopsias realizadas en jóvenes de 18 años hay una relación positiva entre el nivel del colesterol y la enfermedad de la arteria coronaria; de igual manera, dichos autores citan a Newman y cols. (1986) para indicar que los patrones conductuales (fumar, hábitos alimenticios con altos niveles de colesterol, estrés, entre otros) son factores de riesgo de las enfermedades coronarias iniciados de niños y que se continúan cuando adultos.

Otros autores convienen en que los hombres más frecuentemente y fácilmente desarrollan las enfermedades coronarias, pero en algunos casos las mujeres que tienen mayor predisposición a estos problemas son las posmenopáusicas o que toman anticonceptivos (Bayes de la Luna y Guindo, 1990 y Snyder, 1989); de hecho en algunos estudios se observó que la concentración de la mortalidad en los viejos correlaciona con el sexo femenino, se puede considerar que el desplazamiento de la mayor proporción de defunciones a edades mayores esté relacionada con aspectos biológicos propios del sexo femenino; por ejemplo, la protección asociada con los estrógenos, aunque se considera factor de riesgo cuando se presenta la menopausia o las terapias con estrógenos. Por el contrario las mujeres que toman anticonceptivos orales tienen mayor riesgo de presentar tromboembolia, accidente vascular cerebral e infarto al miocardio, así como su interacción con la edad; también se dice que la mortalidad y morbilidad después de un infarto al miocardio son mayores en mujeres que en hombres, incluso las primeras pueden sufrir un reinfarto o morir en menos de un año, además es menor el acceso de las mujeres para un buen diagnóstico temprano de enfermedad coronaria;

aunque hay algunos estudios que indican que no hay diferencias entre sexos (Brezinka V. Y Kittel F., 1996 y Lozano-Ascencio R., 1990). De igual manera, en un estudio que evaluó la CTA en adolescentes, se indica que hay diferencias entre hombres y mujeres en cada uno de los factores evaluados: tensión y represión en los cuales las mujeres presentan mayor tendencia a manifestar CTA. Por el contrario, los hombres puntúan alto en ambición, actividad y ausencia de presión, posiblemente estas diferencias están marcadas por los procesos de socialización aunque no se destaca que puedan ser ocasionados por condicionantes genéticos (Romero y León, 1989). De esta manera, la diferencia de la reactividad cardiovascular entre hombres y mujeres con respecto a la CTA o conducta tipo B (CTB) fue explicada por las expectativas del rol sexual de la mujer que fue considerado en la ejecución de la situación experimental. Específicamente, se han sugerido diferencias en la CTA y CTB en respuestas cardiovasculares; en mujeres, tales hallazgos son poco creíbles, porque las mujeres fueron evaluadas en situaciones experimentales que no son congruente con las expectativas de su rol sexual por ejemplo, trabajo manual con dificultad, tareas estresantes cognitivas o fisiológicas y no se experimentó con situaciones en las que pueden tener una mejor ejecución, tales como las tareas de buena interacción verbal (Matthews y cols., 1986).

En otro estudio se utilizó la Escala Tipo A de Framingham en mujeres de 45 a 64 años de edad para detectar la CTA y hacer un seguimiento de 14 años para observar si había un desarrollo de la enfermedad cardíaca coronaria y se encontró que las mujeres clasificadas como tipo A mostraron mayor incidencia en el desarrollo de la enfermedad coronaria que las tipo B: de las mujeres tipo A el 12.3% desarrollaron la enfermedad cardíaca coronaria, el 17.1% mostraron alguna manifestación que no fue acompañada de angina de pecho en los dos primeros años; y el 5.4% no experimentaron problemas coronarios. Además fue mayor la incidencia de la enfermedad coronaria entre aquellas cuya edad fluctúa entre los 55 y 64 años y que además trabajan fuera del hogar (Houston, Kent y Snyder, 1988).

Sin embargo, en algunos estudios de la CTA y la reactividad que se han realizado con mujeres han tenido resultados inconsistentes (Lawler, Schmied y cols., 1984; MacDougall y

cols., 1981; Anderson y cols., 1986; en Houston y cols., 1988). De hecho, algunas de las diferencias que han sido encontradas en las mujeres tipo A y tipo B evaluadas con una entrevista estructurada son en respuestas verbales; pero no se encontró relación con la reactividad en tareas de laboratorio tan significativas como en hombres, reiterándose lo que ya ha sido sugerido de que las expectativas del rol sexual pueden ayudar a explicar estos resultados; porque para algunas mujeres es cierto que ellas pueden realizar adecuadamente tareas cognitivas y motoras de dificultad, pero en uno de estos estudios las mujeres tipo A percibían que la probabilidad de fracaso para esas tareas era completamente alta y no respondían a ellas tan rigurosamente como las tipo B; por lo tanto, no había diferencias en las respuestas fisiológicas, aunque en las situaciones verbales apareció más el rol sexual apropiado para las mujeres y las tipo A fueron más comprometidas y sí había diferencias en la respuesta fisiológica.

Por otro lado, en la aparición de la enfermedad cardíaca coronaria la herencia es una predisposición multifactorial que se relaciona con el aprendizaje conductual, CTA, dieta, ejercicio de los padres, hábitos de salud y otros factores (Bayes de la Luna y Guindo, 1990 y Snyder, 1989).

De igual manera, se ha investigado la raza como un factor para las enfermedades cardíacas coronarias, que se asocia principalmente a las sociedades occidentales porque llevan un ritmo de vida sedentario, estresante, con dieta alta en grasas, etc. (Snyder, 1989). Por ello, hay un gran número de investigaciones que examinan este factor en muestras de blancos (Bedeian, Mossholder y Todiatos, 1990; Dearbur y Hastings, 1987; Haynes, Levine, Scotch, Feinleib y Kanner, 1978; Kelly y Houston, 1985; Mattheson, Ivancevich y Smith, 1984; en Gamble G., y Matteson M., 1992).

Por su parte, la dieta es un factor riesgo en el que incluiremos los hábitos alimenticios o de consumo que incrementan el riesgo de enfermedades cardiovasculares como son: una dieta alta en grasa, dado que se asocia el colesterol en la sangre y el desarrollo de la aterosclerosis. Principalmente con grasas saturadas (la animal), ya que el tipo de colesterol afectante es el que tiene una alta densidad de lipoproteínas. Muchas de las personas con este tipo de hábitos

alimenticios son obesas y tienen un riesgo de 30% a 40% mayor de lo normal. Contribuyendo a esto la hipertensión ya que es un nexo entre la obesidad y cardiopatías (Bayes de la Luna y Guindo, 1990; Hust 1986, y Snyder, 1989).

Posner, Leéis, Leitner y Lester (1994), citan a Guirdano y Everly para indicar que una buena nutrición contribuye a una vida saludable y una mala nutrición contribuye al estrés. Sugiriendo que la cafeína, azúcar y sal en exceso son fuertes estresores, y que la nicotina (en cigarros) da énfasis a la respuesta de estrés. Por ello, estos autores realizaron una investigación en la que analizan esta relación de la dieta inadecuada con el estrés concluyendo que los malos hábitos (en exceso o escasez) alimenticios y el consumo del cigarro son asociados con altos grados de estrés subjetivo, CTA, presión del tiempo, aburrimiento/soledad y ansiedad. Shampiro, Lane y Henry, y Falkner y Light (en Shampiro y Baum, 1991) investigaron que los hábitos de nuestra dieta, por ejemplo el incremento en sodio y potasio provoca una elevación de la presión sanguínea (reactividad) que facilita la creación de la enfermedad cardíaca coronaria.

Varios estudios han relacionado los niveles de plasma de cortisol con aterosclerosis coronaria, ya que este tiene efectos directos en el metabolismo del colesterol; lo que determina la interacción de los procesos metabólicos de los lípidos; principalmente si hay otros factores como la presión sanguínea elevada, la edad y los hábitos de consumo del cigarro.

Según Bayes de la Luna A., y Guindo J. (1990) el tabaquismo es un factor de riesgo dado que ocasiona incremento en la adhesividad plaquetaria, mayor irritabilidad miocárdica, taquicardización, descenso del umbral de fibrilación, tensión arterial, menor transporte de oxígeno, etc. Otro factor es el consumo del alcohol, del cual las primeras investigaciones realizadas sobre sus efectos en las respuestas cardiovasculares indicaban que aparecían arritmias paroxísticas y desencadenamiento de insuficiencia cardíaca congestiva, en pacientes cardíacos, así como un incremento de la angina de pecho. Sin embargo, estudios recientes sugieren que se pueden producir alteraciones cardíacas en personas que no presentan cardiopatías. Porque el 50% de los alcohólicos asintomáticos presentan una modesta hipertrofia

ventricular izquierda. Asimismo se ha comprobado una disminución del índice de contractilidad (Hust, 1986). También el uso excesivo de la cafeína provoca un estado de alerta seguido por fatiga y ha sido relacionado como facilitador de la CTA. Lane (1984, en Matthews y cols., 1986) exploró la interacción de la cafeína y el estrés con extensos rangos cardiovasculares, en mujeres jóvenes que fueron evaluadas con el Inventario de Actividad de Jenkins y su historia familiar de hipertensión, encontrando que los efectos de la cafeína fueron la elevación de la presión sanguínea diastólica y sistólica; pero no se encontró relación con la CTA. Aunque en otros estudios sí se ha encontrado dicha relación.

El ejercicio físico es un factor que reduce o incrementa el riesgo de un padecimiento coronario ya que el ejercicio físico regular y un alto nivel de energía gastado reducen el riesgo de la enfermedad; aunque el ejercicio inapropiado puede ser un riesgo (Snyder, 1989).

Aunque, en México no se conoce con profundidad ni la prevalencia ni la tendencia de los factores de riesgo para la cardiopatía isquémica a escala nacional; en una muestra de 2 500 trabajadores mayores de 25 años, se observó hipertensión arterial en el 14.2%, hipercolesterolemia en el 13.4%, obesidad en el 5.1% y tabaquismo en el 17.5%. En otro estudio entre 1987 y 1989, se observó que los valores promedio de colesterol total sérico en los hombres, rebasan el nivel deseable desde los 30 años, mientras que las mujeres es a partir de la década de los 40 años, lo cual va de acuerdo con el retardo aproximado de 10 años en la aparición de las complicaciones clínicas de la cardiopatía isquémica en la mujer con respecto al hombre. La prevalencia observada para hipercolesterolemia fue de 23.4% en hombres y 16.2% en mujeres; para el tabaquismo de 18.9% y 14.3% y para la hipertensión arterial de 11.2% y 10.7%.

Por su parte, el patrón de conducta tipo A es otro factor de riesgo, pero al rededor de él hay una gran controversia tanto en su definición, evaluación e incluso en su estatus de factor de riesgo para cardiopatías isquémicas; sin embargo, como Phil Evans (1995) explica que es sorprendente que en 1981 un grupo de científicos norteamericanos reunidos por el National Heart Lung y Blood Institute ha propuesto que la Conducta tipo A se incluya a la lista oficial

de factores de riesgo tradicionales, como los altos niveles de colesterol, presión sanguínea, etc.; como se mencionó en el primer capítulo, que la personalidad tipo A tiene ciertas características (hostilidad, agresión, competencia, etc.), las cuales ahora se retoman para conocer porque son un factor de riesgo.

La hostilidad, ira o agresión son tres conceptos que han sido interrelacionados en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. Sin embargo, la definición de cada uno de ellos es ambigua y heterogénea, pero Matthews y cols., (1986) mencionan que la agresión es la conducta realizada para dañar a las personas u objetos; que la ira es un estado emocional involucrando desagrado pasando de una ligera irritación a la rabia que se acompaña por el impulso de causar un daño y finalmente la hostilidad es la actitud negativa semejante a la agresión e ira.

Al respecto se han realizado estudios por Harburg (1962; en Matthews y cols., 1986) quien examinó a mujeres en una prueba de fuerte presión, la relación entre los autoreportes de hostilidad y reactividad. Muchos otros estudios han evaluado los rangos de hostilidad derivados de la evaluación de la conducta tipo A por medio de una entrevista estructurada en individuos que se han relacionado con la reactividad cardiovascular; entre los cuales están los de Dembroski, MacDougal y cols., (en Matthews y cols., 1986) que han relacionado rangos de hostilidad con la reactividad cardiovascular; encontrando que mayor presión sanguínea sistólica y razón cardiaca en tareas experimentales se asociaron a pacientes con problemas de hostilidad; además se clasificaron las respuestas hostiles identificadas en la entrevista, que se referían a los “rangos clínicos” o a la “hostilidad potencial” centrándose en el estilo de la voz (malhumorado, condescendiente o complaciente) y en el contexto.

De igual manera Matthews y cols., (1986) indicaron que entre los problemas emocionales que se correlacionan con el estrés están la ansiedad y la depresión, por lo que se menciona que diversos estudios relacionan los escenarios sociales con trastornos crónicos, de angina de pecho y con un incremento en los niveles de aterosclerosis. De hecho, en un estudio con monos Manuck, Kaplan y Clarkson (en Matthews y cols., 1986) relacionaron la razón

cardíaca ante su captura, manejo físico, conducta agresiva y aterosclerosis coronaria, encontrando que los monos con alta tasa cardíaca se relacionaron más con conducta agresiva y en su autopsia se encontró más extensiva la aterosclerosis coronaria.

Por otro lado, la competitividad es un componente de la CTA y ha sido más estudiado con la reactividad cardiovascular; por ejemplo, Dembroski y MacDougal (en Matthews y cols., 1986) encontraron una significativa correlación entre la reactividad cardiovascular y la competitividad verbal en estudiantes de sexo masculino. Contrastando en un segundo estudio con mujeres no se encontró una significativa correlación como tampoco en el caso de los sujetos adultos masculinos; en todo caso si hay una relación entre las mujeres aunque no se sabe exactamente como es. Así mismo Snyder (1989) asoció las respuestas fisiológicas con la hostilidad, competitividad y estilo de vida acelerado como factores de la aterosclerosis coronaria e indicó que si se modifica la CTA es posible reducir el riesgo coronario. Además muchas veces este factor de la competitividad, está asociado a la movilidad social.

Phil Evans (1995), agrega que dos grandes estudios prospectivos, el Western Collaborative Group Study WCGS (Rosenman et. al., 1975) y en Massachusetts el Framingham Study (Haynes, Feinleib y Kannel, 1980) mostraron que el patrón de conducta tipo A es un fuerte predictor de las enfermedades coronarias; pero a mitad de los 80's surgen al parecer hallazgos contradictorios, en estudios con grupos de alto riesgo y en los que han hecho un seguimiento de individuos que habían sufrido un infarto al miocardio. Un ejemplo de este tipo de estudios es el de Ragland y Brand (1988; en Phil Evans, 1995). Por las características metodológicas de los estudios que encontraron resultados negativos no se puede decir que la conducta tipo A no es un predictor de riesgo. Pero lo que es seguro, es que hay componentes de dicho factor que son más dañinos que otros como se observó en las investigaciones que se han mencionado en este capítulo.

Al respecto (Prince, 1982 y Glass, 1977; en Phil Evans, 1995) dicen que en las intervenciones para personas con este patrón se deben abordar la autoestima y el autocontrol.

Según Snyder J. (1989) el estrés es otro factor asociado a la enfermedad cardiovascular

y ha sido definido como:

a) Evento ambiental: ya que impone una demanda al individuo que requiere además de los recursos disponibles, de una respuesta inusual. Estableciéndose en la demanda del evento antes que en la persona. Además numerosos estudios que siguen esta perspectiva indican que hay una relación entre estrés y problemas de salud como: muerte cardíaca, ataque al corazón, tuberculosis; porque la respuesta de estrés depende de los recursos disponibles de la persona para afrontar ese evento.

b) Una respuesta biológica: que consiste en cambios no específicos (en términos de las causas y efectos) dentro del sistema biológico, en los cuales algún evento que requiere adaptación puede ser un disparador de las respuestas fisiológicas que caracterizan el estrés.

c) Fenómeno cognitivo-conductual: ya que es la transacción entre la persona y el ambiente en el que el individuo evalúa el evento ambiental como amenazante y se ve forzado a utilizar sus recursos adaptativos (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkma, 1984; en Snyder, 1989). Además el estrés no es solo el evento, la persona o la respuesta; sino que hay dos procesos centrales: 1.- la valoración cognitiva o evaluación de los procesos por los cuales determina una persona si un evento es amenazante y 2.- el hacer frente, refiriéndose a la conducta de la persona, las emociones y cogniciones ante el evento. Un evento es estresante si la persona piensa que no puede hacerle frente.

Definiciones que en conjunto nos dan una mejor idea de lo que es el estrés. Además ninguna puede ser excluida ya que nuestro sistema cardiovascular es sensible a nuestra evaluación y respuesta al ambiente; así el estrés incrementa la tasa cardíaca, el corazón bombea más sangre aumentando la presión sanguínea, el miocardio necesita más oxígeno y con esto puede haber una total o parcial oclusión de una o más arterias coronarias. Entonces un estrés agudo puede precipitar la angina de pecho o un ataque cardíaco y si es crónico el riesgo de la enfermedad cardíaca coronaria se incrementa.

De esta manera, situaciones como insatisfacción laboral, sensación de sobrecarga en el trabajo, cambios en la ocupación o residencia, así como discrepancias en la familia de origen,

pérdida de la gente significativa, roles, etc. pueden favorecer un problema de la arteria coronaria (Snyder, 1989). De hecho, para Matthews y cols. (1986) y Hust (1986) hay reacciones fisiológicas que involucran una excesiva tasa cardíaca o respuestas conductuales promotoras de lesión arterial, porque los niveles de circulación de las catecolaminas o corticoides en las arterias coronarias, se incrementan favoreciendo la agregación plaquetaria (aterogénesis coronaria); por lo que indican que el estrés agudo favorece lentamente el comienzo de la fibrilación ventricular y con ello arritmias o muerte súbita cardíaca. Así citan a Walter Cannon y a Snyder quienes demostraron respectivamente que el sistema nervioso simpático realiza una descarga masiva (la respuesta de lucha-huida) acompañada de estados conductuales como miedo e ira, y en estudios de animales se encontró una generalización de estímulos nocivos; esto es, que los estresores producen tres estados: respuesta adrenal cortical seguida por el síndrome de adaptación, que da lugar a una respuesta diferente de acuerdo a cada individuo ante los estímulos estresantes o nocivos.

Cannon (1927; en Snyder, 1989) fue el primero que descubrió una reacción fisiológica de una respuesta de lucha o huida ante una amenaza y notó que el individuo presenta un patrón estereotipado de esos cambios; un incremento en la medida del corazón, en la presión sanguínea y la respiración. Pero en 1956, Selye observó la generalización de las respuestas fisiológicas cuando un organismo es expuesto a estímulos nocivos: comer llenándose demasiado, altas temperaturas o tóxicos. Llamó a estas respuestas el síndrome de adaptación general (SAG), refiriéndose así a la actividad neuronal y endocrina que permite al organismo resistir estímulos fisiológicos nocivos. Además, es dividido en tres fases: alarma, resistencia y escape; en la primera hay una actividad inicial para tomar una respuesta de lucha o huida, la resistencia es la secreción hormonal que protege al organismo para que no se dañen el aparato circulatorio, respiratorio y el inmunológico y si el estímulo no es controlado hay un escape. Esto último depende de los factores psicológicos, como lo indican Mason, Lazarus, Frankenhaeuser y otros (en Matthews y cols. , 1986); por lo cual, cuando los estresores físicos no son interpretados o vividos como dañinos, amenazantes o nocivos, ello puede producir pequeñas respuestas

fisiológicas. Además de que los estresores específicos producen un patrón de respuestas específico.

En algunas investigaciones con animales se analizan los mecanismos excitatorios del estrés cuando hay confrontaciones entre varios miembros del grupo social en la lucha por el alimento, territorio y pareja sexual. También han conseguido que los perros entrenados sean capaces de disminuir su flujo sanguíneo coronario sin que se altere su hemodinámica sistémica, lo que demuestra que la circulación coronaria puede ser controlada de forma independiente a través del sistema nervioso central en situaciones de conducta estresante. Por lo cual, puede suponerse que tanto en hombres como en animales los factores psicosociales (ansiedad, depresión, trastornos psico-sociológicos, fatiga, labilidad emocional, además de otras variables como la sobrecarga del trabajo, las insatisfacciones, las situaciones conflictivas crónicas, la movilidad social, la emigración, y cierto número de acontecimientos que modifican la trayectoria vital) están estrechamente implicados en la sobre estimulación mantenida e intensa del sistema nervioso central presentando una asociación positiva más consistente con el riesgo de coronariopatía.

Aun cuando se conoce poco acerca de los factores psicosociales de las enfermedades coronarias, el bajo estatus socioeconómico ha sido reportado como factor de riesgo en enfermedad cardíaca coronaria principalmente en mujeres. Porque el bajo estatus socioeconómico del esposo de una mujer o de ella misma ha sido asociado como un factor de riesgo para enfermedad cardíaca coronaria. Además en hombres y en mujeres, la baja clase social y el bajo nivel educativo es asociado particularmente con el estilo de vida precoronario junto con el fumar, el incremento de estrés, un alto contenido de azúcar, grasas saturadas y menor ejercicio (Brezinka y Kittel, 1996). De hecho Gamble y Michael (1992) investigaron la conducta tipo A relacionada con la satisfacción en el trabajo y el estrés en profesionales negros (hombres y mujeres), retomando que no hay correlaciones significativas entre conducta tipo A (CTA), edad, sexo y satisfacción en el trabajo; aunque sí las encontraron en relación con la tensión y el estrés; sin embargo, entre las diferencias que se encontraron con respecto al

factor sexo destaca que los hombres reportaron más alto en satisfacción general y superación que las mujeres.

Pero el rol de conducta tipo A en la expresión de ira, depresión y otras dificultades de salud se ha mantenido poco explorado. Además la relación entre el rol de la identidad sexual y el tipo de patrón conductual, y la función de la salud mental y el counseling ha sido ignorada. Por ello, Kopper (1993) examinó la relación entre género, rol de la identidad sexual y patrón de conducta tipo A en múltiples dimensiones de expresión de ira y en función de la salud mental encontrando que no había diferencias de género en depresión pero que las mujeres obtuvieron altos récords en hostilidad indirecta, irritabilidad y dependencia y los hombres obtuvieron altos riesgos en agresión y ataque.

En muchas sociedades occidentales la mujer tiene un nuevo rol para complementar los anteriores de esposa y madre: el rol de empleada asalariada. La mortalidad y morbilidad son asociados a la combinación del trabajo y la vida en familia y esto ha sido centro de investigación intensiva en los Estados Unidos e Inglaterra, pero no es claro si esos efectos son en detrimento o benéficos. Porque los resultados de los estudios empíricos son contradictorios ya que hay diversas variables como la edad de los hijos, el tiempo completo o medio tiempo de trabajo, etc. Y aun así se puede sugerir una relación entre el incremento de la participación en la fuerza de trabajo y complicaciones en la salud y mortalidad. Por ello, se han formado dos hipótesis que predicen las consecuencias en la salud de las mujeres que toman un rol de empleada combinado con el rol marital y el maternal. La primera es la hipótesis del rol múltiple: que expresa la combinación de los roles de la mujer y el empleo remunerado tienen efectos dañinos en su salud porque en el rol tradicional del hogar la mujer tiene como responsabilidades primarias el cuidado de sus hijos y el trabajo en el hogar, pero en las sociedades industrializadas la situación cambia dado que las mujeres se incluyen a la fuerza laboral del trabajo remunerado y esto puede ocasionar un conflicto o rol de sobrecarga, agotamiento o del esfuerzo, esto es, las mujeres sufren de cansancio o agotamiento hasta llegar a la enfermedad y mortalidad. Este último rol fue definido por Goode cuando indicó que las mujeres perciben como difícil desempeñar todas

las obligaciones que exige su rol sin embargo, en este debate hay una hipótesis de congruencia que asume que todos los efectos peligrosos de tomar un rol múltiple son relacionados con el trabajo y la adopción de patrones de conducta masculinos; por lo cual, se asocia a la hipótesis anterior que indica que el conflicto es entre los roles de la familia, del trabajo y de sobrecarga (Pekka Martikainen, 1995).

Lawrence J. (1996) indica que Karasek (1981) elaboró una hipótesis de “esfuerzo en el trabajo” y cito dos estudios: el primero de Johnson y cols. (1996) que indica como posibles causas de enfermedades coronarias a la ocupación y sus enfermedades psicológicas, el control del proceso de trabajo por el empleado y el soporte social que da el trabajador; el otro estudio realizado con anterioridad por Hlatky y cols. (1995) quienes reportaron resultados contradictorios no sosteniendo un rol causal de los factores psicosociales. Aunque ambos estudios examinaron la hipótesis de que el lugar de trabajo tiene altas demandas psicológicas en los trabajadores y les da un bajo control sobre los procesos de trabajo lo cual es casualmente relacionado en particular con arteriosclerosis. Sin embargo, los resultados en ambos estudios no son un gran conflicto porque se encontró que las demandas psicológicas fueron altas en no afectación, es decir, los sujetos control en el estudio de Johnson obtuvieron ($p=.026$) y en el de Hlatky ($p=.0001$). Entonces muestran que la hipótesis de combinación de altas demandas psicológicas y bajo control (alto esfuerzo en el trabajo) fueron asociadas con elevados riesgos de enfermedad y confirman la hipótesis de trabajo, pero incluyeron el rol de alto nivel de soporte social en el sitio de trabajo.

Pero para Sieber las investigaciones y teorías han descuidado los posibles beneficios del rol múltiple, por lo cual, discute cuatro resultados positivos de lo que se puede llamar la hipótesis del rol de acumulación y son: los privilegios, el estatus de seguridad general, los recursos económicos y el enriquecimiento personal o gratificación. Entonces, para esta hipótesis la mujer puede tener mejor salud y larga mortalidad por tomar el rol adicional de empleada ya que este le proporciona independencia financiera del hombre, porque el empleo puede servir como un aventura, para crear el soporte social de los lazos fuera de casa y del esposo, además incrementa

su auto-estima y tolerancia al fracaso (recursos de afrontamiento y de resistencia) y estilos de vida saludables (Pekka Martikainen, 1995).

Además el empleo ha sido una variable poco estudiada en relación con la enfermedad cardíaca coronaria en mujeres, según lo que dicen Brezinka y Kittel (1996), pero una comparación de 576 mujeres empleadas y 465 amas de casa de tiempo completo no se encontraron diferencias significativas en los factores de riesgo estándar como el consumo del cigarro, presión sanguínea, obesidad y altos niveles de colesterol. Sin embargo, las mujeres trabajadoras tienen niveles significativamente más altos de colesterol de alta densidad y en una investigación de los hábitos de dieta se reveló que las mujeres empleadas tienen una dieta menos aterogénica que las amas de casa. Aunque las mujeres de todos los niveles ocupacionales fueron protegidas relativamente en contra de ECC a diferencia de las amas de casa, aunque se encontró más efecto protector en las profesionales o en las de ocupación o dirección que en otras ocupaciones. Resultados similares fueron encontrados en otra investigación, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas; sin embargo, las mujeres trabajadoras con niños tienen una responsabilidad dual: trabajo y casa con lo cual pueden tener una sensación de ira y frustración porque a ellas les falta control sobre sus vidas, además ese doble rol puede incrementar la incidencia de la enfermedad cardíaca coronaria. Incluso Waldrón y Jacobs (en Pekka Martikainen, 1995) realizaron un estudio longitudinal en los Estados Unidos de 1977 a 1982 controlando la edad, educación, raza y salud en mujeres blancas con rol múltiple; con lo cual reportaron que la participación de la fuerza laboral tiene posibles efectos benéficos en la salud de las mujeres que trabajan principalmente en oficinas.

Además, North y cols. (1996; en Lawrence J., 1996) examinaron la relación entre el ambiente de trabajo psico-social y la ausencia de la enfermedad coronaria en una muestra de 6 000 hombres y 3 000 mujeres con el objeto de evaluar el control de trabajo y las demandas las cuales fueron prospectivamente relacionadas con ausencia de enfermedad. Esto es interesante porque incluye a hombres y mujeres, enfocándose en el sector no industrial de la economía y dirigió las demandas de salud que son relacionadas con la productividad sosteniendo que los

efectos del beneficio potencial incrementan los niveles de control de todos los empleados.

La evidencia empírica de los efectos del rol múltiple en la mortalidad es escasa, sin embargo, en un estudio de Kotler y Wingard (en Pekka Martinkainen, 1995) se analizó la mortalidad de los hombres y mujeres de 35-64 años de edad encontrándose principalmente que la relación entre maternidad y mortalidad de mujeres trabajadoras fue poco significativa pero que en las madres de más de cuatro niños fue mayor.

En algunos estudios se han encontrado diferencias en reactividad fisiológica en los sujetos tipo A y tipo B durante varias tareas difíciles que involucran la presión del tiempo y competencia. Estas importantes diferencias psicológicas se han encontrado en procedimientos estresantes de laboratorio, pero no son las mismas en situaciones estresantes que son percibidas como cambios no relevantes (Smith, Houston y Zurawski, 1985; Glass y Contrada, 1983; en Houston y cols., 1988). Esto explica que las diferencias no se dan por la complejidad de la respuesta de acuerdo a la naturaleza del estresor sino que están fuertemente influenciadas por las características individuales que se relacionan con la tasa cardíaca y los niveles de presión sanguínea, que incluye la edad, sexo, peso, nivel de condicionamiento físico, fatiga, cantidad de sueño, dieta, y muchas otras dimensiones fisiológicas y emocionales.

Por otro lado, la hipertensión a decir de Matthews y cols. (1986) y Snyder (1989) contribuye a la presencia de numerosas enfermedades cardiovasculares, principalmente en países industrializados; sin embargo, hay algunos estudios que indican que individuos hipertensos tienen dificultad para expresar sus sensaciones, especialmente las de ira y hostilidad. Por lo tanto, Alexander (en Matthews y cols, 1986) inició una hipótesis de que “los impulsos agresivos son inhibidos dando lugar a un riesgo de hipertensión” y muchos estudios indican una relación entre la presión sanguínea elevada y ciertos tipos de agresión como la hostilidad pasiva, la ira interiorizada y el poder inhibir las motivaciones aunque recientemente los investigadores sugieren que la elevada presión sanguínea es asociada en algunos individuos con inapropiada sumisión y en otros con una inapropiada asertividad.

De tal manera, que los cambios de la presión sanguínea son asociados con el patrón de

conducta precoronaria o CTA, la historia familiar de hipertensión, el grado de hipertensión, sexo masculino y raza negra, y los estudios que se han realizado con respecto a esto han encontrado que hay mayor proporción en el incremento de la reactividad en CTA que en las personas tipo B; además algunos de los aspectos asociados con la personalidad tipo A están asociados a las enfermedades cardíacas coronarias (ejemplo, hostilidad) que otros (Matthews y cols., 1986). También se ha comprobado que el sistema nervioso implicado en los casos de hipertensión es específicamente el sistema nervioso central. Sin embargo, como se puede observar cuando se combinan los factores de riesgo se puede acelerar el proceso de una enfermedad coronaria y precipitar un evento clínico, porque están asociados a los procesos fisiológicos que suceden en el sistema nervioso central y sistema nervioso autónomo y la actividad mecánica y neuroendocrina. Entonces una cardiopatía isquémica es un problema de las arterias cardíacas coronarias caracterizado por una total o parcial reducción de la cantidad de sangre que llega al corazón causada por factores como los hábitos de salud individuales (actividad física, dieta alta en grasas, el consumo excesivo de alcohol, cigarro, cafeína, entre otros), la edad, el sexo, el estrés, ira, agresión, ansiedad, etc., y tienen como principales consecuencias la angina de pecho, el infarto al miocardio o inclusive la muerte súbita. Dada su importancia por el hecho de ser desencadenante de problemas de salud irreversibles ha sido ampliamente estudiada y en el aspecto psicológico un claro ejemplo de ello son las investigaciones realizadas sobre el patrón de CTA con ese padecimiento. Por lo tanto, para conocer a futuros candidatos de los problemas coronarios se han elaborado instrumentos psicológicos que miden dicho patrón conductual, de los cuales hablaremos en el siguiente capítulo.

Capítulo 3 ***Métodos de evaluación de la Conducta Tipo A y el Inventario de actividad de Jenkins.***

La primera evaluación de la conducta tipo A (CTA) que se conoce es la entrevista estructurada desarrollada por Rosenman (1978, en Houston y cols., 1988) en el Western Collaborative Group Study (WCGS). Durante varios años se analizaron los ítems que eran más aptos para estimar la CTA, seleccionados de una gran cantidad de preguntas que originalmente habían sido elaboradas para apreciar los componentes conductuales de dicho patrón.

La evaluación de las conductas durante la entrevista se basaba en el contenido de las respuestas a cada pregunta, dándose mayor importancia a los estilos de voz y a la observación psicomotora de las conductas exhibidas. Durante la administración de la entrevista estructurada se observó que los sujetos tipo A respondían a los cambios situacionales más que los tipo B por lo cual se fue modificando el procedimiento de aplicación, se incorporaron espontáneas interrupciones mientras los sujetos respondían y algunas preguntas que a propósito fueron designadas estímulos medioambientales estresores. Además el tiempo de entrevista requería 15 minutos por lo cual fue necesario contar con entrevistadores bien entrenados (Hust, 1986 y Houston y cols, 1988).

Entre algunos estudios en los que se utilizó este instrumento para evaluar la conducta tipo A tenemos los siguientes:

La entrevista estructurada se utilizó en Francia y Bélgica (1978), en Alemania y Checoslovaquia (1979), en China (1983); con resultados similares en su efectividad para discriminar a los sujetos tipo A y tipo B y se han desarrollado versiones para usarse en mujeres, estudiantes graduados, adolescentes y niños; además en algunos estudios se exhibió una considerable estabilidad con el tiempo ya que los sujetos que fueron considerados tipo A en la

primera fase, a los 10 años (segunda fase) los resultados fueron similares (Kittel y cols., 1978; Houruath, 1979; Bo-yuan, 1983; Waldrom, 1978a y 1987b; MacDougall, Dembroski y Musante, 1979; Gerace y Smith, 1985; en Houston y cols., 1988).

Posteriormente en la evaluación del patrón de conducta tipo A los cuestionarios de autoreporte y otros métodos se fueron desarrollando, los cuales podrían estar implicados complejamente con la entrevista estructurada. El primero de ellos y el más estudiado es el Inventario de Actividad de Jenkins (JAS) que fue elaborado de los ítems de la entrevista estructurada sobre la base de su habilidad para discriminar a los sujetos tipo A y tipo B.

El JAS es un cuestionario de auto-informe que consta de 52 preguntas de elección múltiple. La primera edición experimental de este instrumento fue preparada en 1964, contenía 64 preguntas recopiladas de la entrevista estructurada que se utilizó en el WCGS; dichos ítems fueron administrados a 120 hombres que habían sido clasificados como tipo A y tipo B con la entrevista y cada pregunta era considerada como válida según su grado de discriminación de la conducta tipo A y conducta tipo B, así sólo 40 preguntas fueron efectivas y a ellas se les incluyeron 21 nuevas preguntas para formar la primera edición que fue contestada por el 92% de los participantes en el seguimiento del WCGS; estos hombres formaron tres grupos equivalentes, cada uno con sujetos tipo A y tipo B el primer grupo compuesto por 707 hombres que respondieron a las 67 preguntas que fueron sometidas a un análisis discriminante y los ítems más eficaces fueron probados de nuevo en el segundo grupo compuesto por 475 sujetos y los ítems que resultaron de la transvalidación fueron probados de nuevo en el grupo tres (Jenkins, Rosenman y Zyzanski, 1992).

La segunda edición fue realizada en 1966 con la población completa del WCGS en ese año, para ello, las preguntas redundantes o que tenían propiedades psicométricas inferiores de la publicación anterior fueron eliminadas y se escribieron nuevas basadas en la experiencia clínica y psicométrica, las que fueron probadas con el procedimiento anterior. En total 57 preguntas fueron analizadas para obtener un total de 26 que fueron las mejores discriminantes entre la conducta tipo A y tipo B (Jenkins, Rosenman y Zyzanski, 1992).

Posteriormente, se realizaron una serie de análisis factoriales de 1691 hombres tipo A y tipo B con los que se identificaron tres dimensiones principales del patrón conducta de riesgo coronario, que son: factor S (prisa e impaciencia), factor J (implicación o involucramiento en el trabajo) y factor H (comportamiento duro y competitivo). Las puntuaciones obtenidas y su análisis indican que los factores son relativamente independientes a la evaluación de la conducta tipo A. De esta manera, en 1969, se formuló la tercera edición por procedimientos de análisis discriminante; para la escala tipo A se logró que 21 preguntas se combinaran eficazmente con la predicción y la brevedad, para el factor S, 24 preguntas para el factor J y para el factor H 20. Después de esta publicación el interés por el JAS se amplió y se buscó expandir su rango de aplicación a otras poblaciones, principalmente mujeres, las que no habían sido contempladas en ediciones anteriores. Las preguntas se reescribieron para ser adaptadas para ambos sexos, las de actividades deportivas fueron ampliadas para incluir todas las actividades académicas extracurriculares; sin embargo, en esta edición que es llamada forma B alrededor de 15 preguntas eran solo apropiadas para personas con empleo y no para estudiantes, amas de casa, personas jubiladas o trabajadores por cuenta propia, pero no se conoce que no sea válido para esos grupos. Así sigue la quinta edición o forma C que consta de 52 preguntas con ligeras modificaciones en la redacción de las preguntas (Jenkins S., Zyzanski y Rosenman, 1992).

Algunas aplicaciones de esta edición son las siguientes: Gastorf (1982; en Matthews y cols., 1986) utilizó el JAS para determinar la conducta tipo A o conducta tipo B en estudiantes (hombres y mujeres) a los que se les dio un problema con solución y uno sin solución, encontrando que los sujetos tipo A y tipo B no mostraron diferencias significativas en su presión sanguínea sistólica y presión sanguínea diastólica al resolver el problema solucionable, pero los sujetos tipo A incrementaron significativamente su presión sanguínea sistólica en el otro problema porque la ambigüedad de la tarea hacía que la percibieran como verdaderamente difícil.

Jorgensen y Houston (1982; en Matthews y cols., 1986) utilizó el JAS para identificar la conducta tipo A o conducta tipo B en hombres y mujeres que realizaban tres tareas

experimentales y registró sus respuestas de presión sanguínea diastólica y sistólica. Además Lane y cols. (1984, citados por los mismos autores) identificaron la conducta tipo A o tipo B en mujeres de un colegio que tenían que realizar una tarea de aritmética mental (13 substracciones); similares fueron sus resultados a los de Jorgensen y Houston que no encontraron diferencias significativas en las respuestas cardiovasculares de los sujetos tipo A y los tipo B.

Además, en comparación con la entrevista estructurada el JAS es un fuerte predictor de la enfermedad cardíaca coronaria y ha mostrado al igual que la primera validez en la carga cultural y de las características del patrón de conducta tipo A de dura competitividad, impaciencia y potencial hostilidad (Houston y cols., 1988). Además se ha encontrado correlación del JAS y la Escala Tipo A de Bortner (Bortner, 1969; en Houston y cols., 1988) y con la Escala de Ira de Novaco por Katz y Toben (1986; en Houston y cols., 1988); aunque no se ha encontrado una correlación positiva con la depresión y la neurosis. De hecho, Dembroski, MacDougall y cols. (1978; en Matthews y cols., 1986 y Arild G., 1995) midieron la conducta tipo A con la entrevista estructurada y el JAS en hombres; los cuales realizaban tres tareas: 1.- tarea reacción tiempo del habla, 2.- coordinación manos y ojos y 3.- una serie de problemas con cierto grado de dificultad en un tiempo límite, encontrando resultados semejantes: los sujetos tipo A mostraron mayor incremento en su nivel de presión sanguínea en las tres tareas. En un estudio similar en el que los sujetos fueron mujeres sometidas a tres tareas: aritmética mental y dos partes de problemas del Raven, tampoco se encontraron diferencias significativas entre la entrevista estructurada y el JAS en las respuestas cardiovasculares a las tareas experimentales de las mujeres que fueron consideradas tipo A o tipo B (Matthews y cols., 1986). Posteriormente la conducta tipo A también fue evaluada por estos instrumentos en hombres adultos que presentaban enfermedad cardíaca coronaria o que no la tenían al realizar una tarea de aritmética con dificultad y una prueba de comprensión pictórica el Weschler, encontrando que los sujetos con problemas coronarios clasificados como tipo A en la entrevista estructurada y el JAS tuvieron un incremento significativo en su presión

sanguínea (Corwse, Manuck y cols., 1982; en Matthews y cols., 1986).

Sin embargo, el JAS predice menos los impulsos fisiológicos que la entrevista estructurada y Houston y cols. (1988) explican estas diferencias al mencionar que en la sub-escala de rapidez e impaciencia del JAS se retoma la presión del tiempo aunque confunden la rapidez con el sentimiento de urgencia e impaciencia, pero correlaciona positivamente con el estrés emocional, en un test posttest con la Escala del Programa de Actividad Temperamental de Thurston y con medidas de diferentes atributos de la Escala Tipo A de Framingham.

Esto es, el JAS captura los contenidos relevantes de las preguntas de la entrevista estructurada pero no las conductas observadas durante la realización de dicha entrevista (Houston y cols., 1988), por ello no deben sorprender las pobres correlaciones del JAS y la entrevista estructurada y el que algunos autores dicen que no puede propiamente ser usado para evaluar el patrón de conducta tipo A.

Además se han realizado investigaciones en las cuales se han evaluado los componentes de la conducta tipo A en relación con las enfermedades cardíacas coronarias Booth-Kewley y Friedman (1987; en Arild G., 1995) estudiaron la conducta tipo A medida con la entrevista estructurada y el JAS encontrando que el componente más predictivo de la conducta tipo A para la existencia de la enfermedad cardíaca coronaria es la ira y la hostilidad. De igual manera estas características unidas a la agresión fueron encontradas predisponentes de enfermedad cardíaca coronaria por Cuenka en Yugoslavia, Heidelber en Alemania y Grossarth-Maticek y Eysenck; Grossarth- Maticek, Bastiaans y Kanaziir, 1985; Booth-Kewley y Friedman, 1987; Eysenck, 1991; en Arild G., 1995).

Otro método utilizado para evaluar la conducta tipo A es la Escala de Clasificación de Bortner que provee una evaluación de varias características de la conducta tipo A como hostilidad, encontrándose una correlación positiva con una muestra del JAS en los Estados Unidos y Europa que tienen una buena confiabilidad en un test posttest y correlaciona con algunas conductas tipo A evaluadas en adolescentes por una versión de la entrevista estructurada, aunque Bass (1984; en Houston y cols., 1988) encontró que los resultados de esta

escala correlacionan positivamente con ansiedad y neurotismo.

En el desarrollo de métodos de autoreporte para evaluar el patrón de conducta tipo A, los más antiguos incluyen en el Programa de Temperamento Thurstone (TTS) y la Adjective Checklist (ACL). También la Escala Tipo A de Framingham (FTAS) que fue administrada a los participantes de un estudio sobre problemas del corazón; es un corto inventario de autoreporte derivado de un extensivo cuestionario del comportamiento con una variedad de factores psicosociales, evaluando el ritmo de actividad, impaciencia y urgencia de tiempo relacionados con la enfermedad cardíaca coronaria; algunos de los ítems distribuidos correlacionan con la percepción diaria del estrés, labilidad emocional, tensión, ansiedad, neurotismo y estrés emocional general. Sin embargo la FTAS no correlacionó fuertemente con la entrevista estructurada y probablemente mide una pequeña parte del patrón de conducta tipo A y correlaciona con algunas diferencias psicológicas que retoma del JAS por ejemplo la ansiedad (Houston y cols., 1988). En un estudio con hombres de un colegio, Dembroski, MacDougall y cols., (1979; en Matthews y cols., 1986) utilizaron tres medidas de la conducta tipo A:

a) La entrevista estructurada, b) JAS y c) FTAS, cuando los sujetos realizaban una prueba de alta presión y una tarea de reacción tiempo sobre una condición de gran desafío. En ambas condiciones los sujetos tipo A de la entrevista estructurada mostraron un incremento en la presión sanguínea; con el JAS los sujetos tipo A y tipo B sólo mostraron diferir en la tarea de reacción tiempo en bajo desafío y con la FTAS los sujetos tipo A respondieron con un incremento en la tarea de bajo desafío. En general la entrevista estructurada predice mejor la reactividad cardiovascular que el JAS o el FTAS.

La conducta tipo A medida a mujeres de un colegio con la entrevista estructurada, el JAS y la FTAS en dos estudios reportados por MacDougall (1981; en Matthews y cols., 1986), en los que se midieron sus respuestas cardiovasculares al ser entrevistadas, durante un breve pero difícil examen de la historia de América y una tarea de tiempo de reacción con un incentivo monetario por una buena ejecución. Las mujeres que fueron consideradas como tipo A y tipo B en la entrevista estructurada respondieron con una elevación en su presión sanguínea

en el examen pero no en la tarea de reacción tiempo. Tampoco el JAS y la FTAS definieron significativamente las respuestas cardiovasculares de las mujeres en esa tarea.

En 1992, Gamble G. y Michael evaluaron la conducta tipo A en relación con la satisfacción en el trabajo y el estrés, entre profesionales hombres y mujeres negros con la FTAS, la Escala de Reeder de Estrés Diario y el examen de diagnóstico de la satisfacción. Los resultados de la FTAS fueron correlacionados con la tensión y el estrés diario, pero fue negativa la relación con la satisfacción en el trabajo.

Otro método para medir la CTA es el Inventario de Eysenck y Fulker o Escala tipo A- tipo B que está formada por 29 ítems que se agrupan en cuatro factores: tensión, ambición, actividad y ausencia de represión. Dicha escala fue utilizada en un estudio para evaluar la conducta tipo A en adolescentes encontrando diferencias significativas en cada factor entre hombres y mujeres argumentando que pueden estar asociadas a los procesos de socialización (Romero y León, 1989). A estos estudios realizados con los métodos de evaluación de la conducta tipo A se pueden agregar las otras correlaciones realizadas en otras investigaciones; por ejemplo, se ha encontrado una relación positiva de la conducta tipo A con las escalas de autoaceptación, dominancia y extroversión del Inventario Psicológico de California; los factores caluroso, abierto, autoconfianza, asertividad, alerta, aventurado y fuerte control emocional del 16 PF y correlaciones no significativas entre este patrón conductual y el SCL-90-R; el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, con la Escala Tipo A desarrollada por Vickers y con el uso de Autoreferencias (Caffrey, 1968 o 1969b; Derogatis, 1977; Spielberger, Guirsuch y Lushene, 1970; Vivhers, 1973; Caplan y cols., 1975; Coplan y Jones, 1975; Sherwitz y cols., 1986; en Houston y cols., 1988).

Como podemos observar los métodos de autoreporte que se han descrito y algunos otros tiene un grado aceptable de seguridad en la evaluación del patrón de conducta tipo A, tienen algunas correlaciones entre ellas aunque difieren con respecto al tipo de conductas que analizan porque el patrón de conducta tipo A es un fenómeno que está compuesto por varias conductas complejas. Además en la aplicación de estos instrumentos hay variables que podrían determinar

algunos cambios en sus resultados como son: la percepción de actitudes, los atributos, actividades y otras conductas que el sujeto evaluado puede presentar durante la evaluación como son el habla apresurada, algunas conductas psicomotoras, etc., que sí pueden ser observadas en una entrevista. Sin embargo, estas limitantes pueden ser aminoradas si se aplica el autoreporte y hay un psicólogo observando a la persona a la que se le está aplicando la prueba. Ahora en la siguiente parte se evaluará la conducta tipo A en mujeres.

Metodología de la investigación.

Planteamiento del Problema:

Investigar si existe la Conducta tipo A (CTA) en las mujeres mexicanas adultas que son amas de casa, madres de familia y otras que además realizan alguna actividad remunerada económicamente; se considerará como amas de casa y madres de familia a las mujeres que administran el dinero destinado para los gastos de mantenimiento (que además es realizado por ellas) de la casa, comida y que también tiene hijos de los cuales monitorean su educación y dirección. Entendiéndose como trabajadoras que además de realizar y tener las actividades y características antes mencionadas tienen un empleo remunerado económicamente.

Objetivos:

Objetivo General:

Investigar si existe la Conducta tipo A en mujeres mexicanas, de acuerdo a su estilo de vida y observar si hay diferencias entre ellas.

Objetivos específicos:

- 1.1. Conocer si existe la CTA en mujeres amas de casa y madres de familia.

- 1.2. Conocer si ocurre la CTA en mujeres amas de casa, madres de familia y que además realizan otra actividad que es remunerada económicamente.
- 1.3. Comparar si existen diferencias entre ambos grupos.

Muestra

Se realizó un muestreo probabilístico por cuotas, en el que se seleccionaron 80 mujeres del área metropolitana (específicamente: D.F., Ecatepec, Naucalpan, Tlalnepantla y Nezahualcoyotl), de 18 a 45 años de edad que fueran amas de casa, madres de familia y algunas que además realizaban otra actividad que es remunerada económicamente. Las cuales formaron dos grupos:

Grupo I: Amas de casa (40 mujeres)

Grupo II: Trabajadoras (40 mujeres)

Procedimiento

Se utilizó un diseño transeccional de tipo no experimental, específicamente uno transversal correlacional, que es caracterizado por describir relaciones entre dos o más variables, el cual fue dividido en las siguientes fases:

Fase I:

Se realizó un cuestionario socio – económico invitando a cada una de las mujeres a que participaran voluntariamente en la investigación, una vez que aceptaban se aplicaba el cuestionario a cada una de ellas, esta actividad duraba de 40 a 60 minutos aproximadamente y al final de ella se le indicaba a las participantes que se les llamaría para realizar otra actividad (ver anexo 1).

Fase II:

En esta fase se capturaron y analizaron los datos obtenidos con el cuestionario socio – económico y se obtuvo la muestra de 80 mujeres que tenían las siguientes características: una edad comprendida entre los 18 a 45 años, que fueran amas de casa o trabajadoras. Posteriormente se formaron los dos grupos antes descritos (grupo I amas de casa y grupo II trabajadoras).

Fase III:

En esta fase se utilizó el Inventario de Actividad de Jenkins (JAS) para detectar el patrón de conducta tipo A. Para lo cual, se aplicó el JAS a cada una de las mujeres de ambos grupos en una sesión de aproximadamente 40 minutos. (ver anexo 2)

Fase IV:

Se realizó la captura y análisis de datos, para ello, una vez aplicados los cuestionarios del JAS se procedió a su clasificación según las instrucciones del inventario y posteriormente se efectuó un análisis estadístico con la utilización del programa SPSS que nos permitió aplicar la *t* de Student y un análisis de varianza para observar la significación de las diferencias entre ambos grupos, con lo cual se obtuvieron los resultados del apartado siguiente.

RESULTADOS

Los datos obtenidos a partir del cuestionario socio-económico nos permitieron formar el grupo I que incluyó a las mujeres amas de casa y madres de familia y el grupo II que estaba formado por mujeres que además de tener las características anteriores trabajan en una actividad remunerada económicamente; los cuales tenían las siguientes características:

En el área personal: Los rangos de edades que predominaron fueron el de 42 a 47 años en el grupo I y el de 30 a 35 años en el grupo II y con el menor puntaje en ambos grupos encontramos a las mujeres de 18 a 23 años (ver anexo fig. 1). Con respecto al grado máximo de estudios que tienen las mujeres en ambos grupos se encontró en primer lugar el nivel primaria con 25% para el grupo I y 27.5% para el grupo II, en segundo lugar está la secundaria en el grupo I con 22.5% y la preparación profesional en el grupo II con 22.5%, en tercer lugar están el nivel comercial en el grupo I y el secundaria en el grupo II con 17.5%, las mujeres del grupo II que dejaron su primaria inconclusa con 12.5% y las que estudiaron la preparatoria con 10%; las participantes que no tienen estudios, las que truncaron su preparatoria o profesional y las de nivel posgrado en ambos grupos obtuvieron puntuaciones menores a 7.5%, (ver anexo fig. 2).

En el área familiar: Se encontró que es mayor el porcentaje de mujeres casadas en ambos grupos: 72.5% en el grupo I y 62.5% en el grupo II, seguidas por un 25%

de las mujeres en unión libre y un 2.5% de viudas en el grupo I, en el grupo II las madres solteras con 17.5% y las de unión libre y divorciadas con 10% (ver anexo fig. 3).

Además las mujeres en ambos grupos reportaron estar satisfechas de su relación de pareja en el grupo I con 70% y en el grupo II con 57.5%.

Todas las mujeres del estudio tienen hijos y predominaron las que tienen de 2 a 3 hijos y las de 1 hijo en ambos grupos como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 1. Número de hijos de las mujeres

NO. DE HIJOS	GRUPO I	GRUPO II
1	37.5%	35%
2-3	50%	50%
4	12.5%	10%
5 o más	0%	5%

Como se observa la figura muestra el número de hijos que tienen las mujeres de cada grupo.

Además el 57.5% en el grupo I y 52.5% en el grupo II son niños, el 22.5% en el grupo I y 25% en el grupo II son adolescentes y el 20% de cada grupo son adultos.

En ambos grupos predominó el porcentaje de mujeres que indican que están satisfechas de su relación con sus hijos: 80% del grupo I y 77.5% del grupo II. De las actividades que realizan las mujeres para atender o cuidar a sus hijos se observan como las más importantes en el grupo I las siguientes: la revisión de tareas con 50%, conversar con los hijos con 45% y castigarlos con 30%, mientras que en el grupo II encontramos la revisión de tareas con 47.5%, conversar con los hijos con 70% y castigarlos con 45%. Como podemos observar la actividad que principalmente realizan las mujeres es la revisión de tareas en el grupo I y el conversar con sus hijos para resolverles alguna duda, para saber que actividades realizan, etc. en el grupo II,

mientras que la actividad que más frecuentemente realizan las señoras con ayuda de otra persona fue el castigar a sus hijos en ambos grupos.

Además el porcentaje de mujeres que indican que tienen problemas con sus hijos es de 35% para mujeres del grupo I y 45% para el grupo II, de estos porcentajes sus principales problemas son:

	Grupo I	Grupo II
Mala conducta	20%	12.5%
Malas calificaciones	7.5%	12.5%
Sin respuesta	17.5%	5%

Mientras que drogadicción, problemas de salud, permisos para salir y por su novio todos ellos con porcentajes menores a 5% en ambos grupos.

Ingresos económicos. La distribución de ingresos familiares de las mujeres de ambos grupo la realizan ellas en un 25% en el grupo I y un 35% en el grupo II y ellas con ayuda de otra persona en 37.5% del grupo I y 40% del grupo II.

Actividades realizadas en el hogar. El porcentaje de mujeres que realizan actividades en su hogar del grupo I y II se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 2. Actividades realizadas en el hogar.

ACTIVIDADES	GRUPO I		GRUPO II	
	La actividad la realiza:			
	Ella	Ella y otra persona	Ella	Ella y otra persona
Limpieza del hogar	55%	32.5%	27.5%	40%
Lavar y planchar la ropa	77.5%	2.5%	60%	10%
Preparación de alimentos	82.5%	2.5%	62.5%	7.5%

Comprar los materiales necesarios para el hogar	55%	20%	62.5%	12.5%
---	-----	-----	-------	-------

La tabla muestra las actividades que realizan las mujeres del grupo I y del Grupo II dentro de su hogar.

Como se observa en el grupo I las mujeres que preparan los alimentos tienen el mayor porcentaje, en el grupo II, es más frecuente que preparen los alimentos y que realicen las compras ambas actividades con el mismo porcentaje aun cuando es menor que el valor del grupo I. Además en el grupo II un 10% de las mujeres no preparan los alimentos.

Trabajo. Con respecto a las mujeres del grupo II las cuales trabajan en una actividad remunerada económicamente se encontró que tienen las siguientes ocupaciones: 22.7% comercio, 25% empleadas, 22.5% profesionistas, 20% fueron obreras y un 5% profesoras. Además el 52.5% de las mujeres iniciaron su actividad laboral antes de formar una familia y el 45% cuando estaban casadas.

Con respecto a si llegaron a un acuerdo con su esposo o pareja para trabajar el 47.5% de las mujeres reportaron que acordaron que ellas darían un apoyo económico, el 20% no llegaron a un acuerdo, para el 5% los ingresos serían para ellas y finalmente el 27.5% de este grupo no dio respuesta.

De igual manera, el 17.5% de las mujeres reportan tener problemas con su pareja por trabajar. El 57.5% indica no tener problemas y un 25% no tiene una pareja. Del porcentaje de mujeres que tienen problemas con su pareja éstos se deben a: falta de tiempo en 10%, que ellas llegan tarde con 2.5%, y porque él no quiere que trabaje con 5% y el porcentaje restante de las que no dieron respuesta.

El 80% de las mujeres reportan que están satisfechas con su trabajo porque: les gusta en 40%, por lograr superación e independencia personal 25%, por remuneración económica 7.5% y a las que les permite estar con sus hijos 2.5%. En cambio el 12.5% de las mujeres no están contentas con su trabajo aunque sólo el 5% de ellas indican que es porque deseaban otro trabajo.

El 50% de las mujeres de ambos grupos opinan que tienen un adecuado rendimiento en el trabajo e indican que es porque dan su mayor esfuerzo 42.5% porque tienen tiempo en 2.5% y por beneficios económicos 12.5% en el grupo I mientras que el grupo II el 45% dice que es por dar su mayor esfuerzo, el 17.5 % porque tienen tiempo y el 15 % por beneficio económico.

En cambio las mujeres que reportaron que no tienen un buen rendimiento en el trabajo exponen como principales razones: la falta de tiempo, que necesitan adquirir nuevos conocimientos, porque no cuentan con apoyo y el cansancio o agotamiento.

El 87.5% de las mujeres del grupo I reportan utilizar su tiempo libre para cumplir con sus responsabilidades en el hogar y el 80% de las mujeres del grupo II también lo hacen. Pero un 42.5% de las mujeres del grupo I y un 57.5% del grupo II reportan que su trabajo es reconocido en cambio sólo el 20% de estas mujeres del grupo I indican que tienen la necesidad de ser reconocidas y el 32.5% del grupo II indican lo mismo.

Además se les preguntó a las mujeres si les gustaría realizar otra actividad además de las que hacen actualmente y el 72.5% de las mujeres del grupo I y el 77.5% del grupo II reportaron que sí.

En el área social: las mujeres de ambos grupos que tienen amigos obtuvieron un 82% en el grupo I y un 92.5% en grupo II; de ellas, la frecuencia con la cual platican con sus amigos es ocasionalmente el 32.5% de cada grupo, regularmente 32.5% del grupo I y 30% del grupo II, frecuentemente con 12.5% en grupo I y 35% de las mujeres que trabajan y no dieron respuesta el 22.5% del grupo I y el 2.5% del grupo II.

Salud. Entre los principales problemas de salud que reportaron las mujeres de ambos grupos tenemos que: el 35 % de las mujeres del grupo I presentan: tensión arterial 7.5%, reumatismo 5%, dolor de cabeza 5%, nerviosismo 5%, ceguera 2.5%, problemas gastrointestinales 2.5%, problemas de riñón 2.5%; pero en el grupo II el 45% menciona que los problemas que presenta son: tensión arterial 10%, problemas gastrointestinales 10%, nerviosismo 5%, problemas con el riñón 5%, diabetes 2.5%, anemia 2.5%, reumatismo 2.5%, problemas odontológicos 2.5%, ceguera 2.5%. Mientras que el 70% de las mujeres del grupo I y un 57.5% de las mujeres del

grupo II no dieron respuesta.

Autopercepción. Cuando se les preguntó sobre su estado de ánimo las mujeres mencionaron que en general ellas se sienten:

	Grupo I	Grupo II
Tranquilas	57.5%	32.5%
Estresadas	17.5%	30%
Tristes	10%	7.5%
Enojadas o molestas	7.5%	12.5%
Satisfechas	2.5%	17.5%

Con respecto a la satisfacción consigo mismas las mujeres reportan que el 55% del grupo I y el 65% del grupo II están satisfechas porque: son felices, tienen lo que deseaban, logros económicos y cumple con sus obligaciones.

Mientras que el porcentaje restante de ambos grupos indicó que no estas satisfechas consigo mismas porque necesitan mejorar su autoestima, porque no lograron sus objetivos personales o económicos y el que tienen problemas familiares.

Por otra parte una vez formados los grupos y obtenidos los datos del Inventario de Actividad de Jenkins (JAS), el análisis estadístico que se utilizó fue una T de Student que es un estadístico que evalúa las diferencias entre dos condiciones, por ello, nos permitió conocer si había diferencias en el tipo de conducta de las mujeres de ambos grupos (Silva A., 1998).

Observándose que en el tipo de conducta que mostraron los sujetos se encontró un valor de $T = -1.222$ con una probabilidad asociada para un contraste bilateral de 0.225. Por tal razón y tomando en consideración el nivel de significancia elegido que fue de .05 se puede concluir que no hubo diferencias significativas en el tipo de conducta que mostraron las mujeres amas de casa como las que trabajan ya que las evidencias cuantitativas mostraron que el valor de probabilidad asociado a la prueba T fue mayor al nivel de significancia.

De igual manera, al aplicar la T de Student para saber las diferencias entre los grupos

con respecto a los factores asociados a la CTA se encontró lo siguiente:

En el factor de prisa e impaciencia (S) el valor de $T = -1.825$ con una probabilidad asociada de .072, que es mayor al nivel de significancia .05 por lo tanto, no hay evidencias estadísticamente significativas que indique de dicho factor aparece asociado a un estilo de vida.

Con el factor de comportamiento duro y competitivo (H) asociado a las mujeres trabajadoras o amas de casa se obtuvo una $T = -2.187$ con una probabilidad asociada de .032 que es menor al nivel de significancia .05 por ello, se puede decir que hay diferencias estadísticamente significativas que indican que las mujeres que trabajan tienen un comportamiento más duro y competitivo que las mujeres que son amas de casa.

De igual manera, en el factor J que es la implicación en el trabajo se encontró un valor T de -2.184 con una probabilidad asociada de .032 que es menor al nivel de significancia de .05, por lo tanto si hay evidencias estadísticamente significativas que indican que tienen menor implicación en el trabajo las mujeres amas de casa que las mujeres que trabajan.

Lo anterior, puede observarse en la figura 4 (ver anexo fig. 4) que nos muestra el tipo de conducta (TC) y los valores asociados a la conducta tipo A que son prisa e impaciencia (S), implicación en el trabajo (J) y comportamiento duro y competitivo (H). En la cual, los valores positivos indican conducta tipo A o características de los factores asociados a ella y al contrario los valores negativos hablan de conducta tipo B y de poca frecuencia de aparición de los factores asociados a la conducta tipo A.

Además para un análisis más minucioso de las diferencias que fueron encontradas entre las mujeres del grupo I y grupo II, con respecto al factor J y al factor H, se realizó un análisis unifactorial de varianza o/y oneway entre esos factores y las variables de edad de las mujeres, estado civil, si tienen actualmente una pareja, el número de hijos y como se sienten (su estado de ánimo). Porque el análisis unifactorial nos permite conocer si la variación observada de la variable dependiente es producto del efecto de la variable independiente o por la influencia de variables extrañas (Silva A. 1998).

El valor de significancia establecido, los valores de razón F y el valor de probabilidad

asociada, obtenidos al aplicar el oneway en el factor J y las variables antes mencionadas se pueden observar en la siguiente tabla:

Tabla 3. Factor J: Implicación en el trabajo.

Variables	Amas de casa			Trabajadoras		
	Razón F	Probabilidad asociada	Nivel de significancia	Razón F	Probabilidad asociada	Nivel de significancia
Edad	.701	.408	.05	.160	.692	.05
Edo. Civil	.112	.895	.05	1.262	.303	.05
Tienen pareja actualmente	.004	.950	.05	.004	.951	.05
Número de hijos	.80	.923	.05	.594	.623	.05
Edo. de ánimo	.635	.535	.05	.927	.342	.05

La tabla nos muestra el nivel de significancia establecido, los valores de razón F y el valor de probabilidad asociada, obtenidos al aplicar el oneway entre las variables implicación en el trabajo y estado civil, edad, si tienen pareja actualmente, número de hijos y estado de ánimo.

Como se puede observar los valores de probabilidad asociada son mayores al nivel de significancia establecido que fue de .05, por lo tanto no hay evidencias estadísticamente significativas que indiquen que la implicación en el trabajo en las mujeres amas de casa y en las trabajadoras depende de las variables edad, estado civil, si tienen actualmente una pareja, número de hijos o estado de ánimo.

Por otro lado, el valor de significancia establecido, los valores de razón F y el valor de probabilidad asociada, obtenidos al aplicar el oneway en el factor H y las variables antes mencionadas se pueden observar en la siguiente tabla:

Tabla 4. Factor H: Comportamiento duro y competitivo.

Variables	Amas de casa			Trabajadoras		
	Razón F	Probabilidad asociada	Nivel de significancia	Razón F	Probabilidad asociada	Nivel de significancia
Edad	1.180	.204	.05	.012	.915	.05
Edo. Civil	.485	.620	.05	.507	.731	.05
Tienen pareja actualmente	.142	.708	.05	.641	.428	.05
Número de hijos	3.060	.059	.05	.625	.603	.05
Edo. de ánimo	.102	.751	.05	.398	.675	.05

La tabla nos muestra el nivel de significancia establecido, los valores de razón F y el valor de probabilidad asociada, obtenidos al aplicar el oneway entre las variables implicación en el trabajo y estado civil, edad, si tienen pareja actualmente, número de hijos y estado de ánimo.

La tabla nos muestra que los valores de probabilidad asociado son mayores al nivel de significancia .05 excepto en la variable número de hijos en el caso de las mujeres amas de casa; por lo tanto, se puede concluir que no hay evidencia estadísticamente significativa que indique que el comportamiento duro y competitivo de las mujeres amas de casa y trabajadoras está influido por la edad, estado civil, el número de hijos o el estado de ánimo, pero en las mujeres amas de casa el comportamiento duro y competitivo depende del número de hijos, es decir, las mujeres que son amas de casa y tienen mayor número de hijos tienen un comportamiento más duro y competitivo.

DISCUSIÓN.

En esta investigación se evaluó la existencia de la CTA en mujeres mexicanas amas de casa, y madres de familia y algunas que además tienen un trabajo remunerado económicamente, y se investigó si había diferencias entre ellas; ya que investigadores como Houston y cols. (1988), indican que la CTA aparece con mayor frecuencia en las mujeres amas de casa, madres de familia y que tienen una actividad remunerada (trabajadoras). De hecho, Lawrence (1996) y Pekka Martikaine (1995) nos dicen que la doble jornada tiene diferentes resultados en la salud de las mujeres y proponen dos hipótesis:

1. El rol múltiple.- que indica que ocasiona daños en la salud por un rol de sobrecarga: esto es, cansancio y agotamiento.
2. El rol de la acumulación.- que nos dice que el trabajo proporciona a las mujeres privilegios, estatus de seguridad, resultados económicos y enriquecimiento personal o gratificación, con ello se incrementa su auto-estima y tolerancia al fracaso.

Sin embargo en la presente investigación no detectamos un alto porcentaje de CTA en las mujeres de los grupos, tampoco se detectó el comportamiento que caracteriza a la CTA que es de prisa e impaciencia, porque las mujeres del grupo II realizan sus actividades de limpieza y mantenimiento del hogar pero reciben ayuda de otra persona, lo cual les reduce el trabajo. Además Hust J. (1983) indicó que el cariño y el apoyo del cónyuge son favorables para las personas tipo A y el mayor porcentaje de las mujeres del presente estudio reportan que no tienen problemas con su pareja ya que están satisfechas con su trabajo porque obtienen satisfacción personal y una remuneración económica además de bienestar familiar y social, lo que coincide con la hipótesis del rol de acumulación y contradice lo que Vidal E. (1990) menciona sobre que la doble jornada es causa de sentimientos de soledad, tristeza y depresión, etc. Igualmente, Hust (1986) indicó que las personas tipo A presentan cuadros depresivos y

sensación de pocas satisfacciones, de esta manera, Gamble y Michael (1992) asociaron la CTA con la tensión, el estrés y represión, pero en el presente estudio no se encontró una relación entre el estado de satisfacción o insatisfacción de las mujeres y de los factores H y J.

Pero, nosotros encontramos que no se presenta la conducta tipo A en las mujeres mexicanas amas de casa o trabajadoras, sin embargo si hay diferencias entre ellas en algunos factores asociados a ese patrón conductual porque en la actividad remunerada y con más hijos las mujeres tienen mayor grado de dedicación y competición. Con respecto a que escenario ocupacional se ha dicho que lleva al surgimiento de la CTA porque algunas actividades laborales piden un alto grado de dedicación, pero en nuestro estudio están menos implicadas las mujeres del grupo I que las del grupo II. Aunque, si se encontró el comportamiento duro y competitivo que son los rasgos y valores de carácter asociados con la CTA porque se presentaron más en las mujeres que trabajan que en las amas de casa; esto apoya la hipótesis de acumulación ya que las trabajadoras con esas características tienen mayor socialización y pueden realizar actividades intensas.

Por otro lado, aun cuando la literatura indica que las mujeres de mayor edad tienden a presentar CTA (Houston y cols. 1988; Lozano y Ascencio, 1990 y Bayes de la Luna y Guindo 1990) en esta investigación no se encontró esa relación como tampoco con el comportamiento duro y competitivo o la implicación en el trabajo de las mujeres maduras, que nos podrían estar hablando de conducta tipo A.

Con lo anterior podemos concluir que no se presentó la CTA en mujeres mexicanas que son amas de casa ni en las trabajadoras, aunque si tienen esos rangos y valores de carácter que están asociados a la conducta tipo A. Como es la implicación en sus actividades como la que presentan las mujeres que trabajan y que tienen mayor número de hijos, esto es, tienen mayor grado de dedicación. Lo cual puede estar favoreciendo que esa actividad remunerada proporcione beneficios que influyan en su bienestar económico, personal, familiar y social.

Finalmente, lo anterior nos abre la posibilidad de estudiar más los efectos que tiene la doble jornada en las mujeres para poder establecer intervenciones al nivel de prevención en las

personas que no tienen las estrategias necesarias para afrontar ese doble papel y que presentan características de un comportamiento duro y más aún proporcionar habilidades a las mujeres a las cuales sus actividades de amas de casa o remuneradas no les proporciona expectativas para enfrentar un mejor estilo de vida en el ámbito personal, familiar o social.

REFERENCIAS

- Arild G. (1995). The type 2 construct and it's relation to coronary heart disease. En: *Psychological Reports* Vol. 76, 3-13
- Bayes de la Luna y Guindo (1990). Monografías clínicas en cardiología. 1. *Muerte Súbita Cardíaca*. España, Doyma.
- Brezinka V. Y Kittel F. (1995). Psychosocial factors of coronary heart disease in women: A review. En: *Social Science and Medicine*. Vol. 42, No. 10, 1351-1365.
- Chávez I. (1996). *Cardiopatía Coronaria e Isquemia miocárdica*. México, Interamericana.
- Demirovic J. Y Myerburg (1994). Epidemiology of sudden coronary death. En: *Progress in Cardiovascular Diseases*. Vol. 37, No. 1, 39-48.
- Evans (1995). Tratamiento cognitivo conductual del patrón de conducta tipo A: una revisión crítica. En: *Revista de Psicología Conductual*. Vol. 3, No. 2, pp. 183-189.

Ewald G. y Mckenzie (1995). *El Mamiel de Terapéutica Médica*. Estados Unidos, Masson.

Gamble y Matteson (1992). Type A behavioral, job satisfaction and stress among black professionals. En: *Psychological Reports* Vol.70, 43-50

Gentry P. y Williams B. (1979). *Psychological Aspects of Miocardial Infarction and Coronary Care*. United States of America, Mosby company.

Goldman H. (1994). *Psiquiatría General México*, Manual Moderno.

Guadalajara J. F. (1996). *Cardiología*. México, Mendez Editores.

Houston, Kend y Snyder (1988). *Type A Behavior Pattern. Research Theory and Intervention*. Estados Unidos, Willey

Hust J. (1986). *El Corazón Arterias y Venas*. Vol. II. México, Interamericana McGraw-Hill.

Jenkins S.J., Zyzanski y Rosenman (1992). *Inventario de Actividad de Jenkins (JAS)*. Forma C. Madrid, TEA.

Kopper A. Berley (1993). Rol of gender, sex rol, identity and Type A Behavioral in anger expression and mental health functioning. En: *Journal of Counseling Psychology*. Vol. 40, No. 2, 232-237.

Lamude y cols., (1993). Classroom, resistance strategies of type A-scoring student. En: *Psychological Reports*. Vol. 72, 1098.

Latorre P. y Beneit P. (1992). *Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina, Lumen.

Lawrence J. (1996). The psychosocial work and heart disease. En: *American Journal of Public Health*. Vol. 86, No. 3, 301-103.

Lozano R., Escamilla J., Escobedo y López. (1990). Tendencias de la mortalidad por cardiopatía isquémica en México, de 1950 a 1985. En *Salud Publica de México*. Vol. 32, No. 4, 405-415.

Matthews K. y cols. (1986). *Handbook of stress, reativity and cardiovascular disease*. Estados Unidos, John Willey and Sons.

Mosby (1994). *Diccionario de Medicina*. Barcelona, Océano.

Pekka Martikainen (1995). Women's employment, marriage, motherhood and mortily: a test of the multiple role and accumulation hypotheses. En: *Social Sciences Medicine*. Vol. 40, No. 2, 199-212.

Posner, Lewis, Leitner y Lester (1994). Diet, cigarette smoking, stressfull life events, and subjective, feelings of stress. En: *Psychological Reports*. Vol. 77, 841-842.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Phil Evans (1995). Tratamiento cognitivo-conductual del patrón de conducta tipo A: una revisión crítica. En: *Revista de Psicología Conductual*. Vol. 3, 2, 183.

Phillip L. (1992). *Stress and Health*. California, Books/cole Publishing company pacific grover.

Robbins S. y Cotran (1987). *Patología Estructural y Funcional*, México, Interamericana.

Romero C. y León (1989). Conducta tipo A: un estudio en un grupo de adolescentes de una zona deprivada de Lima (Perú) con el Inventario de Eysenck y Fulker. En: *Revista Latinoamericana de Psicología*. 21, 3, 394-362.

Shapiro y Baum (1991). *Perspectives in Behavioral Medicine. Behavioral Aspects of Cardiovascular Disease*, New Jersey, LEA.

Silva A. (1991). *La investigación Asistida por Computadora*. México, UNAM, Iztacala.

Snyder J. (1989). *Health Psychology and Behavioral Medicine*. New Jersey, Prentice Hall.

Vidal E. (1990). Costos psico-sociales del doble papel de la mujer, como asalariada y como ama de casa. En: *Revista Latinoamericana de Psicología*. 22, 1, 161-167.

Anexos

Anexo 1
CUESTIONARIO SOCIO-ECONÓMICO

INSTRUCCIONES: De las opciones que se presentan para cada pregunta entre paréntesis, marque con una X la que corresponda a su respuesta.

1. Nombre: _____
2. Domicilio: _____
3. Teléfono: _____
4. Edad: A) (18 a 23 años) B) (24 a 29 años) C) (30 a 35 años)
D) (36 a 41 años) E) (42 a 47 años)
5. Ocupación: _____
6. Grado máximo de estudios: _____
7. Edo. Civil: A)(madre soltera) B)(casada) C)(unión libre) D)(divorciada)
8. ¿Tiene actualmente una pareja? (SI) (NO)
(Si su respuesta es negativa pase a la pregunta número 14)
9. ¿Se siente satisfecha de su relación con su esposo o pareja? (SI) (NO)
10. ¿Tiene hijos? (SI) (NO)
(Si su respuesta es negativa, por favor devuelva las hojas y gracias por su participación)
11. ¿Cuál es el número de hijos que usted tiene? _____
12. Mencione la de cada uno de sus hijos.
_____ años _____ años _____ años
_____ años _____ años _____ años
13. ¿Se siente satisfecha de su relación con sus hijos? (SI) (NO)
14. Las tareas de la escuela de sus hijos ¿las revisa usted?
(SI) (NO). ¿quién? _____
15. ¿Cuándo hay que hablar con sus hijos para resolverles una duda, encargarles alguna tarea, etc., quién lo hace más frecuentemente?
(Usted) (Su esposo) (Otro) _____
16. ¿Quién castiga o reprende a sus hijos?
(Usted) (Su esposo) (Otro) _____
17. ¿Ha tenido o tiene frecuentemente alguno o (os) problemas con sus hijos? (SI) (NO)
¿Cuál? _____
18. Los ingresos económicos de la familia por quién son distribuidos?

19. ¿Quién se encarga de la limpieza de su casa?
A) Cocina (usted) (otra persona) _____ B) Comedor (usted) (otra persona) _____
C) Recamaras (usted) (otra persona) _____ D) Sala (usted) (otra persona) _____
E) Baño (usted) (otra persona) _____ F) Patio (usted) (otra persona) _____
G) Otro (s) lugar (es) _____
20. ¿Quién se encarga de lavar y planchar la ropa?
(Usted) (cada quien la suya) (otra persona)

21. ¿Se preparan alimentos en su casa? (SI) (NO)
22. Mencione quién hace diariamente la comida:
(Usted) (Otra persona) _____
23. ¿Quién compra los materiales para el mantenimiento de la casa, para hacer la comida, etc.? (Usted) (otra persona) _____
24. ¿Trabaja actualmente en una actividad remunerada económicamente? (SI) (NO)
¿Cuál? _____
(Si su respuesta es negativa, pase a la pregunta 38)
25. ¿Desde cuando trabaja? _____
26. ¿Cuándo usted decidió trabajar a qué acuerdo económico, de administración del hogar y en relación a los hijos llegó con su esposo?

27. ¿Tiene problemas con su esposo por motivos relacionados con su trabajo? (SI) (NO)
¿cuáles? _____
28. ¿Cuál es su horario de trabajo? _____
29. ¿Le satisface su trabajo? (SI) (NO), ¿por qué? _____
30. ¿ Cree usted que su rendimiento laboral o en el hogar podría mejorar o que generalmente da su mayor esfuerzo? (SI) (NO)
¿por qué? _____
31. ¿Utiliza su tiempo libre para cumplir con su responsabilidad laboral y/o del hogar?(SI) (NO)
32. Recibe usted reconocimiento de otras personas por su trabajo o labor en el hogar? (SI) (NO)
33. ¿Necesita usted de constante reconocimiento para poder avanzar en el trabajo o en cualquier otra actividad? (SI) (NO)
34. ¿Habría otras actividades que le gustaría realizar, además de las que hace? (SI) (NO)
35. ¿Tiene amigos o (as)? (SI) (NO)
36. ¿ Con qué frecuencia platica con ellos? A) (Diariamente) B) (Una vez a la semana)
C) (Una vez cada 15 días) D) (Ocasionalmente)
37. ¿Tiene problemas de salud? (SI) (NO)
¿cuáles? _____
38. En general usted se siente: A) (tranquila) B) (estresada) C) (triste) D) (enojada o molesta)
E) (satisfecha).
39. ¿Se siente satisfecha consigo misma y con su vida? (SI) (NO), ¿porqué?

J A S - INVENTARIO DE ACTIVIDAD DE JENKINS (Forma C)

C.D. Jenkins, S.J. Zyzanski, R.H. Rosenman

Apellidos Nombre Edad Sexo

Las preguntas de esta prueba hacen referencia a aspectos de la conducta que ayudan al diagnóstico médico y psicológico. Cada persona es diferente; no hay respuestas correctas ni incorrectas.

En cada pregunta, elija la alternativa que sea cierta para Vd. y señale la letra que tiene delante. Dé solamente una respuesta para cada pregunta. Si desea cambiar una respuesta, anule 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 qué frecuencia su trabajo "le pone en acción" (le obliga a ser muy activo)?**
 - A. Menos frecuentemente que el trabajo de la mayoría de las demás personas
 - B. En torno al promedio
 - C. Más que el trabajo de la mayoría de las demás personas
3. **¿Cuál de las siguientes situaciones es más 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 se enfrentan a cambios inesperados, continuas interrupciones inconvenientes o "cosas que van mal". ¿Con qué frecuencia se encuentra Vd. con estas pequeñas (o 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 o menos
5. **Cuando Vd. está bajo presión o estrés, ¿qué es lo que hace generalmente?**
 - A. Hago inmediatamente algo para solucionarlo
 - B. Planifico cuidadosamente antes de actuar
6. **¿Con qué rapidez suele 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 o algún amigo, ¿le han dicho alguna vez que come demasiado rápidamente?**
 - A. Sí, a menudo
 - B. Sí, una o dos veces
 - C. No, nunca
8. **¿Con qué frecuencia hace más de una cosa al mismo tiempo, tal como trabajar mientras come, leer mientras se viste, o resolver problemas mientras conduce?**
 - A. Hago dos cosas a la vez casi siempre
 - B. Hago esto sólo cuando estoy escaso de tiempo
 - C. Raramente o nunca hago más de una cosa a la vez
9. **Cuando está escuchando a una persona y ésta da muchos rodeos para llegar al grano, ¿con qué frecuencia tiende a urgir a esa persona?**
 - A. Frecuentemente
 - B. Ocasionalmente
 - C. Casi nunca



Adaptación española Enrique G. Fernández-Abascal

Traducido y adaptado con permiso por TEA Ediciones, S.A. Copyright © 1979, 1969, 1966, 1965 by The Psychological Corporation, U.S.A.
 Copyright versión española 1991 by The Psychological Corporation, U.S.A. Todos los derechos reservados - Edita TEA Ediciones, S.A. Fray Bernardino de Sahagún, 24 - 28036 Madrid - Imprime Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo. - 28002 Madrid - Dep. legal: M - 21771 - 1991.

0. Actualmente, ¿con qué frecuencia "pone palabras en boca de alguien" para abreviar la conversación y acelerar las cosas?

- A. Frecuentemente
- B. Ocasionalmente
- C. Casi nunca

1. Si se cita con su esposo/a o con un amigo, ¿con qué frecuencia llega Vd. tarde?

- A. De vez en cuando
- B. Raramente
- C. Nunca llego tarde

2. ¿Con qué frecuencia se apresura por llegar a un sitio aunque tenga tiempo de sobra?

- A. Frecuentemente
- B. Ocasionalmente
- C. Casi nunca

3. Supóngase que está esperando a alguien en un lugar público (esquina de la calle, puerta de un edificio, restaurante) y que la otra persona se retrasa 10 minutos. ¿Qué haría Vd.?

- A. Me siento y espero
- B. Doy vueltas mientras espero
- C. Normalmente llevo algo para leer o escribir, así puedo hacer algo mientras espero

4. 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 impaciento, pero no lo manifiesto
- C. Me impaciento tanto que cualquiera que me observe verá que estoy inquieto
- D. Rehusó esperar en la cola y busco la forma de evitar la espera

5. Cuando juega con niños de unos 10 años (o cuando hizo eso en el pasado), ¿con qué frecuencia les dejaba ganar?

- A. La mayoría de las veces
- B. La mitad de las veces
- C. Sólo ocasionalmente
- D. Nunca

6. Cuando era más joven, la mayoría de la gente consideraba que Vd. 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 y tranquila

18. Su esposo/a (o amigo íntimo) le calificarían 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 (o amigo íntimo) considera que su nivel de actividad es ...

- A. Demasiado lento; debería ser más activo
- B. Como el término medio; ocupado la mayor parte del tiempo
- C. Demasiado activo; debería tomarse las cosas con más calma

20. Quienes le conocen bien, ¿están de acuerdo en que Vd. toma el trabajo demasiado seriamente?

- A. Terminantemente, sí
- B. Probablemente, sí
- C. Probablemente, no
- D. Terminantemente, no

21. Quienes le conocen bien, ¿están de acuerdo en que Vd. tiene menos energía que la mayoría de la gente?

- A. Terminantemente, sí
- B. Probablemente, sí
- C. Probablemente, no
- D. Terminantemente, no

22. Quienes le conocen bien, ¿están de acuerdo en que tiende a irritarse fácilmente?

- A. Terminantemente, sí
- B. Probablemente, sí
- C. Probablemente, no
- D. Terminantemente, no

23. Quienes le conocen bien, ¿están de acuerdo en que tiende a hacer la mayoría de las cosas apresuradamente?

- A. Terminantemente, sí
- B. Probablemente, sí
- C. Probablemente, no
- D. Terminantemente, no

24. Quienes le conocen bien, ¿están de acuerdo en que le gusta competir e intenta ganar por todos los medios?
- A. Terminantemente, sí
 - B. Probablemente, sí
 - C. Probablemente, no
 - D. Terminantemente, no
25. Cuando Vd. 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. Sólo 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 una tarea?
- A. Diariamente o más a menudo
 - B. Semanalmente
 - C. Mensualmente o menos
 - D. Nunca
29. Los plazos o límites de tiempo para terminar una tarea, generalmente le producen...
- A. Poca tensión, por ser 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 a sí mismo límites de tiempo o plazos en el trabajo o en casa?
- A. No
 - B. Sí, pero sólo 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 dos tareas al mismo tiempo, cambiando rápidamente de una a otra?
- A. No, nunca
 - B. Sí, pero sólo en emergencia
 - C. Sí, habitualmente
33. ¿Está satisfecho con el puesto que ocupa en su trabajo actual, como para permanecer en él durante los próximos 5 años?
- A. Sí
 - B. No; quiero progresar
 - C. Terminantemente, no; me esfuerzo para progresar y no estaría satisfecho si no lo consiguiera en este periodo
34. Si Vd. pudiera elegir, ¿qué preferiría?
- A. Un pequeño incremento en el sueldo sin promoción a un puesto superior de trabajo
 - B. Una promoción a un puesto superior sin incremento en el sueldo
35. En los tres últimos años, ¿ha tomado menos días de vacaciones que los que le corresponden?
- A. Sí
 - B. No
 - C. Mi tipo de trabajo no permite vacaciones regulares
36. En los tres últimos años, ¿cómo cambiaron sus ingresos anuales?
- A. Se han mantenido iguales 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 qué 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 qué frecuencia va a su lugar de trabajo cuando no tiene obligación de ir (tal como de noche o en 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 o más

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

- A. Ir más despacio un rato hasta que me recupero
- B. Esforzarme en mantener el mismo ritmo a pesar del cansancio

40. Cuando está en un grupo, ¿con qué frecuencia los demás le ven como un líder?

- A. Raramente
- B. Tan a menudo como a los demás
- C. Más a menudo que a los demás

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

- A. Nunca
- B. Ocasionalmente
- C. Frecuentemente

Para responder a las preguntas 42-46, compárese con otros trabajadores de su ocupación actual y señale la respuesta que le describa de manera más precisa.

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

- A. Mucho más que los demás
- B. Un poco más que los demás
- C. Un poco menos que los demás
- D. Mucho menos que los demás

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

- 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 muchas más ocasiones que los demás
- B. En pocas más ocasiones que los demás
- C. En pocas menos ocasiones que los demás
- D. En muchas menos ocasiones que los demás

45. En cuanto a ser preciso (cuidadoso con los detalles) Vd. 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 cinco años
- C. No puedo decidir

48. La responsabilidad en el trabajo ...

- A. Es mayor actualmente
- B. Era mayor hace cinco 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 cinco años
- C. No puedo decidir

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

- A. 0-1
- B. 2
- C. 3
- D. 4
- F. 5 ó más

51. ¿Qué estudios ha cursado?

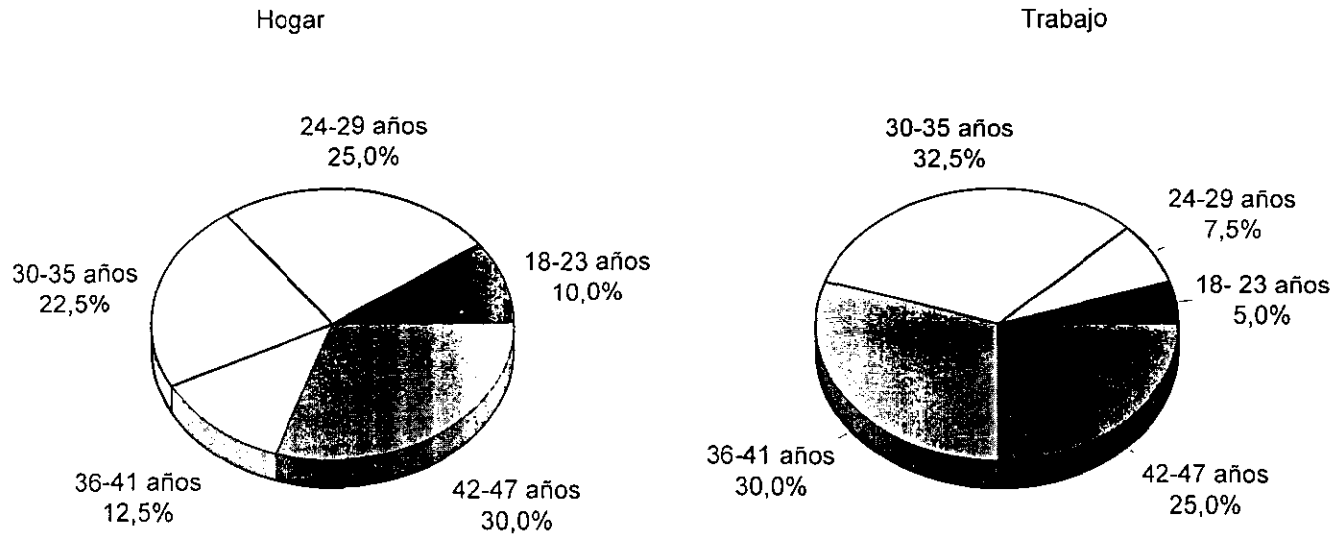
- A. Algún curso de E.G.B.
- B. Bachillerato completo
- C. Formación profesional
- D. Diplomado universitario
- E. Licenciado Universitario

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

- A. No
- B. Si, tuve uno de estos cargos
- C. Si, tuve dos o más de estos cargos

EDAD DE LAS MUJERES.

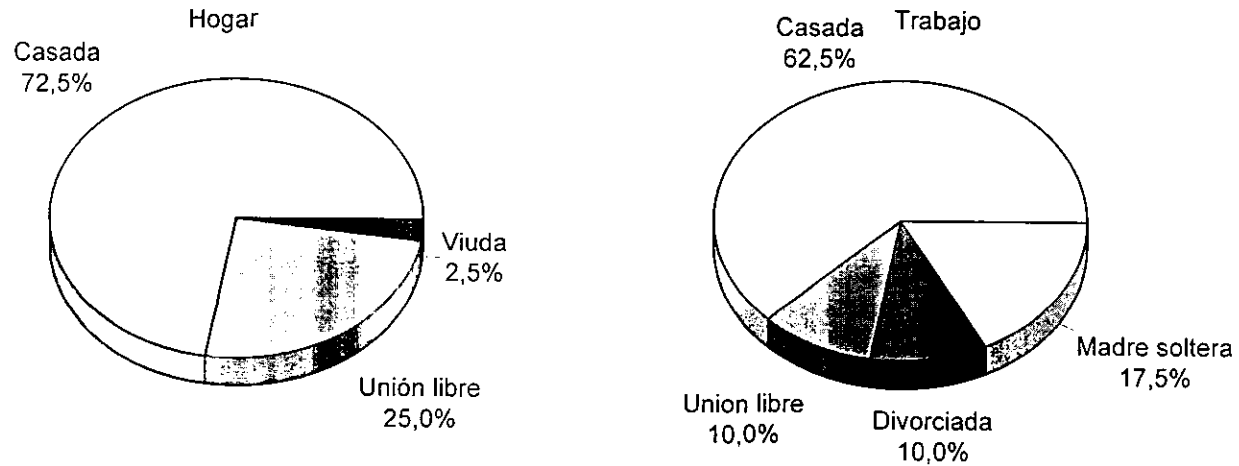
GRÁFICA 1



La gráfica muestra los porcentajes de las edades de las mujeres en ambos grupos: Hogar (izquierda) y Trabajadoras (derecha)

ESTADO CIVIL DE LOS SUJETOS

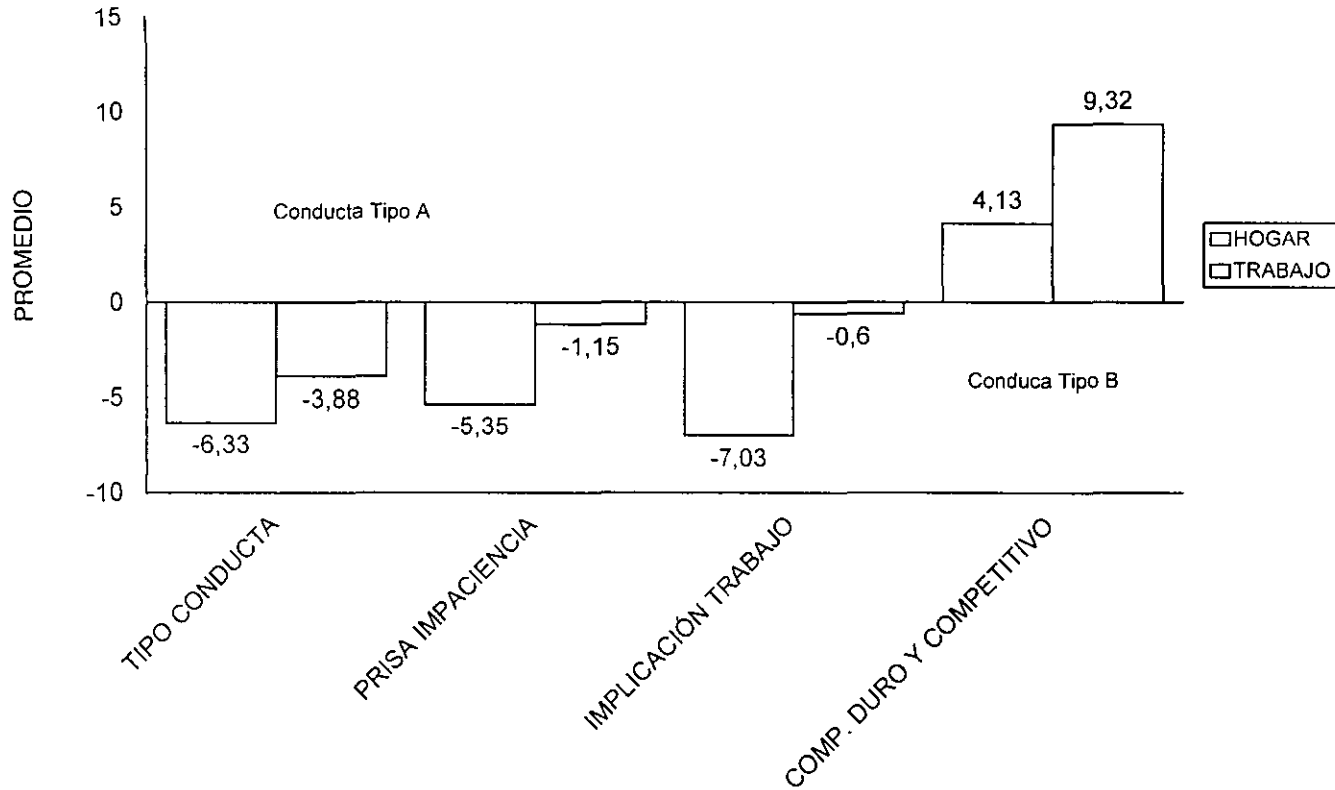
GRÁFICA 3



La figura muestra el porcentaje del estado civil de las mujeres en ambos grupos: hogar (izquierda) y trabajadoras (derecha).

TIPO DE CONDUCTA

GRÁFICA 4



La gráfica muestra el promedio de mujeres en cada grupo que fueron clasificadas como de conducta tipo A o tipo B y en las tres dimensiones relacionadas que evalúa el Inventario de Actividad de Jenkins

GLOSARIO

Anoxia: falta de oxígeno.

Arritmias: cualquier variación del ritmo normal del latido cardíaco.

Arteriosclerosis: grupo de enfermedades caracterizadas por engrosamiento y pérdida de elasticidad de las paredes arteriales.

Artritis reumatoide: enfermedad general crónica que ataca principalmente las articulaciones caracterizadas por cambios inflamatorios y atrofia de huesos.

Asma bronquial: trastorno asmático (falta de oxígeno por contracción espasmo) que acompaña la bronquitis.

Aterosclerosis: endurecimiento de las arterias.

Aterosclerosis: es la formación de una placa gruesa en el interior de las arterias de mediano y gran calibre.

Aurícula: cada una de las dos cavidades que reciben la sangre que llega al corazón.

Carcinógenos: sustancias químicas o agentes físicos que pueden provocar la aparición del cáncer.

Cardiovasculares: se refiere al corazón y a los vasos sanguíneos a la vez.

Catecolaminas: sustancias neurotransmisoras.

Colesterol: Alcohol esteroide aperlado semejante a grasa, cristaliza en forma de escamas o láminas; se presenta en grasas animales, sangre, tejido cerebral, etc.

Coronariopatías: problemas en las arterias coronarias.

Cortisol: nombre de un importante químico glucocorticoide natural elaborado por la corteza suprarrenal humana.

Diaforesis: sudoración extrema.

Disnea: Dificultad para respirar.

Epinefrina: hormona secretada por la médula suprarrenal como reacción a espalancicos que se almacenan en los cromafines; es un potente estimulador del sistema parasimpático que aumenta la presión arterial y estimula el músculo cardíaco.

Escápula: Omóplato.

Fibrilación: Contracciones violentas y desordenadas de las fibras del músculo cardíaco.

Frecuencia cardíaca: velocidad del pulso.

Hipercolesterolemia: elevación patológica de las laminas de colesterol.

Hipertensión: presión arterial persistentemente alta.

Hipertrófia: agrandamiento o crecimiento excesivo de un órgano o parte de un órgano debido a un aumento en el tamaño de las células constituyentes.

Isquémica: disminución de la circulación sanguínea.

Miocardicas: ver miocardio.

Miocardio: es el tejido muscular que forma el corazón.

Necrosis: muerte celular.

Neoplasias: son tejidos que se forman en el organismo y que también se conocen como tumor.

Neurodermatitis: Problemas o enfermedades de la piel de origen nervioso.

Neuroendocrinas: se refiere a las hormonas secretadas en el sistema nervioso.

Neuronales: se refiere a las células nerviosas llamadas neuronas.

Norepinefrina: catecolamina natural liberada por los nervios y es un vaso presor potente.

Parasimpático: Parte del sistema nervioso que aminora el ritmo cardíaco y acelera los movimientos del tubo digestivo. Trabaja antagónicamente al sistema nerviosos simpático.

Reactividad: son los cambios en los parámetros fisiológicos como la presión sanguínea y niveles de plasma epinefrina o norepinefrina cuando el individuo es expuesto a cambios conductuales o fisiológicos.

Suspiro Espiratorio: sacar fuera del pecho el aire que se respira.

Taquicardia: rapidez excesiva en la actividad cardíaca.

Tirotoxicosis: trastorno mórbido resultante de infección con tiroxión caracterizado por vértigo, cefalalgia (dolor de cabeza), vómitos, escalofríos y calambres musculares.

Vasoconstrictor: Lo que provoca la disminución del diámetro de los vasos sanguíneos.

Vasodilatador: Lo que provoca el aumento del diámetro de los vasos sanguíneos y con ello el aumento del flujo sanguíneo.