

01981

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INFARTO DEL MIOCARDIO: OPCION O DESIGNIO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A
MARIA ELENA JULIA CASAMADRID PEREZ
MEXICO, D. F. 1989



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.

C O N T E N I D O

C O N T E N I D O

RESUMEN

INTRODUCCION

ANTECEDENTES :

- CAPITULO I Enfermedad Coronaria Isquémica**
- 1.1 Aspectos Generales de la Cardiopatía Isquémica**
 - 1.2 Cardiopatías**
 - 1.2.1 Enfermedad Coronaria**
 - 1.2.2 Cardiopatía Isquémica**
 - 1.2.3 Infarto del Miocardio**
 - 1.3 Frecuencia de la Cardiopatía Isquémica**
 - 1.4 Fisiopatogenia de la Enfermedad Coronaria
Aterosclerosa**
 - 1.5 Factores de Riesgo de Enfermedad Coronaria**
 - 1.6 Características del Infarto del Miocardio en
Personas "Jóvenes"**

C O N T E N I D O

- CAPITULO II** *Línea de Conducta de Tipo A*
 - 2.1 *Definición*
 - 2.2 *Características de la Línea de Conducta Tipo A*
- CAPITULO III** *Metodología de la Investigación*
 - 3.1 *Problema de la Investigación*
 - 3.2 *Preguntas de Investigación*
 - 3.3 *Diseño de la Investigación*
 - 3.4 *Variables*
 - 3.4.1 *Tipo de Variables*
 - 3.4.2 *Definición de Variables*
 - 3.5 *Método*
 - 3.5.1 *Sujetos*
 - 3.5.2 *Escenario*
 - 3.5.3 *Instrumentos*
 - 3.5.3.1 *Cuestionario de Datos Personales y de Salud*
 - 3.5.3.2 *Guía de Factores de Personalidad (GFP)*
 - 3.5.4 *Procedimiento*
 - 3.5.4.1 *Aplicación de Instrumentos de Medición*
 - 3.5.4.2 *Reagrupamiento de la Muestra*
 - 3.5.4.3 *Selección de ítems*
 - 3.5.4.4 *Análisis Factorial de la GFP Definitiva*
 - 3.5.4.5 *Elaboración de Normas*
 - 3.5.4.6 *Análisis del Grupo de Infartados*
- CAPITULO IV** *Resultados de la Investigación*
 - 4.1 *Tratamiento Estadístico para aglutinar Grupos*
 - 4.1.1 *Resultados del Análisis Simple de Varianza - Grupos de Hombres*
 - 4.1.2 *Resultados del Análisis Simple de Varianza - Grupos de Mujeres*
 - 4.2 *Reagrupamiento de Hombres*
 - 4.3 *Descripción de la Muestra*

C O N T E N I D O

- 4.4 *Selección de Ítemes*
- 4.5 *Análisis Factorial GFP-43*
- 4.6 *Análisis del Grupo de Infertados*

CAPITULO V *Interpretación de Datos*

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo principal analizar el uso de la metodología de la encuesta en el campo de la psicología, así como sus ventajas y limitaciones. Se comienza describiendo el concepto de encuesta y su evolución histórica, pasando por los tipos de encuestas más comunes: censales, muestrales y telefónicas. Se detallan los pasos para diseñar una encuesta, desde la definición del objetivo y la población hasta la selección de la muestra y la redacción de las preguntas. Se discuten los aspectos éticos involucrados en la recolección de datos y se presentan ejemplos de encuestas aplicadas en diferentes áreas de la psicología, como la salud mental y el comportamiento humano. Finalmente, se concluye que la encuesta es una herramienta valiosa para la investigación psicológica, siempre que se utilice de manera rigurosa y ética.

RESUMEN

INFARTO DEL MIOCARDIO: OPCION O DESIGNIO

La enfermedad aterosclerótica es una de las causas principales de mortalidad en la Cd. de México. En los últimos años esta enfermedad se ha ido presentando con mayor frecuencia en personas cada vez más jóvenes.

Diversas investigaciones científicas, tanto médicas como psicológicas, han mencionado ciertos factores, considerados de riesgo, cuya presencia podría promover esta enfermedad. Entre estos factores se encuentra la Línea de Conducta Tipo A.

El propósito de esta investigación era:

1. Determinar si existe la Línea de Conducta Tipo A.
2. Si existe, medirla con la Guía de Factores de Personalidad. (GFP).
3. Depurar la GFP hasta obtener la mejor versión de la prueba, con sus mejores características, en el menor número de ítemes.
4. Validar la GFP con criterios de contenido, contraste y factorial (de "constructo").

5. *Elaborar normas percentilares y de calificación z, para identificar a los sujetos que en el futuro respondan a la GFP como lo hicieron los sujetos infartados de este estudio.*
6. *Determinar las características que compartían entre sí los sujetos infartados.*

La investigación se realizó en una muestra formada por 386 hombres (123 infartados prematuramente, con edades entre 45 y 55 años, y 263 sujetos considerados "normales").

La investigación arrojó los siguientes resultados:

La Línea de Conducta Tipo A sí existe y tiene evidente relación con la enfermedad aterosclerótica prematura, y esta Conducta se puede medir con la GFP-43 (forma reducida), cuestionario que probó tener validez de contenido, de contraste y factorial, y una confiabilidad entre .81 y .86.

Los ítemes que conformaron la GFP-43 fueron elegidos siguiendo los criterios de; discriminabilidad: infartados vs sanos; correlación con ítemes probadamente discriminadores; homogeneidad inter-ítemes, obtenida con la correlación biserial; y carga factorial mayor que .3 aunada a una comunalidad mayor de .25 en los dos análisis factoriales realizados. (Varimax, rotado ortogonalmente a estructura simple, deteniendo la factorización cuando el valor del eigen era menor a 1.0).

El análisis factorial de la GFP-43 arrojó tres factores:

- I Agresividad verbal - Apresuramiento, que da cuenta del 51.6% de la varianza común.*
- II Anticipación a la frustración proveniente del medio o de un prójimo devaluado, que explica el 9.4% de la varianza común.*
- III Motivación hostil - Competitividad, con una varianza común explicada de 6.9%.*

Las características del grupo de infartados fueron:

- a) El grupo de infartados tenía una edad promedio de 52 años y una edad media, al momento de sufrir el infarto de 49 años.
- b) En los meses de enero, junio, septiembre, octubre, noviembre y diciembre se presentaron significativamente más infartos que en los restantes.
- c) El 43.9% de los infartados era primer varón de sus familias.
- d) El 80.5% de los infartados estaba casado.
- e) El grupo de 123 infartados presentó una media de 3.5 hijos.
- f) El nivel escolar fué: 17.1% primaria, 15.5% secundaria, 8.1% preparatoria, 44.7% licenciatura y 14.6% posgrado, muy superior al promedio urbano de escolaridad en México.
- g) El 60.16% no tenía antecedente de infarto en sus ancestros familiares.
- h) El 83.7% tenía más de 25 años de residir en el E.F.
- i) El 37.4% nunca había fumado y el 33.3% fumaba después del infarto.
- j) En cuanto a las enfermedades que presentaban los infartados, el 38.2% tenía gastritis y 21.1% hemorroides, las dos enfermedades que más padecían los infartados.
- k) El 76% de los infartados presentaba la Línea de Conducta Tipo A, definida como "responder significativamente (al .01) más a V (verdadero) que a F (falso) en la forma definitiva del test, el GFP-43".

A B S T R A C T

MYOCARDIAL INFARCTION: OPTION OR DESIGN

The atherosclerotic disease is one of the main causes of mortality in Mexico City. In the last years, it has become a major threat to younger people.

Several scientific researches, psychological and medical, have mentioned risk factors that can promote this illness, among these factors, type A behavior pattern is found.

The purpose of this investigation was:

- 1) *To confirm the existence of type A behavior pattern.*
- 2) *If proved, measure it with the "Guía de Factores de Personalidad" (GFP).*
- 3) *Improve the GFP in order to get the best of it, taking in consideration its better characteristics and power using the least number of items.*
- 4) *To valuate GFP against the criteria of face, contrast, and factorial validity.*

- 5) To build z and percentiles norms for future identification of subjects prone to myocardial infarction.
- 6) To determine which characteristics share the infarcted subjects.

The sample was composed of 386 men (123 of men prematurely infarcted, 45 to 55 years of age, and 263 non-infarcted subjects).

Results:

Type A behavior pattern is a fact and it was proved its relation to premature atherosclerotics sickness, and this behavior pattern can be measured with the GFP-43, a short form of the original GFP-120, which demonstrated face, contrast and factorial validity and a reliability between .81 and .86.

Criteria to select the items to compose the GFP-43 were:

Discriminability, inter-items homogeneity (obtained through biserial correlation), very high correlation with the already demonstrated discriminated items; factor loads greater .3 and fair communalities on the two done factor analysis (Varimax, orthogonal rotation, stopping factor extraction at 1.0 eigen value).

The factor analysis of the GFP-43 yield three factors.

- I Verbal aggression - Hurriness. Explained 51.6% of common variance.
- II Anticipation to the frustration caused by a devaluated neighbor or the environment. Explained 9.4% of common variance.
- III Hostile motivation - Competitiveness. Explained 6.9% of variance.

The main traits of the infarcted group were:

- a) Mean age at moment of infarct, 49 years.
- b) June, september, october, november, december and january showed significant more occurrence of infarction than the rest of the months.
- c) The 43.9% of infarcted subjects were first-born son.
- d) 80.5% were married.
- e) Mean offspring among the infarcted group is 3.5 children.
- f) Education level was: 17.1% primary school, 15.5% secondary school, 8.1% preparatory school, 44.7% university level and 14.6 master and doctor degree. Too much superior to Mexico City's average.
- g) 60.16% lack of previous family history of myocardial infarction disease.
- h) 83.7% lived in the D.F. for 25 years or more before infarction.
- i) 37.4% had never smoke and 33.3 keep smoking after the myocardial infarction.
- j) Two illnesses were prevalent among the myocardial infarction group: 47% gastritis and 21.1% hemorrhoids.
- k) 76% of myocardial infarction group showed a clear cut type A behavior pattern measured as "significant (.01) more "V" responses than "F" responses on the GFF-43".

INTRODUCCION

INTRODUCCION

De acuerdo al informe elaborado por un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en 1984 (OMS, 1986), las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en muchos países desarrollados y su importancia va en aumento en los estratos económicamente privilegiados de los países en vías de desarrollo.

En México las 10 principales causas de la morbilidad hospitalaria por diagnóstico (OMS, 1986) son las siguientes:

- 1. Enfermedades infecciosas intestinales.*
- 2. Amibiasis.*
- 3. Enfermedades infecciosas y parasitarias.*
- 4. Enfermedades del ojo y sus anexos.*
- 5. Diabetes mellitus.*
- 6. Fiebre tifoidea y paratifoidea.*
- 7. Infarto agudo del miocardio.*
- 8. Deficiencias nutricionales.*
- 9. Enfermedades reumáticas crónicas del corazón.*
- 10. Enfermedad hipertensiva.*

Al analizar las principales causas de morbilidad en nuestro País, podemos clasificarlas, a excepción de la Diabetes Mellitus, en dos grupos; uno de ellos es propio de los países subdesarrollados y agruparía a las enfermedades infecciosas

intestinales, parasitarias y nutricionales, y el otro, paradójicamente es característico de los países desarrollados y comprendería a las enfermedades cardiovasculares y quizá la hipertensión.

Buscar una solución al problema que representa el primer grupo de enfermedades estaría más en el orden de lo social y lo económico, que en lo psicológico; es en el segundo en donde psicología y medicina pueden desarrollar y promover conocimientos que lleven a proponer acciones que combatan las enfermedades cardiovasculares y de hipertensión en nuestro País.

El infarto del miocardio que ocupa el octavo lugar entre las causas de la mortalidad general en nuestro País (INEGI, 1986) ha sido estudiado por la medicina desde hace muchos años. Actualmente los investigadores han localizado e identificado algunos de los factores involucrados en esta enfermedad, asimismo han desarrollado complejas técnicas para su detección y tratamiento, pero desafortunadamente las causas que lo producen, cuyo conocimiento nos permitiría establecer medidas para su prevención, no han sido claramente determinadas, excepto en este renglón: su causa definitivamente no es un virus, ni es la herencia, y por lo menos, en la gran mayoría de los casos, aparentemente no está en los genes.

En 1950 los cardiólogos Friedman y Rosenman sugirieron la presencia, en las personas infartadas, de un nuevo factor psicológico denominado "Línea de Conducta Tipo A". Factor que describieron como un particular conjunto de rasgos de personalidad que incluye, principalmente, tres componentes característicos: a) un gran afán competitivo; b) hostilidad y agresividad; y c) una sensación de urgencia y prisa constante.

Estos autores definieron a la Línea de Conducta Tipo B, como la línea de conducta contraria a la tipo A, es decir, aquella conducta que presentaban los hombres que no expe-

rimentaban sensación de urgencia, que no mostraban un excesivo afán competitivo, ni poseían una fácil irritabilidad. (Friedman y Rosenman, 1959).

Desde hace más de 10 años, en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se ha venido investigando de una manera sistemática y científica este problema.

Actualmente esta investigación se encuentra en una fase terminal, se han llevado a cabo diversos trabajos de índole psicométrica que han arrojado algunas evidencias a favor de la psicogénesis de la enfermedad cardiocoronaria en oposición a la biogénesis. Se han detectado ciertas características psicológicas, sociales y físicas que han permitido conformar un perfil de personalidad propio de los individuos que han padecido infarto del miocardio. (Castillo, 1979; Osorio, 1986; Rivera, 1979).

Con base en los conocimientos adquiridos acerca de la génesis del infarto del miocardio, producto de 14 años de una investigación sostenida por el grupo de investigadores de la Facultad de Psicología de la UNAM encabezados por el Dr. Gustavo Fernández, esta tesis doctoral intenta demostrar la siguiente hipótesis, que expresada en forma de nulidad dice:

No existe la Línea de Conducta Tipo A propuesta por Friedman y Rosenman, y de existir, no guarda relación con la enfermedad cardiocoronaria prematura.

Para dar respuesta a esta hipótesis fue necesario en un primer momento de esta investigación, depurar y validar la Guía de Factores de Personalidad, instrumento que se utilizó en este estudio y que supuestamente medía la Línea de Conducta Tipo A. Posteriormente, una vez depurado y validado este instrumento de medición, se verificó que este tipo de comportamiento se encontraba presente en las personas infartadas prematuramente, para poder así, considerar a la Línea de Conducta Tipo A, como uno de los factores de riesgo

que pueden promover el infarto del miocardio.

Las repercusiones económicas y sociales que las enfermedades cardiovasculares representan para México son sumamente elevadas, ya que incluyen costos de atención a la salud, pérdidas en la producción debido a la enfermedad, incapacidad y a veces muerte prematura, y grandes dificultades económicas, emocionales y sociales para las familias por la muerte prematura o incapacidad de alguno de sus miembros, sin mencionar las desastrosas consecuencias personales para quien lo sufre.

La importancia y trascendencia de esta investigación está en la posibilidad de desarrollar "estrategias de atención preventiva" a todos los individuos especialmente expuestos a esta enfermedad, intentando modificar su estilo de vida, y definir "estrategias de rehabilitación" para aquellas personas que ya han sufrido un primer infarto.

Dada la relevancia del problema, cualquier esfuerzo que se realice encaminado a entender y esclarecer las causas que originan estos accidentes cardiovasculares isquémicos, deberían alentarse y promoverse por la comunidad científica de México.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

A pesar de la extensa investigación que en relación a las enfermedades cardiovasculares se ha llevado a cabo en los últimos años, todavía el problema dominante en la aterosclerosis es que no se conocen los mecanismos básicos subyacentes al desarrollo de las diversas lesiones cardíacas, ni tampoco cómo influyen los diversos factores de riesgo al progreso de estas lesiones.

Han sido temas de estudio, entre otros: aspectos demográficos y epidemiológicos, consideraciones sociales y culturales, investigaciones endocrinológicas, así como la psicodinamia y los rasgos de personalidad propios del paciente que presenta problemas cardiovasculares.

Todo ello con el objeto de desarrollar programas de prevención que puedan reducir o diferir el inicio de complicaciones de aterosclerosis en la vida adulta, y en el mejor de los casos, eliminarlas.

A continuación se mencionan algunas de las investigaciones realizadas que se consideran de importancia para el mejor desarrollo de este trabajo.

1. *Consideraciones Demográficas y Epidemiológicas*

Pisa y Uemura (OMS, 1986) informan que en un periodo de 10 años recientes, el porcentaje en las tasas de defunción por cardiopatía isquémica en países industrializados para el grupo de 40 - 69 años de edad se ha visto incrementado en países como Italia, Irlanda del Norte, Israel, Irlanda, Suecia, Checoslovaquia, Rumania, Yugoslavia, Polonia, Hungría y Bulgaria. A diferencia de países como E.U.A., Australia, Canadá, Bélgica, Nueva Zelanda, Países Bajos entre otros, que han logrado disminuir dicho porcentaje.

Beltrán (1983) anota que si bien es cierto que en Estados Unidos han disminuido las muertes por cardiopatía isquémica en la última década, es probable que esto sea un reflejo de la mejor atención del enfermo con infarto reciente: transporte rápido, personal y unidades especializadas, y nuevos procedimientos médicos y quirúrgicos. Y que dado que la población proclive al infarto ha aumentado, es probable que el problema sea aún mayor.

Geist (1980) menciona que en los Estados Unidos de Norteamérica existen de 10 a 12 millones de personas que sufren enfermedades cardiovasculares graves, y 15 millones que padecen enfermedades menos graves, siendo la enfermedad del corazón uno de los problemas nacionales más grandes. El promedio anual de muertes por infarto del Miocardio en Estados Unidos está cerca del medio millón.

En investigación realizada en México, Guerrero González (1985) menciona que cada año, uno por ciento de los hombres entre 30 y 62 años de edad, experimentan síntomas de cardiopatía isquémica por primera vez. La manifestación de la

enfermedad puede ser: infarto agudo del miocardio (42%), angina de pecho (38%), síndrome intermedio (7%) o muerte (13%), de la cual la mitad ocurre súbitamente.

En un estudio estadístico realizado en México, Rivera (1979) informa que el sexo masculino muestra una particular predisposición a sufrir un ataque cardíaco: aproximadamente 8 de cada 10 casos suceden en varones.

Schneider (1988) investiga las variables demográficas de las cardiopatías; isquémica, reumática, congénita e hipertensiva que se presentan en el Centro Médico Nacional de México, encontrando que el sexo masculino y una edad mayor de 50 años se relacionan con la cardiopatía isquémica.

Herber (1981) menciona que a pesar de que ha sido reconocido durante décadas por diferentes autores, que la cardiopatía isquémica se presenta más frecuentemente en hombres, la razón de esto no ha sido bien comprendida.

Guadalajara (1955) menciona que la cardiopatía isquémica es más frecuente en el hombre que en la mujer en una relación cuatro a uno, y que después de la menopausia la frecuencia se iguala en ambos sexos, por lo que sugiere que las hormonas gonadales femeninas intervienen de alguna forma previniendo la aterosclerosis.

Waters, Halphen, Theroux, David y Mingala (1978) anotan que en un estudio realizado en Canadá, las mujeres jóvenes con infarto del miocardio, contrario a los hombres jóvenes con el mismo padecimiento, tienen una incidencia muy baja de factores de riesgo.

Diversos estudios han demostrado una clara periodicidad estacional en las tasas de muerte por cardiopatía coronaria, con una ocurrencia de fallecimientos hasta 50% durante los meses de invierno, en aquellos países (y en los Estados Unidos de Norteamérica) donde los inviernos son más fríos. (Geist, 1980).

En la Ciudad de México, Castillo (1979) menciona que se presenta una mayor incidencia del infarto del miocardio durante los meses de septiembre a noviembre y dura por lo general hasta enero.

2. Consideraciones Sociales y Culturales.

En relación a la participación de factores socio-culturales en las enfermedades cardiovasculares, la Organización Mundial de la Salud (Informe Técnico 732, 1986) menciona que la cardiopatía reumática se asocia a la pobreza y el hacinamiento, mientras que en los países desarrollados se presenta de una forma masiva la cardiopatía coronaria.

Geist (1980), con base en diversos estudios llevados a cabo en diferentes países occidentales, relaciona la ocurrencia del infarto del miocardio en pacientes jóvenes con el grado de "urbanización" de la región a la que pertenecen.

Castillo (1979) al analizar el tiempo que los infartados tienen de radicar en el Distrito Federal, llega a la conclusión de que el D. F. es un factor infartógeno. Rivera (1979) menciona que los mexicanos que padecen infarto y son atendidos en la capital, han pasado por lo menos 85% de su vida viviendo en el D. F.

En lo que se refiere al problema de la contaminación ambiental, Geist (1980) informa que en Estados Unidos la contaminación asociada con altas concentraciones de dióxido de sulfuro se ha acompañado de un aumento importante de fallecimientos por cardiopatía aterosclerótica. En cuanto al efecto del ruido, su relación con las cardiopatías es incierto, por el momento se le vincula únicamente con el problema global de la tensión.

Se piensa que el agua dura (extraída de pozos) ejerce una influencia protectora contra la enfermedad del corazón, aunque se desconoce el mecanismo preciso, se le asocia con la presencia del calcio (Geist, 1980).

Silber y Katz (1978) y Van der Valk y Groen (citado por Geist, 1980) descubrieron que el periodo previo a la aparición del infarto del miocardio se caracterizaba por cambios importantes en muchos aspectos de la vida del paciente.

Dunbar (1943) menciona entre otras las siguientes características socio-culturales en los enfermos norteamericanos de las coronarias: provienen de familias numerosas, trabajan varias horas sin descanso bajo tensión y esfuerzo considerables, no muestran interés en los deportes o pasatiempos, pero sí en las actividades intelectuales.

En investigaciones realizadas en México, en relación al lugar que el sujeto infartado ocupa en su familia (entre sus hermanos), éste tiende a ser el primer varón (Castillo, 1979 y Rivera, 1979).

Kasanen y Syme (citados por Geist, 1980) encontraron que aquellos con infarto del miocardio

presentan una mayor tendencia a no tener vacaciones regulares, y a usar más soporíficos y analgésicos de una manera habitual.

En relación al grado de escolaridad de los infartados en México, el infartado del sexo masculino rebasa el nivel de la educación media y alcanza el nivel superior (Castillo, 1979 y Rivera, 1979), sobrepasando en mucho el nivel nacional de escolaridad.

Hay ocupaciones que favorecen la aparición del infarto. Espino Vela (1980) menciona que en el intelectual con grandes responsabilidades es más frecuente el infarto que en el obrero o trabajador manual.

Castillo (1979) en investigación llevada a cabo en la Ciudad de México, encontró un claro predominio en relación a la ocupación o profesión que desempeñan los infartados, siendo ésta la de ejecutivos, industriales, comerciantes y profesionistas.

3. Investigaciones endocrinológicas.

El funcionamiento endócrino de los infartados, también ha sido sujeto de varias investigaciones recientes.

Hickam, Cargill y Golden (citados por Geist, 1980) estudiaron la reacción cardiovascular a los estímulos emocionales y demostraron que en la mayoría de las personas, la ansiedad ejerce efecto sobre el sistema circulatorio, similar al producido por pequeñas dosis de epinefrina.

Katz en 1947 demostró que existe una notable disminución del flujo sanguíneo coronario en estados ansiosos y mentalmente deprimidos que pueden ser inducidos experimentalmente. Shapiro

demostró una alta correlación de colesterol en sangre elevado en la tensión psíquica crónica. (Citados por Wahl, 1975).

Gordon en 1978 (citado por Espino Vela, 1980) indica que las pacientes pre-menopáusicas no desarrollan infarto ni mueren de cardiopatía coronaria, a diferencia de las mujeres post-menopáusicas que lo padecen casi 3 veces más. Gordon menciona, asimismo, que esto se debe, al menos en parte, a una alteración del metabolismo de los lípidos.

Proudfit, Welch, Siqueira, Morcerf y Sheldon (1981) consideran que el balance hormonal de la mujer pre-menopáusica ofrece una protección parcial contra el desarrollo de aterosclerosis coronaria.

Svebak y Bergen (1983) se refieren a la relación de las enfermedades cardiovasculares con la Conducta Tipo A y la secreción de catecolaminas.

Henrotte (1986) sugiere que los sujetos Tipo A son más sensibles al stress y producen más catecolaminas que los sujetos de conducta Tipo B. Situación que al paso del tiempo, promueve una pérdida intracelular de magnesio, deficiencia que puede facilitar una mayor sensibilidad al stress y desencadenar problemas cardiovasculares.

Lulofs, Van Diest y Van der Molen (1986) encontraron que los sujetos Tipo A, después de enfrentarse a una experiencia de fracaso, reaccionaban con una mayor activación del sistema simpático y se esforzaban más que los sujetos Tipo B, para lograr una mejor ejecución en la tarea.

4. Aspectos Psicológicos y Psicodinámicos.

La inquietud por comprender la participación que factores psicológicos y psicodinámicos tienen en el desarrollo de las cardiopatías ha estado presente siempre, en un principio de una manera intuitiva y actualmente de una manera más sistemática y controlada.

Weiss (1940) considera que en algunos casos de pacientes con lesiones cardiovasculares su estudio psicológico es necesario, porque el factor psicológico puede ser más importante que el físico.

Kempe (1945) utilizando la prueba de Rorschach comparó las personalidades de pacientes con diversos tipos de cardiopatía (enfermedad reumática, cardiovascular hipertensiva y oclusión coronaria con isquemia). Los pacientes con oclusión coronaria muestran un característico patrón de sentimientos de agresividad e impulsos compulsivos por el poder, dominio y prestigio. Este impulso pareciera ser un intento de compensar la inseguridad interna. Son individuos más ambiciosos y competitivos.

Dunbar (1943) menciona que los mecanismos de defensa que utilizan los enfermos de las coronarias son principalmente la represión y la identificación. Son individuos que mantuvieron relaciones competitivas tempranas con un padre demasiado temido y envidiado, menciona asimismo que estas personas se lanzan compulsivamente a trabajos duros pero que el éxito no les trae consigo recompensa o alivio a la tensión.

Esta misma postura la adopta Arlow en 1945 (citado por Geist, 1980) al mencionar que en varios estudios realizados con enfermos de las coronarias, de niños fueron obstinados y entraron muy tempranamente en una relación competitiva con un padre muy temido y evitado, reprimiendo el conflicto e identificándose con el padre. También concuerda con Dunbar al referirse a que en sus relaciones de trabajo hay una tremenda tendencia al éxito, sin que éste le provoque un sentido de recompensa o alivio a la tensión. El enfermo de las coronarias se ve impulsado a buscar y crear una y otra vez la situación original de competencia. La seguridad interna y el sentido de debilidad que este tipo de pacientes experimentan y los cuales ellos niegan, no es influida por logros realistas, por lo que constantemente necesitan nuevos éxitos para intentar aliviar sus propias dudas.

Weiss, Din, Rollin, Fisher y Bepier en 1957 (citados por Geist, 1980) examinaron pacientes jóvenes con infarto del miocardio y los compararon con sujetos saludables, recurriendo a la entrevista psiquiátrica clínica. Concluyeron que los pacientes con infarto del miocardio tenían más enfermedades psiquiátricas y más problemas sexuales antes del infarto miocárdico que los individuos control.

Silber y Katz (1978), mencionan que la pérdida de una persona querida, desengaños, frustraciones, fracasos después de esfuerzos, han sido considerados como acontecimientos desencadenantes de infarto miocárdico en sujetos con aterosclerosis coronaria grave pre existente.

Gildea (citado por Geist, 1980) resume los puntos de vista de varios escritores sobre pautas de conducta y factores de personalidad en pacientes con enfermedades de las arterias coronarias, e incluye las siguientes características: tienen gran necesidad de respeto por la autoridad, son trabajadores incansables, perseveran en una ocupación, son compulsivos, tienen relativamente poca conciencia de sus síntomas corporales, tienen sentimientos de inseguridad e inferioridad, recurren al trabajo o empleo como una defensa contra su ansiedad, son sociables y aceptados con gusto.

A pesar de que el problema que nos ocupa es de gran relevancia debido al alto costo humano, social y económico que representa para México, no se encuentran suficientes investigaciones científicas realizadas en nuestro País en lo relacionado con el aspecto psicosocial de las cardiopatías, por lo que el presente trabajo quizá proporcione información para tratar de elucidar las causas del desarrollo de un infarto del miocardio, e instrumentar acciones que ayuden a disminuir los niveles de morbilidad y mortalidad que actualmente se presentan por este motivo.

I
ENFERMEDAD CORONARIA
ISQUEMICA

*Un nuevo corazón, un hombre nuevo,
ha menester, Señor la Aníma mía.*

Francisco de Quevedo

I ENFERMEDAD CORONARIA CARDIACA ISQUEMICA

Conforme han ido desapareciendo las enfermedades infecciosas del corazón como la fiebre reumática, los problemas de las arterias coronarias que conducen a los síndromes de insuficiencia coronaria, angina e infarto, parece que van en aumento. (Espino Vela, 1980).

El infarto del miocardio es la enfermedad más representativa de nuestra época y se ha calculado que por cada crisis mortal hay dos que no lo son, convirtiéndose así los enfermos crónicos, en sujetos con limitaciones más o menos importantes de su capacidad de trabajo físico y no pocas veces con secuelas del traumatismo psíquico que produce el saberse cardíaco. Esta situación hace que el infarto del miocardio cobre una importancia tal, que en 1970 se decida considerarlo como un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (Beltrán, 1983).

1.1 Aspectos Generales de la Cardiopatía Isquémica

El corazón puede dividirse en dos partes. La mitad derecha está constituida por una cavidad receptora (aurícula derecha) y por una cavidad bombeante (ventrículo derecho). La aurícula recibe la sangre que vuelve al corazón desde todas las partes del

cuerpo. Esta sangre, que fluye a través de unos vasos llamados venas, llega pobre en contenido de oxígeno. El ventrículo derecho del corazón toma la sangre venosa que viene de la aurícula y la bombea hacia los pulmones por medio de un vaso llamado arteria pulmonar. La sangre, mientras permanece en los pulmones, absorbe parte del oxígeno que hay en el aire que se respira continuamente y se convierte de nuevo en sangre arterial, dirigiéndose inmediatamente hacia la mitad izquierda del corazón por medio de las venas pulmonares (que son las únicas que transportan sangre "limpia"). La aurícula izquierda recibe esa sangre ya oxigenada y la deja caer de modo rítmico y suave en el ventrículo izquierdo; esta resistente y duradera bomba expelle la sangre con considerable fuerza dentro de la aorta, la arteria más grande del cuerpo, desde donde pasa, por el resto de las arterias, a irrigar todo el organismo.

Cada día el corazón debe realizar unos cien mil de estos ciclos o latidos, recibiendo y bombeando de nuevo el equivalente a unos cinco mil trescientos litros de sangre. Esto significa que el corazón, al cabo de setenta y cinco años, tiene que bombear el equivalente a unos ciento cuarenta millones de litros de sangre en, por lo menos, dos mil quinientos millones de latidos. (Friedman y Rosenman, 1974/1975).

Para realizar este incesante trabajo, los músculos del corazón que realizan el bombeo requieren un constante aporte nutritivo, principalmente de oxígeno, y si se ven privados de éste, mueren. Curiosa y sabiamente, ¿o egoístamente? la primera

fracción de sangre arterial bombeada en cada latido va directamente a irrigar los músculos del propio corazón.

Las arterias coronarias derecha e izquierda, conducen la sangre oxigenada que nutre a los músculos de los ventrículos de las mitades derecha e izquierda del corazón. Las arterias coronarias en la mayor parte de su curso se apoyan en la superficie cardíaca y reciben muy poco soporte y protección de los demás tejidos. Por otra parte, a diferencia de otras arterias, deben amoldarse a una gran cantidad de movimientos. Cuando expelle sangre dentro de la aorta, el corazón se encoge y se retuerce (en cada contracción) y las arterias coronarias deben hacerlo también. Estos retorcimientos, y sacudidas en cada latido cardíaco, ocurren unas cien mil veces al día durante toda la vida. Esta violencia rítmica produce un deterioro en las arterias que se manifiesta a los pocos meses de nacer, desarrollándose finas grietas, fisuras y hasta ulceraciones en el revestimiento interior (luz o lumen) de estas arterias. (Beltrán, 1983).

Una arteria es un órgano en sí mismo. Tiene un revestimiento interno uniforme llamado "intima" que se compone de millares de células lisas y uniformes (células endoteliales) que sirven de filtro selectivo para algunos elementos de la sangre que nutren la parte más interna de la pared arterial. La intima está sostenida por la fuerte capa muscular que constituye la capa intermedia de la pared arterial llamada "media"; los millones de finas fibras elásticas que se entrecruzan dentro de ella permiten a la arteria contraerse y expandirse sin demasiado peligro de ruptura. La arteria coronaria tiene una tercera capa, la adventicia, una especie de tejido resistente, fibroso, que forra y protege

la capa muscular; en ella se encuentran los pequeños vasos que llevan la sangre que nutre la pared arterial. (Friedman y Rosenman, 1974/1976).

1.2 Cardiopatías

1.2.1 Enfermedad Coronaria

La enfermedad coronaria se refiere a algún proceso patológico que compromete a las arterias coronarias. El proceso es por lo general la aterosclerosis. La enfermedad coronaria implica que las arterias coronarias tienen un daño tal que se manifiesta en alguna forma clínica. (Shapiro, 1979). La atero es la esclerosis interna, de la luz o del calibre de la arteria. La arterio es la esclerosis o endurecimiento de la superficie exterior del vaso que impide el movimiento rítmico de contracción y dilatación y que termina provocando hipertensión.

1.2.2 Cardiopatía Isquémica

Cuando por algún motivo la enfermedad coronaria altera el aporte sanguíneo al miocardio, al grado de determinar trastornos en su metabolismo celular que ocasionan modificaciones en su función, existe cardiopatía isquémica. (Shapiro, 1979).

La isquemia miocárdica es la resultante del desequilibrio entre el aporte de sangre oxigenada y las demandas del músculo cardíaco. (Guadalajara, 1985). Su traducción clínica es el angor o angina de pecho y su máxima expresión el infarto del miocardio. Sin embargo, las manifestaciones clínicas no siempre acompañan a la enfermedad ni se relacionan proporcionalmente con su gravedad. En ocasiones se aprecian los cambios electrocar-

diográficos típicos de isquemia (en enfermos monitorizados) sin manifestaciones clínicas. (Beltrán, 1983).

Actualmente no se ha podido definir, ni siquiera experimentalmente, en cuánto debe incrementarse la demanda o disminuirse el aporte de sangre oxigenada para que haya isquemia o infarto del miocardio (Beltrán, 1983).

Clásicamente se ha considerado a la cardiopatía isquémica como una enfermedad secundaria de las arterias coronarias. Esta teoría "mecanicista" es la más aceptada en la actualidad; es decir, para que haya isquemia o infarto debe haber oclusión importante de una arteria que modifique por déficit de riego sanguíneo, el metabolismo de una zona dada de miocardio, que se "pudre" por falta de irrigación. Otra hipótesis supone que el espasmo, contracción brusca de la coronaria que ocluye totalmente también es causa del infarto del miocardio. (Shapiro, 1979).

1.2.3 Infarto del Miocardio

Corresponde a la destrucción celular, a la necrosis o muerte de una zona que por déficit de riego coronario y falta de oxígeno ha pasado por una etapa de isquemia cada vez más grave. La transición de isquemia a infarto puede ser lenta o brusca; sólo pudo haber isquemia -y establecerse una zona infartada- si hay una oclusión aguda (por un trombo o cualquier otro obstáculo) en una arteria coronaria. Cuando el tejido se empieza a destruir y antes de necrosarse, la zona de isquemia se convierte en una zona de lesión. Esta puede ser reversible, pero si persiste por algún tiempo, producirá finalmente un infarto. (Shapiro, 1979).

El infarto se caracteriza por dolor precordial intenso y prolongado, similar, pero más intenso que el de la angina de pecho, y signos de lesión miocárdica, incluyendo cambios electrocardiográficos agudos y un aumento de actividad de ciertas enzimas séricas. Casi siempre se acompaña de "hormigueo" en el hombro y brazo izquierdo y sudor frío. (Beeson y McDermott, 1972).

El infarto del miocardio es una de las enfermedades que causan más temor. Es la más súbita en su inicio y de las más terribles en sus consecuencias. Afortunadamente, el momento de la crisis no dura más de 90 segundos, aunque el dolor pueda persistir durante horas. (Wahl, 1975).

1.3 Frecuencia de la Cardiopatía Isquémica

La eliminación de las cardiopatías como causa significativa de incapacidad y muerte, podría aumentar considerablemente el promedio de vida del mexicano de clase media y media alta, el que de acuerdo a proyecciones realizadas por el INEGI (1986) para el quinquenio 1985-1990, es de 70.14 años para el varón mexicano en el D.F., y proporcionar un significativo ahorro anual a la economía por los salarios perdidos, productividad y costos del cuidado médico que originan.

De una mayor importancia social y económica es la presencia significativa de muertes por enfermedad cardiovascular en personas jóvenes, predominantemente en hombres, que son con frecuencia cabezas de familia y quienes son apartados de ellas de modo repentino y en la flor de su vida productiva.

En México, en 1982 el infarto del miocardio ocupó el octavo lugar entre las principales causas de mortalidad (Cuadro 1), pero en los grupos de hombres de 35 a 54 años, esta enfermedad ascendió al quinto lugar (Cuadros 2 y 3), únicamente superada por la cirrosis y enfermedades crónicas del hígado, la diabetes mellitus y por accidentes producidos por personas o vehículos. En el grupo de 55 a 64 años, asciende el infarto agudo del miocardio a la tercera causa de mortalidad en nuestro País. (Cuadro 1).

1.4 Fisiopatogenia de la Enfermedad Coronaria Aterosclerosa

Las arterias coronarias, vías de las que depende casi toda la integridad y la función del corazón, se ven afectadas en mayor o menor grado, en casi todas las personas mayores de 40 años de edad en el mundo occidental (Shapiro, 1979). La razón principal es la presencia de un proceso degenerativo llamado aterosclerosis.

La aterosclerosis es un proceso patológico progresivo, localizado en las arterias medianas y grandes del organismo, caracterizado por el engrosamiento y endurecimiento de la luz arterial debido a depósitos de lípidos y calcio en la pared interna (intima) de las mismas. (Shapiro, 1979).

La aterosclerosis es "una combinación variable de alteraciones de la túnica íntima de las arterias, consistente en la acumulación focal de lípidos, glúcidos complejos, sangre y productos sanguíneos, tejido fibroso y depósitos de calcio, todo ello acompañado de modificaciones de la túnica media". (OMS, 1958. p.4)

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE LA MORTALIDAD GENERAL POR SEXO
1982

| D E F U N C I O N E S | | | | |
|---|---------|---------|---------|-----------------|
| CAUSA | TOTAL | HOMBRES | MUJERES | NO ESPECIFICADO |
| Todas las causas | 412 345 | 236 592 | 173 185 | 2 568 |
| 1 Enfermedades infecciosas intestinales | 35 271 | 18 267 | 16 774 | 230 |
| 2 Neumonía e Influenza | 28 318 | 15 174 | 12 956 | 188 |
| 3 Afecciones originadas en el periodo Perinatal | 25 480 | 14 892 | 10 322 | 266 |
| 4 Otros accidentes | 20 982 | 17 323 | 3 530 | 129 |
| 5 Diabetes mellitus | 16 775 | 7 387 | 9 341 | 47 |
| 6 Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado | 16 001 | 12 532 | 3 401 | 68 |
| 7 Disritmia Cardíaca | 14 197 | 7 030 | 7 093 | 74 |
| 8 Infarto Agudo del Miocárdio | 13 537 | 8 350 | 5 140 | 47 |
| 9 Insuficiencia Cardíaca | 10 063 | 4 467 | 5 565 | 31 |
| 10 Ataque con Armas de Fuego y Explosivos | 7 377 | 6 788 | 451 | 138 |

FUENTE: SPP, DGE; Tabulación Num. 8, Defunciones Generales por Entidad Federativa de Residencia Habitual del Fallecido, según lista detallada de causa de muerte. Año 1982. (INEGI, 1986).

Cuadro 1

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXO - 1982
GRUPO DE 15 - 44 AÑOS

| CAUSA | DEFUNCIONES | | | |
|---|-------------|---------|---------|-----------------|
| | TOTAL | HOMBRES | MUJERES | NO ESPECIFICADO |
| Todas las causas | 27 907 | 18 851 | 8 905 | 151 |
| 1 Cirrosis y otras enfermedades crónicas del Hígado | 3 145 | 2 652 | 482 | 11 |
| 2 Otros accidentes | 2 934 | 2 567 | 354 | 13 |
| 3 Ataques con Armas de Fuego y Explosivos | 1 448 | 1 341 | 82 | 25 |
| 4 Accidentes de Trafico por Colision entre un Vehiculo de Motor y un Peaton | 752 | 635 | 101 | 16 |
| 5 Infarto Agudo del Miocardio | 742 | 524 | 215 | 3 |
| 6 Diabetes Mellitus | 707 | 403 | 302 | 2 |
| 7 Enfermedades Infecciosas Intestinales | 702 | 381 | 318 | 3 |
| 8 Tuberculosis Pulmonares | 700 | 448 | 251 | 1 |
| 9 Disritmia Cardiaca | 685 | 372 | 308 | 5 |
| 10 Neumonía e Influenza | 641 | 418 | 219 | 4 |

FUENTE: SPP. DGE: Tabulacion Num. 8. Defunciones Generales por Entidad Federativa de Residencia Habitual del Fallecido, según lista detallada de causa de muerte. Año 1982.
(INEGI, 1986)

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXO - 1982
GRUPO DE 45 - 54 AÑOS

| CAUSA | DEFUNCIONES | | | |
|---|-------------|---------|---------|-----------------|
| | TOTAL | HOMBRES | MUJERES | NO ESPECIFICADO |
| Todas las causas | 33 089 | 20 881 | 12 036 | 172 |
| 1 Cirrosis y Otras Enfermedades Crónicas del Hígado | 4 014 | 3 276 | 724 | 14 |
| 2 Otros Accidentes | 2 174 | 1 865 | 298 | 11 |
| 3 Diabetes Mellitus | 2 106 | 1 086 | 1 013 | 7 |
| 4 Homicidio y Lesiones Infligidas Intencionalmente por otra persona | 1 570 | 1 425 | 111 | 34 |
| 5 Infarto Agudo del Miocardio | 1 475 | 1 091 | 379 | 5 |
| 6 Disritmia Cardíaca | 990 | 552 | 434 | 4 |
| 7 Enfermedades Infecciosas Intestinales | 848 | 459 | 388 | 1 |
| 8 Neumonía e Influenza | 791 | 469 | 317 | 5 |
| 9 Tuberculosis Pulmonar | 749 | 513 | 232 | 4 |
| 10 Tumor Maligno del Cuello del Utero | 707 | - | 707 | - |

FUENTE: SPP, DGE: Tabulación Num. 2, Defunciones Generales por Entidad Federativa de Residencia Habitual del Fallecido, según lista detallada de causa de muerte. Año 1982. (INEGI, 1986)

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXO - 1982
GRUPO DE 55 A 64 AÑOS

| CAUSA | DEFUNCIÓNES | | | |
|---|-------------|---------|---------|-----------------|
| | TOTAL | HOMBRES | MUJERES | NO ESPECIFICADO |
| 1 Diabetes Mellitus | 4 063 | 1 868 | 2 188 | 7 |
| 2 Cirrosis y otras Enfermedades Crónicas del Hígado | 3 403 | 2 614 | 773 | 16 |
| 3 Infarto Agudo del Miocardio | 2 599 | 1 763 | 831 | 5 |
| 4 Enfermedad Cerebrovascular | 2 209 | 1 137 | 1 062 | 9 |
| 5 Otros Accidentes | 1 546 | 1 258 | 282 | 6 |
| 6 Disritmia Cardíaca | 1 433 | 800 | 626 | 7 |
| 7 Neumonía e Influenza | 1 086 | 611 | 471 | 4 |
| 8 Enfermedades Infecciosas Intestinales | 1 079 | 585 | 493 | 1 |
| 9 Nefritis, Síndrome Nefrótico y Nefrosis | 988 | 495 | 491 | 2 |
| 10 Insuficiencia Cardíaca | 962 | 458 | 502 | 2 |

FUENTE: SPP, DGE: Tabulación Num. 2, Defunciones Generales por Entidad Federativa de Residencia Habitual del Fallecido, según lista detallada de causa de muerte. Año 1982. (INEGI, 1986)

La lesión fundamental en la aterosclerosis es el *ateroma*, que consiste en una placa constituida por un depósito de lípidos en la capa íntima de la arteria. Los *ateromas* son de tamaño variable y pueden permanecer suaves (y necróticos) o formando placas duras y calcificadas. Esos cambios eventualmente comprometen la luz arterial al provocar un estrechamiento cada vez más importante en el interior de la arteria. Asimismo, pueden favorecer la formación de trombos, que en algunos casos terminarían por ocluir totalmente la arteria. En esta forma y tratándose de aterosclerosis coronaria, el proceso impide el libre paso de la sangre al músculo cardíaco. (Shapiro, 1979).

Si bien se ha considerado hace mucho que la *trombosis coronaria* es el evento que precipita el infarto agudo del miocardio, algunos autores consideran que eso es más bien insuficiente. Roberts ha demostrado que la *trombosis coronaria* sólo se ve en la mitad de los enfermos con infarto agudo del miocardio que llegan a la autopsia y Lenegre señala que hay sujetos muertos con cuadro clínico y electrocardiográfico de infarto sin oclusión coronaria (citados por Espino Vela, 1980). Estas rarezas podrían ser el producto del espasmo.

1.5 Factores de Riesgo de Enfermedad Coronaria

El campo de los factores de riesgo de la *cardiopatía isquémica* ha sido estudiado durante los últimos 25 años. Los estudios epidemiológicos en sujetos con enfermedad coronaria aterosclerosa, han permitido reconocer ciertos factores de riesgo que combinados o asociados, favorecen el desarrollo de aterosclerosis, ya sea precoz o severa, siendo a

mayores factores de riesgo presentes, mayores las posibilidades de desarrollar la enfermedad. (Shapiro, 1979).

Al revisar las distintas investigaciones nos encontramos que, dependiendo del autor del que se trate los factores de riesgo se clasifican de distinta manera. Así tenemos que Herber (1981) se refiere al excelente trabajo epidemiológico que en 1972 realizó Jeremiah Stamler y que permitió elaborar la siguiente tabla:

FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CORONARIA

| | |
|----------------------|--|
| Mayores: | Hipercolesterolemia Hipertensión Tabaquismo |
| Menores: | Taquicardia durante el reposo Vida sedentaria |
| Biológicos: | Aumento de edad Sexo masculino Historial de infarto del miocardio |
| Relacionados: | Cambios electrocardiográficos Historial familiar Diabetes mellitus Hiperuricemia, gota Obesidad Hipertrigliceridemia Hipotiroidismo Renopatía Tensión psicosocial Dieta |

Shapiro (1979) considera que hay tres factores de riesgo de gran importancia, porque en sí condicionan directamente daño sobre las arterias, a los cuales se pueden asociar otros:

Hipertensión arterial sistémica
Diabetes mellitus
Hiperlipoproteinemias (hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia principalmente)

Entre otros factores de riesgo que pueden favorecer a los anteriores se pueden enlistar:

Tabaquismo
Herencia
Obesidad
Vida sedentaria
Personalidad agresiva y stress
Dietas altas en calorías y lípidos

Espino Vela (1980) menciona que Stamler considera que los factores de riesgo mayores son: el nivel sérico de colesterol, la hipertensión, fundamentalmente la diastólica, y el tabaquismo agudo. Considera asimismo, a otros factores de riesgo como la vida sedentaria, obesidad, diabetes, línea de conducta tipo A, herencia y probablemente la hiperuricemia.

Seltzer (1975) menciona que existen investigaciones contradictorias en relación a las enfermedades cardiovasculares y el fumar, ya que en estudios realizados en Yugoslavia, Italia, Grecia y Japón, no se han encontrado relación entre el fumar y las enfermedades coronarias.

Burch (1979) menciona que el 26% de todas las muertes en Inglaterra y Gales en 1975 fueron por enfermedades isquémicas, y refiere como principales factores de riesgo a: hipercolesterolemia, hipertensión, fumar cigarrillos, obesidad, falta de ejercicio, diabetes mellitus e historia familiar de enfermedades cardíacas.

En relación a los factores de riesgo en personas infartadas prematuramente, Beltrán (1983) menciona que Rissanar ha señalado que la cardiopatía isquémica en pacientes jóvenes tiene tendencia a ser familiar y a acompañarse de hipertensión arterial sistémica e hiperlipidemia. Asimismo Beltrán considera que el tabaquismo es uno de los factores de riesgo más comunmente encontrados en los enfermos jóvenes con infarto del miocardio, tanto en hombres como en mujeres. En relación a la diabetes mellitus menciona que en general es aceptado que no es un acompañante frecuente en el infarto del miocardio en personas menores de 40 años.

Guerrero González (1985) en el estudio realizado a 14 pacientes adultos jóvenes con infarto agudo del miocardio encontró, con relación a los factores de riesgo, una baja frecuencia de antecedentes de cardiopatía isquémica en la familia de los infartados, el tabaquismo como el factor de riesgo más frecuentemente encontrado en estos adultos jóvenes, con una incidencia del 77% y que el hacer deporte no parece provenir la enfermedad, y llevado a cabo en exceso, podría ser perjudicial.

Todo lo anterior nos hace reconocer que el problema dominante es que todavía, a pesar de los estudios realizados, no se conocen los mecanismos básicos que subyacen a la aterosclerosis y que por lo

tanto, es necesario desarrollar, sin retraso, programas de investigación que lleven a su esclarecimiento. Ya que como mencionan Corday y Swan (1975): "Mientras que sobre la base de estos factores de riesgo es posible identificar personas especialmente susceptibles a las complicaciones clínicas de aterosclerosis, ocurren muchos ejemplos de fenómenos clínicos graves en ausencia de estos factores de riesgo, indicando que otros mecanismos más importantes, y todavía desconocidos, deben desempeñar un papel predominante". (p.4).

1.6 Características del Infarto del Miocardio en Personas Jóvenes

El infarto del miocardio ha sido definido como "la destrucción celular, necrosis o muerte de una zona, que por déficit de riego coronario y un consumo de oxígeno importante, ha pasado por una etapa de isquemia que se agrava" (Shapiro, 1979 p. 5).

Los términos infarto de miocardio en jóvenes, infarto del miocardio juvenil e infarto del miocardio temprano se han utilizado indistintamente. La edad considerada por diversos autores como límite para encontrarse dentro de esa nominación ha variado entre 35 y 54 años, y esa edad define en esta tesis al infarto prematuro.

La frecuencia y la mortalidad de la cardiopatía isquémica en jóvenes no ha sido suficientemente estudiada.

Salazar, Moragrega, Magos, Zorrilla y Serrano (1973) encontraron entre enero de 1964 y julio de 1970, 67 pacientes que habían sufrido infarto del miocardio, internados durante el período agudo, en la Unidad Coronaria del Instituto Nacional de

Cardiología Ignacio Chávez, que el 8.5% de los enfermos con infarto del miocardio tenían edades entre 31 y 40 años.

Salazar, Fernández de la Reguera, Figueroa y Casanova (1978) mencionan que en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Instituto Nacional de Cardiología de México, ingresaron en un periodo de 3 años, de enero de 1973 a enero de 1976, 541 pacientes con infarto del miocardio, con edades que oscilaban entre 17 y 99 años, siendo únicamente 124 pacientes menores de 50 años, de los cuales 111 eran hombres y 13 mujeres.

En México, en el grupo de enfermos con edades entre 45 a 54 años estudiados por Chávez Domínguez en 1979, la mortalidad fué de 32 por cada 100 000 habitantes y fué el 26% del total de la mortalidad cardiovascular (citado por Beltrán, 1983).

Diversos estudios realizados de infarto del miocardio en jóvenes han mostrado diferencias significativas en cuanto a prevalencia de factores de riesgo, pronóstico y número y severidad de lesiones arteriales obstructivas.

Waters, Halphen, Theroux, David y Mizgala, (1978) analizan los factores de riesgo de un grupo de 239 mujeres menores de 45 años, referidas a la División de Cardiología en el Montreal Heart Institute de Canadá, para la realización de artereografías coronarias por sospecha de enfermedad coronaria, encontrando que la diabetes, hipertensión, hiperlipidemia y el fumar, se presentaron con más frecuencia en el grupo de mujeres que mostraba importante enfermedad coronaria, que en el grupo que tenía arterias coronarias normales.

En un estudio realizado en Estados Unidos en el St.

Thomas Hospital de Tennessee; Engel, Page y Campbell (1974) en 5 años encontraron 21 mujeres menores de 40 años con obstrucciones coronarias avanzadas, siendo la hipertensión, diabetes mellitus e historia familiar de infarto del miocardio, los factores de riesgo más constantes. Estos investigadores consideran, que la información acerca de la aterosclerosis coronaria en mujeres jóvenes es limitada y que el rol de los estrógenos en el desarrollo de enfermedades cardio coronarias es ambiguo.

Estandia, Esquivel, Malo, Perez y Ledn. (1971) revisaron 69,963 expedientes sucesivos de ingresos al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez entre el primero de enero de 1952 al 31 de diciembre de 1967. Estos investigadores identificaron 11,574 casos con cardiopatía aterosclerosa y 2,197 con infarto del miocardio, de los cuales 84 tenían menos de 39 años de edad (3.82%).

Estos presentaban las siguientes características:

94.1% pertenecía al sexo masculino, 83.3% fumaba, 41.6% presentaba obesidad 19% con diabetes mellitus, 13% presentaba hipertensión arterial sistémica, 36.9% hipercolesterolemia y 34.5% tenía antecedentes familiares de cardiopatía isquémica.

Recientemente en el mismo Instituto, Hurtado, Ferrero y Cárdenas (1982) efectuaron un nuevo estudio al respecto. Se revisaron 2040 expedientes de pacientes que ingresaron en la Unidad Coronaria, entre el primero de diciembre de 1976 y el 31 de diciembre de 1980, detectándose 32 pacientes (1.5%) con infarto del miocardio, menores de 40 años. Este grupo se comparó con otro formado por 32 sujetos con infarto del miocardio mayores de 40 años, encontrando los siguientes resultados:

| | Menores de 40 años | Mayores de 40 años |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Sexo masculino | 96.9% | 78.9% |
| Diabetes Mellitus | 24.2% | 42.4% |
| Hipertensión Arterial Sistémica | 24.2% | 12.1% |
| Tabaquismo (más de 5 cigarrillos al día) | 78.6% | 45.2% |
| Antecedentes familiares | 18.1% | 18.1% |
| Hiperlipidemia | 18.1% | 15.1% |
| Obesidad | 29.1% | 19.1% |

En una relación elaborada por G. Fernández de los pacientes que fueron aceptados en 1988 en el Instituto Nacional de Cardiología a causa del infarto del miocardio o sus secuelas, se encontró que de los 366 ingresos, únicamente 64 tenían menos de 50 años (57 hombres y 7 mujeres). Ninguna de las 95 mujeres infartadas en este lapso era menor de 43 años, el 11% de los varones sí lo era.

El 74% (271/366) de los ingresos corresponden a los varones. En México D.F., en 1988 y hasta donde el Instituto Nacional de Cardiología pueda ser representativo de los trastornos cardiovasculares isquémicos, el infarto del miocardio es una enfermedad predominantemente masculina.

El Cuadro 5 resume los datos por sexo y edad de los 366 ingresos al Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez" durante el año de 1988. Los sujetos no necesariamente sufrieron infarto durante 1988, pudieron haberlo sufrido antes, pero fueron atendidos durante 1988 en esta Institución.

La Gráfica 1 ilustra los porcentajes por rango de edad en hombres y mujeres contenidos en el Cuadro 5.

Según se observa en la Gráfica 1, cuanto menor es la edad a la que se sufre el infarto del miocardio mayor es la probabilidad de que el infartado sea varón. El infarto del miocardio prematuro parece una exclusividad masculina. Hasta el segmento 50-59 años la diferencia entre varones y mujeres es significativa y "favorable" al sexo masculino. En el segmento, 60-69 años no hay diferencia y del 70 en adelante la diferencia es significativa y a favor de las mujeres.

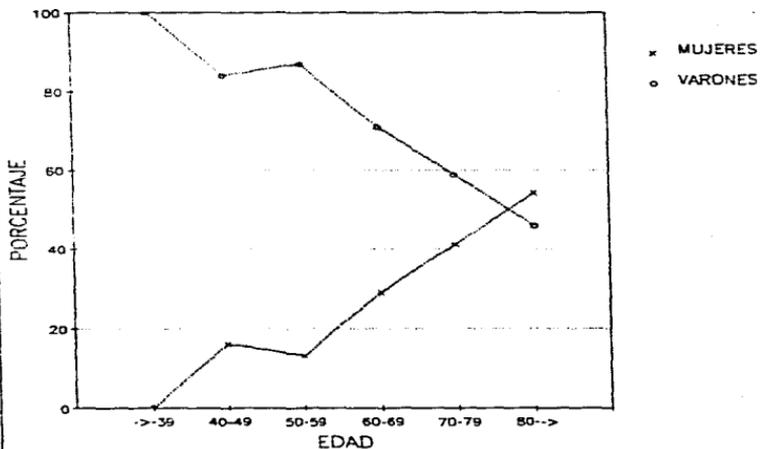
DATOS POR SEXO Y EDAD DE LOS INGRESOS, POR TRASTORNOS
 CARDIOVASCULARES ISQUEMICOS, AL INSTITUTO NACIONAL DE
 CARDIOLOGIA "DR. IGNACIO CHAVEZ" -1988-

| SEXO | | EDADES | | | | | | TOTAL |
|-------------------------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|
| | | 0-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | 80 y mas | |
| MASC. | Frec. | 21 | 36 | 75 | 87 | 41 | 11 | 271 |
| | % | 08 | 13 | 28 | 32 | 15 | 04 | 100 |
| FEM. | Frec. | 0 | 7 | 11 | 35 | 29 | 13 | 95 |
| | % | 00 | 07 | 12 | 37 | 30 | 14 | 100 |
| TOTAL | Frec. | 21 | 43 | 86 | 122 | 70 | 24 | 366 |
| | % | 06 | 12 | 23 | 33 | 19 | 07 | 100 |
| % del TOTAL por SEXO | | | | | | | | |
| MASC | | 100 | 84 | 87 | 71 | 59 | 46 | |
| FEM | | 00 | 16 | 13 | 29 | 41 | 54 | |

Cuadro 5

PROPORCIÓN VARONES Y MUJERES INFARTADOS
POR GRUPOS DE EDAD

INGRESOS AL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA
" DR. IGNACIO CHÁVEZ " EN 1988.



GRAFICA 01

II

LINEA DE CONDUCTA TIPO A

Somos Edipo y de un eterno modo
la larga y triple bestia somos, todo
lo que seremos y lo que hemos sido

Nos aniquiliaría ver la ingente
forma de nuestro ser: piadosamente
Dios nos depara sucesión y olvido.

Jorge Luis Borges.
Edipo y el enigma.

II LINEA DE CONDUCTA DE TIPO A

2.1 Definición

Durante los últimos cuarenta años, se han llevado a cabo diversos estudios e investigaciones que han arrojado claras evidencias de la relación existente entre aspectos psicológicos y la función cardíaca. No obstante, resulta paradójico constatar el hecho de que son pocos los cardiólogos que le dan una consideración y enfoque formal a los factores y conflictos psicológicos que regularmente se encuentran en el paciente coronario; posiblemente debido a la resistencia que experimentan muchos médicos por los aspectos psicológicos de la medicina.

Precisamente por esto, es de llamar la atención que hayan sido los cardiólogos Friedman y Rosenman (1974/1976), quienes con base en su práctica profesional, detectaron e identificaron un patrón de conducta característico de las personas infartadas, al que llamaron Línea de Conducta Tipo A, y que consideraron el factor principal de la prematura enfermedad cardio-coronaria.

La Línea de Conducta Tipo A la definen Friedman y Rosenman como "un particular conjunto de rasgos de la personalidad, que incluye desde el exceso de afán competitivo, la agresividad, la impaciencia, hasta esa especial sensación de urgencia" (op cit, p. 12).

La Línea de Conducta de Tipo A es un complejo activo-emotivo que se observa en toda persona agresivamente involucrada en una crónica e incesante lucha por conseguir cada vez más en menos tiempo, en contra de otras personas; conducta que es socialmente aceptada y favorecida en ciertos ambientes, en especial los de gente dinámica, emprendedora, con deseos de "realización".

Friedman y Rosenman (1974/1976) consideran que ni la posición socio-económica del hombre o mujer, ni la categoría profesional a que pertenezcan, muestran alguna correlación con la incidencia de la Línea de Conducta de Tipo A.

2.2 Características de la Línea de Conducta de Tipo A

Friedman y Rosenman (1950, 1974/1976), identifican a los siguientes hábitos de conducta como característicos del individuo que presenta una Línea de Conducta de Tipo A.

Sensación de urgencia.-

El rasgo más significativo del sujeto con conducta Tipo A es su habitual sensación de urgencia o "enfermedad de la prisa". Se esfuerza por realizar demasiadas cosas o por participar en varios sucesos en un tiempo determinado. Constantemente acomoda múltiples actividades en un breve lapso de tiempo.

En un intento por ahorrar tiempo, se fija plazos para realizar sus actividades, estos plazos generalmente son cortos, que lo condenan a estar en un continuo apresuramiento.

Si esta creciente sensación de urgencia no se detiene, puede llegar a trastornar sus capacidades creativas e incluso su capacidad de juicio, promoviendo la automatización del pensamiento y de la acción y favoreciendo respuestas estereotipadas. (Friedman y Rosenman (1974/1976).

Una posible explicación a esta sensación de urgencia o prisa que caracteriza al sujeto con Conducta Tipo A, podría tener un origen genético, basado en un tiempo de reacción más corto que lo normal, lo que promovería tanto un aprendizaje como una respuesta más rápida en comparación a la mayoría de las personas, trayendo consigo constantes recompensas en las tareas fáciles y frustraciones en las difíciles. Recompensas, por su especial habilidad de aprender rápidamente las cosas, y frustraciones, producto de tener que esperar al otro, produciéndole esta espera una sensación de impaciencia o frustración por la dificultad de la tarea, lo que propicia el abandono de dicha tarea para escapar de la sensación aversiva que le produce el no resolverla rápidamente. (Castillo, 1979).

Inseguridad.-

El sujeto con Personalidad Tipo A aparenta una seguridad y confianza en sí mismo que no tiene; esto lo lleva a buscar de una manera desesperada y constante, logros para conseguir la admiración y

respeto de sus superiores, situación que le proporciona una ficticia seguridad. (Friedman y Rosenman, 1974/1976).

Su seguridad está basada principalmente en el ritmo al que logre mejorar su situación personal, socioeconómica o profesional. Este ritmo depende del número de éxitos conseguidos en el menor tiempo, logros que deben ser reconocidos por compañeros y, preferentemente por sus superiores. Tanto compañeros como superiores son vistos por cierta clase de Tipo A como competidores a derrotar.

Estas personas se encuentran atrapadas en una continua "autopersecución" por alcanzar un gran número de éxitos a un ritmo que ellas consideran satisfactorio. Éxitos que no disfrutan, sino sólo los cuentan, pues no los lograron para sentirse hábiles o competentes, sino para escapar de su inseguridad.

Agresividad y Hostilidad.-

Las personas que presentan una Línea de Conducta Tipo A, poseen una agresividad tan grande que con frecuencia se convierte en franca hostilidad, pero usualmente guardan estos sentimientos e impulsos bajo una cubierta verbal o ideacional. Posiblemente la primera manifestación de agresividad u hostilidad en la mayoría de los casos, es la tendencia a discutir o competir siempre con otras personas. (Friedman y Rosenman, 1959)

La ira, que es una de las respuestas más frecuentes a la frustración, puede traducirse en agresividad u hostilidad, y ésta manifestarse de una manera motora, verbal o ideacional. Los sujetos con personalidad Tipo A se caracterizan por responder

ante la frustración, con una hostilidad principalmente verbal o ideacional, aunque no falta quienes la motoricen.

Resulta interesante hacer notar como la competencia, ira y frustración, promueven cambios hormonales y bioquímicos a través del hipotálamo, órgano que se encarga de matizar de emoción las señales intelectuales o sensoriales recibidas por el cerebro, descargando una gran cantidad de catecolaminas, básicamente norepinefrina, dopamina y epinefrina en diferentes proporciones, y promoviendo a través de las glándulas pituitaria, suprarrenales y pancreáticas, la secreción de diversas hormonas, que hacen que los sujetos de Tipo A presenten las siguientes características fisiológicas:

- . Una tasa de grasa y colesterol elevada.
- . Una marcada dificultad en librar a la sangre del colesterol que le llega por la ingestión de alimentos.
- . Un estado prediabético.
- . Una fuerte tendencia a la precipitación de los elementos de coagulación en la sangre.

Todos estos factores hacen que los sujetos de Tipo A expongan sus arterias a una "alta tensión química" incluso durante los periodos de "baja tensión" de su vida diaria, situación que fomenta el desarrollo de la enfermedad cardio coronaria. (Friedman y Rosenman, 1974/1976).

La frontera de la ciencia - la mayor parte de las veces y en la mayoría de las ciencias - está probablemente circunscrita por limitaciones de la técnica y la imaginación

H. Freeland Judson

III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

III METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 Problemas de la Investigación

La enfermedad cardíaca aterosclerótica es una de las causas principales de mortalidad en la Ciudad de México. En los últimos años esta enfermedad se ha ido presentando con mayor frecuencia en personas cada vez más jóvenes.

Diversas investigaciones científicas, tanto médicas como psicológicas, han mencionado ciertos factores, considerados de riesgo, cuya presencia podría promover esta enfermedad. Entre estos factores se encuentra la Línea de Conducta Tipo A.

La Guía de Factores de Personalidad es un instrumento que pretende medir la Línea de Conducta Tipo A.

Con el objeto de clarificar la relación que podría existir entre la Línea de Conducta Tipo A y la enfermedad cardíaca aterosclerótica en personas entre 35 y 55 años se plantea esta investigación.

3.2 Preguntas de Investigación

Existe la Línea de Conducta Tipo A propuesta por Friedman y Rosenman (1976)?

Puede medirse la Línea de Conducta Tipo A utilizando la Guía de Factores de Personalidad?

De existir la Línea de Conducta Tipo A, guarda alguna relación con la enfermedad aterosclerótica prematura?

3.3 Diseño de la Investigación

En esta investigación se utilizó un diseño de estudio correlacional, psicométrico.

Se propuso un estudio de carácter exploratorio, porque esta investigación es relativamente reciente y no se cuenta con la suficiente investigación realizada en México sobre este tema. Este tipo de estudio permitirá definir más claramente el fenómeno que nos ocupa e intentará establecer las bases que permitan realizar futuras investigaciones sobre la enfermedad aterosclerótica y su relación con la Línea de Conducta de Tipo A.

Es una investigación post-facto ya que, como la define Kerlinger (1975), es una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Permiten hacer inferencias sobre las relaciones entre ellas sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes.

3.4 Variables

3.4.1 Tipo de Variables

Variables Dependientes.-

- . Respuestas dadas a la Guía de Factores de Personalidad. Estas respuestas caracterizan a los rasgos de personalidad que definen a la Línea de Conducta Tipo A propuesta por Friedman y Rosenman (1974/1976).
- . Respuestas dadas al Cuestionario de Datos Personales y de Salud.

Variables Atributivas o Clasificadoras.-

- . Sexo
- . Edad
- . Estado Civil
- . Haber sufrido un Infarto del Miocardio prematuro
- . Enfermedades concomitantes al Infarto del Miocardio

3.4.2 Definición de Variables

- . Sexo
Masculino - Femenino
Características físicas y constitutivas que hacen a un hombre o a una mujer.
- . Edad
Tener entre 17 y 60 años.
- . Estado Civil
Soltero, casado, separado, viudo, unión libre.
- . Infarto del miocardio
Destrucción celular, necrosis o muerte de una zona, que por déficit de riego coronario y un consumo de oxígeno importante, ha pasado por una etapa de isquemia que se agrava (Shapiro, 1979).

El infarto del miocardio para ser considerado prematuro deberá haberse presentado entre los 35 y 55 años.

- Línea de Conducta Tipo A

Conjunto de rasgos de personalidad que incluye: sensación de urgencia, competitividad, agresividad y hostilidad (Friedman y Rosenman, 1974/1976), como lo mide la Guía de Factores de Personalidad (GFP).

- Enfermedades concomitantes al Infarto del Miocardio.

Presencia o ausencia de las siguientes enfermedades: artritis, asma, diabetes, gastritis, gota, hemorroides, osteoporosis, úlcera, migraña, colesterol elevado.

3.5 Método

3.5.1 Sujetos

La muestra estuvo formada por 625 sujetos: 153 mujeres y 472 hombres, con las características que se detallan en la descripción de los grupos.

Dado que este trabajo forma parte de una línea de investigación que se ha llevado a cabo en los últimos 14 años en la Facultad de Psicología, únicamente los grupos de personas infartadas (138 sujetos) y los que tienen una edad semejante a estos grupos (59 sujetos) fueron aplicados por la autora exprofeso para esta investigación. Los restantes habían sido recolectados con anterioridad para estudios preliminares; por lo que, al agruparlos para su estudio psicométrico algunos conformaron grupos muy pequeños. Para aminorar este problema, después de ser analizados estadísticamente y tomando como criterio el que las medias y las varianzas, al no ser diferentes significa-

tivamente entre sí, indicaban que los grupos provenían de la misma población, se aglutinaron en grupos mayores.

Descripción de los Grupos.-

Grupo 1

123 hombres infartados menores de 56 años y mayores de 34 a la fecha del infarto. Estos sujetos fueron seleccionados de entre las personas infartadas que asistían a consultorios privados de médicos cardiólogos, a sanatorios privados, y a instituciones y hospitales de salud pública tales como: Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez", Hospital Militar, Hospital de Cardiología, Centro Médico, Centro Médico La Raza y Hospital de Pemex. Este grupo presentó un promedio de edad de 52 años. El 81% era casado, el 11% divorciado, el 3% soltero, el 3% separado, el 2% viudo y el 1% vivía en unión libre.

Grupo 2

45 hombres entre 45 y 55 años, con una media de 50.5 años, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio y medio alto.

Grupo 3

7 mujeres psicólogas que ejercen práctica privada y cuya escolaridad corresponde a un nivel de post-grado en psicología Clínica. El promedio de edad de este grupo fué de 36 años.

Grupo 4

10 hombres psicólogos con un nivel de escolaridad correspondiente a post-grado en psicología clínica, con un promedio de edad de 42.8 años.

Grupo 5

14 mujeres psicólogas que laboran en una institución de educación superior, con un nivel de escolaridad correspondiente a post-grado en psicología clínica y con una media de edad de 41.5 años.

Grupo 6

6 hombres maratonistas, con un nivel mínimo de escolaridad correspondiente a licenciatura y con una media de edad de 38.3 años.

Grupo 7

15 hombres entrenadores de educación física, con un promedio de edad de 41.4 años.

Grupo 8

28 hombres estudiantes de Psicología en la ENEP Istacala, con un promedio de edad de 20.3 años.

Grupo 9

28 mujeres enfermeras con una edad promedio de 30.7 años.

Grupo 10

28 hombres con un nivel mínimo de escolaridad correspondiente a licenciatura y con una edad promedio de 36.2 años.

Grupo 11

57 hombres con un nivel correspondiente a licenciatura egresados de la UNAM y que trabajan en el ramo de la Ingeniería, este grupo presentó un promedio de edad de 33.9 años.

Grupo 12

31 hombres estudiantes del nivel medio, con un nivel socioeconómico bajo y con un promedio de edad de 17 años.

Grupo 13

9 mujeres profesionistas con una edad promedio de 38.2 años.

Grupo 14

19 mujeres estudiantes de Psicología de la UNAM, con una edad promedio de 22.9 años.

Grupo 15

31 mujeres estudiantes del nivel superior de la ENEP Itzacala, con un promedio de edad de 19 años.

Grupo 16

32 hombres, encarcelados, homicidas con un promedio de edad de 29.9 años.

Grupo 17

8 hombres suicidas fallidos con un promedio de edad de 29.8 años.

Grupo 18

23 mujeres suicidas fallidas con una edad promedio de 26.6 años.

Grupo 19

30 hombres profesionistas, empleados administrativos de PEMEX, con una edad promedio de 36.4 años.

Grupo 20

59 hombres empleados en una refinería de PEMEX con una edad promedio de 32.9 años.

Grupo 21

15 mujeres infartadas con un promedio de edad de 49.6 años. El 80% casada, el 13% viuda y el 7% soltera.

Grupo 22

3 mujeres con un nivel socioeconómico medio y medio-alto y una media de 48 años de edad.

Grupo 23

4 mujeres profesionistas con un promedio de 29.5 años.

En el Cuadro 6 se presentan todos los grupos que formaron parte de esta investigación.

3.5.2 Escenario

La aplicación de los cuestionarios para los grupos 1 y 21 (infartados) se llevó a cabo en las instituciones y hospitales públicos y privados, o en los consultorios de los cardiólogos a los cuales acudían los sujetos infartados para su tratamiento o rehabilitación.

La aplicación del grupo correspondiente a los hombres homicidas se llevó a cabo en el Reclusorio Sur de la Ciudad de México y en la Penitenciaría del D. F.

A los hombres y mujeres suicidas fallidos se les aplicó el cuestionario en los Hospitales de Urgencias del D. F. y Cruz Roja de México.

A todos los sujetos restantes se les aplicó el cuestionario en sus domicilios particulares o en su lugar de trabajo o de estudio.

3.5.3. Instrumentos**3.5.3.1 Cuestionario de Datos Personales y de Salud**

En el Cuestionario de Datos Personales y de Salud (ver anexo 1) se solicitaron los siguientes datos personales:

Fecha en que sufrió el infarto, edad, sexo, tiempo de residir en la Ciudad de México, número de

DESCRIPCION DE LOS 21 GRUPOS

| GRUPO | CARACTERISTICA | SEXO | NUM. SUJETOS | PROM. EDAD |
|---------------|--|-------|--------------|------------|
| 1 | Infartados prematuramente | Masc. | 123 | 52.0 |
| 2 | 45-55 años nivel socioeconómico medio y medio-alto | Masc. | 45 | 50.5 |
| 3 | Psicologas Practica Privada | Fem. | 7 | 36.0 |
| 4 | Psicologos Postgrado clinica | Masc. | 10 | 42.8 |
| 5 | Psicologas Inst. Educativa | Fem. | 14 | 41.5 |
| 6 | Maratonistas Nivel Lic. | Masc. | 6 | 38.3 |
| 7 | Entrenadores Educ. Fisica | Masc. | 15 | 41.4 |
| 8 | Estudiantes ENEP Iztacala | Masc. | 28 | 20.0 |
| 9 | Enfermeras | Fem. | 28 | 30.7 |
| 10 | Profesionistas varios | Masc. | 28 | 36.2 |
| 11 | Profesionistas ramo Ing. | Masc. | 57 | 33.9 |
| 12 | Estudiantes Soc. - Nivel Sociocconomico bajo | Masc. | 31 | 17.0 |
| 13 | Profesionistas varios | Fem. | 9 | 38.2 |
| 14 | Estudiantes Psic. UNAM | Fem. | 19 | 22.9 |
| 15 | Estudiantes Psic. ENEP Izt. | Fem. | 31 | 19.0 |
| 16 | Homicidas | Masc. | 32 | 29.9 |
| 17 | Suicidas Fallidos | Masc. | 8 | 29.8 |
| 18 | Suicidas Fallidas | Fem. | 23 | 26.6 |
| 19 | Profesionistas Administrativos Pemex | Masc. | 30 | 36.4 |
| 20 | Empleados Refineria Pemex | Masc. | 59 | 32.9 |
| 21 | Infartados Prematuramente | Fem. | 15 | 49.6 |
| 22 | 45-55 años Nivel Socioeconomico medio-medio alto | Fem. | 3 | 48.0 |
| 23 | Profesionistas varios | Fem. | 4 | 29.5 |
| TOTAL HOMBRES | | | 472 | |
| TOTAL MUJERES | | | 153 | |
| TOTAL | | | 625 | |

Cuadro 6

hermanos, lugar que ocupa en el sistema familiar, estado civil, número de hijos, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico.

En cuanto a los datos relacionados con sus hábitos y salud física se investigó: si fumaban, hacían deporte, presencia de enfermedades como artritis, asma, diabetes, gastritis, gota, colesterol elevado, hemorroides, hipertensión arterial, osteoporosis, úlcera y migraña, así como la presencia de infartos en miembros de su familia.

El Cuestionario de Datos Personales y de Salud tenía como propósito el obtener información acerca de algunos de los factores considerados de riesgo por varias investigaciones médicas citadas con anterioridad y recabar datos que nos permitirían elaborar el perfil del infartado prematuramente.

Este cuestionario únicamente se aplicó a los Grupos 1, 2, 21 y 22, que fueron los encuestados ex profeso por la autora para esta investigación.

3.5.3.2 Guía de Factores de Personalidad

La Guía de Factores de Personalidad (Ver Anexo 2) aplicada en esta investigación fue elaborada por el Dr. G. Fernández.

En 1974 se inició la construcción de esta prueba, en un inicio intentando medir exclusivamente la intensidad de los rasgos que Friedman y Rosenman mencionan como características de la Línea de Conducta Tipo A: prisa, hostilidad flotante y competitividad.

En 1984 y después de varias investigaciones y observaciones, el autor consolida la idea de que existen otros rasgos que se encuentran presentes en este tipo de conducta y que esta Guía de Factores

de Personalidad intenta medir, entre otros estarían los siguientes: prisa, hostilidad flotante, competitividad, polifactia, incapacidad de espera, motivación de escape, y anticipación a la frustración, algunos de estos apuntados ya por Friedman y Rosenman. La Guía consta de 120 ítemes y presenta tres opciones de respuesta: falso (F), verdadero (V) e indeciso (?). La respuesta Verdadero es la que se supone, de acuerdo a la teoría que le subyace, que mide la Línea de Conducta Tipo A.

Al inicio del cuestionario se dan las instrucciones para la forma de responder. (Ver Anexo 2)

La Guía de Factores de Personalidad tiene una confiabilidad test-retest de .81 y .86 realizado por Macías y Hernández. (Tesis de Licenciatura en preparación). Ambos coeficientes se obtuvieron de los grupos de empleados de Pemex (30 administrativos y 59 trabajadores de la Refinería) con 21 días de intervalo.

Este instrumento presenta validez de contenido ya que los ítemes que conforman la Guía de Factores de Personalidad están basados en la teoría de Friedman y Rosenman (1974/1976).

3.5.4 Procedimiento

3.5.4.1 Aplicación de los instrumentos de medición.

El procedimiento que se siguió en relación a la aplicación de los instrumentos de medición fué:

Los 428 cuestionarios obtenidos con anterioridad a esta investigación, fueron aplicados por psicólogos entrenados y estudiantes que trabajaban sus tesis

supervizadas por el Dr. G. Fernández. Todas las personas que aplicaron el cuestionario, pasaron por un proceso de capacitación.

La aplicación de los 197 cuestionarios (los sujetos infartados y los sujetos que tenían una edad equivalente a la del grupo de infartados) realizada por la autora siguió este procedimiento:

A los pacientes y sujetos que tenían las características necesarias para formar parte de estos grupos, se les invitó a participar en forma voluntaria en la investigación.

Después de establecer un adecuado rapport, se procedió a aplicar en forma individual los siguientes instrumentos de medición: Cuestionario de Datos Personales y de Salud, y la Guía de Factores de Personalidad.

3.5.4.2 Reagrupamiento de la Muestra.

Una vez recolectados los 625 cuestionarios, se decidió intentar su agrupación mediante el análisis de las características que presentaban los sujetos, tales como: sexo, edad, escolaridad, ocupación, haber sufrido un infarto o características tan atípicas como haber intentado suicidarse o haber cometido un homicidio.

Bajo este criterio se formaron algunos grupos muy pequeños (menores de 30 sujetos), de los que además se desconocía su homogeneidad, por lo que se decidió realizar un análisis de varianza simple (ANOVA) para después comparar las medias de los grupos, utilizando el Método de Scheffé, y así determinar la manera como se podrían aglutinar en grupos mayores.

Se decidió realizar este trabajo de reagrupamiento, con los grupos separados por la variable sexo y exclusivamente con el valor de la respuesta verdadero "V", porque la teoría que subyace a esta prueba propone que los sujetos con un Tipo de Conducta A deberían elegir la opción de verdadero en cada ítem.

Una vez aglutinados los grupos, se procedió a hacer un análisis de las variables sociodemográficas y de salud del grupo de los infartados, con el objeto de determinar las características que compartían entre sí los sujetos infartados.

3.5.4.3 Selección de ítemes.

Con el objeto de hacer la selección de los ítemes que conformarían la Guía de Factores de Personalidad (GFP) definitiva, se llevó a cabo el siguiente análisis de ítemes:

a) Discriminabilidad infartados vs sanos.

Para seleccionar los ítemes que discriminaban entre infartados y sanos se requirió (siempre y cuando no hubiera más del 75% de respuestas en una sola categoría), que las respuestas de los ítemes se cruzaran, es decir, donde un grupo (Infartados - Sanos) contestara de un modo ($V > F$), el otro contestara al revés ($F > V$). Además de que se cruzaran en sus respuestas, mostrarán un valor de χ^2 con una probabilidad de 0.05 o menor de deberse al azar.

Este análisis permitió elegir aquellos ítemes que discriminaban entre infartados y no infartados.

b) Correlación con ítemes discriminadores.

Este análisis consistió en correlacionar (con la fórmula ϕ) con una significancia del error α

igual o menor de .01) los ítemes discriminadores con el resto de los 120 ítemes, ya que se pensó que los ítemes que se correlacionaban significativa y positivamente con los ítemes que ya probaron ser discriminadores entre infartados y sanos, son ítemes que miden en la misma dirección y que potencialmente comparten las mismas características.

c) Homogeneidad biserial.

Se correlacionaron biserialmente la respuesta verdadero de todos los ítemes contra el total de "V". Este análisis proporcionó la validez interna del test entendida como homogeneidad de los ítemes.

d) Carga Factorial $>.3$

Se realizaron dos análisis factoriales (Varimax, rotado ortogonalmente a estructura simple) con objeto de encontrar los ítemes que mejor definirían la estructura factorial que se supone subyace a la Línea de Conducta Tipo A.

El primer análisis se realizó con una matriz formada por los ítemes biserialmente válidos. El segundo, se llevó a cabo con una matriz constituida por: los ítemes discriminadores, los que correlacionaron con los discriminadores y los biserialmente válidos.

De estos análisis se eligieron los ítemes que mostraron una carga factorial $>.3$ en algún factor de los análisis factoriales realizados.

e) Comunalidad $>.25$

El siguiente criterio de selección fue elegir los

Ítemes que mostraran comunalidades mayores de .25 en los análisis factoriales realizados, después de la rotación.

Los ítemes que resultaron de este procedimiento de selección deberían ser los ítemes más competentes factorialmente y analizados por homogeneidad biserial, discriminabilidad y correlación con discriminabilidades.

3.5.4.4 Análisis Factorial de la Guía de Factores de Personalidad (GFP) Definitiva.

Una vez seleccionados los ítemes que conformaron la GFP definitiva se analizaron factorialmente (Rotación Varimax, ortogonales, a Estructura Simple después de la primera factorización o "principal factor", deteniendo la factorización cuando el valor del eigen era menor a 1.0), con el objeto de determinar la estructura factorial que se supone subyace a la Línea de Conducta Tipo A.

3.5.4.5 Elaboración de Normas.

Una vez establecida, con base en los criterios anteriormente descritos, la Guía de Factores de Personalidad definitiva, se procedió a elaborar las Normas que permitirían determinar aquellos sujetos que presentarían una Línea de Conducta Tipo A.

Para elaborar las normas se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

- a) Recalificación de todos los sujetos (incluyendo hombres y mujeres), utilizando la GFP definitiva. A pesar de que las normas que se determinaron son válidas exclusivamente para

los hombres, se decidió recalificar a hombres y mujeres, porque estos datos pueden ser de utilidad para futuras investigaciones.

- b) Realización de Análisis de Varianza Simple (ANOVA) y comparación de las medias de respuesta "V" de los grupos, utilizando el Método de Scheffé, con el objeto de determinar si existía diferencia significativa en la manera de responder a la GFF definitiva, entre todos los grupos encuestados.
- c) Elaboración de las normas percentilares y calificaciones z de los puntajes de respuesta "V" obtenidas por el grupo de infartados.

3.5.4.6 Análisis del Grupo de Infartados.

Posteriormente se analizaron las frecuencias de respuesta "F" y "V" dadas por los hombres infartados, con el objeto de verificar si todos los hombres infartados respondían significativamente más "V" que "F" a la GFF, utilizando para esto la prueba de χ^2 con una probabilidad de 0.05 o menor. Esto nos permitió determinar si todos los hombres infartados presentaban una Línea de Conducta Tipo A.

Los resultados arrojados por todo este procedimiento nos permitió:

- a) Determinar si existía una Línea de Conducta Tipo A. La Línea de Conducta Tipo A supone adecuación o concordancia entre el contenido de los ítems y los postulados de Friedman y Rosenman en "Conducta Tipo A y su corazón" (1974/1976).
- b) Medir la Línea de Conducta Tipo A utilizando la Guía de Factores de Personalidad.

- c) Validar la Guía de Factores de Personalidad con criterios de: contenido, contraste y factorial. La validez predictiva, sin la cual la prueba está incompleta, requiere de una nueva muestra.
- d) Verificar si esta Línea de Conducta tenía alguna relación con la enfermedad aterosclerótica.
- e) En caso de tener relación la Línea de Conducta Tipo A y la enfermedad aterosclerótica, elaborar normas percentilares y de calificación para identificar a los sujetos que responden a la GFP como lo hicieron los infartados.
- f) Determinar las características que compartían entre sí los sujetos infartados.

IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

***No existen respuestas definitivas
porque no existen preguntas finales***

Mario Bunge.

IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1 Reagrupamiento de la muestra

La Guía de Factores de Personalidad se aplicó a 625 sujetos, hombres y mujeres, conformando originalmente 23 grupos.

Las medias de los 23 grupos por opción de respuesta Verdadero (V), Falso (F) e indeciso (?) se detallan a continuación:

GRUPOS HOMBRES

| GRUPO | \bar{X} VERDADERO | \bar{X} FALSO | \bar{X} INDECISO |
|-------|---------------------|-----------------|--------------------|
| 1 | 58.54 | 53.27 | 7.48 |
| 2 | 46.78 | 64.23 | 8.36 |
| 4 | 39.80 | 69.30 | 10.60 |
| 6 | 39.50 | 68.33 | 12.00 |
| 7 | 48.90 | 63.60 | 6.67 |
| 8 | 37.57 | 66.43 | 15.82 |
| 10 | 40.54 | 62.25 | 16.79 |
| 11 | 42.37 | 64.44 | 12.70 |
| 12 | 49.90 | 54.52 | 13.03 |
| 16 | 47.94 | 58.78 | 11.91 |
| 17 | 51.63 | 57.38 | 9.00 |
| 19 | 38.03 | 72.23 | 9.37 |
| 20 | 46.54 | 65.31 | 6.12 |

En la Gráfica 2 se muestra el promedio de respuestas (V. F. ?) dada a la Guía de Factores de Personalidad, con 120 ítems, por los 13 grupos de hombres.

En la Gráfica 3 se muestra el promedio de respuestas Verdadero "V" dado a la Guía de Factores de Personalidad, con 120 ítems, por los 13 grupos de hombres.

GRUPOS FEMENINOS

| GRUPO | \bar{x} VERDADERO | \bar{x} FALSO | \bar{x} INDECISO |
|-------|---------------------|-----------------|--------------------|
| 3 | 42.57 | 70.29 | 7.00 |
| 5 | 39.93 | 71.29 | 7.43 |
| 9 | 39.32 | 72.64 | 7.29 |
| 13 | 36.22 | 66.89 | 16.44 |
| 14 | 35.05 | 67.47 | 14.63 |
| 15 | 41.16 | 63.39 | 14.94 |
| 18 | 52.78 | 54.26 | 10.91 |
| 21 | 52.73 | 56.43 | 7.20 |
| 22 | 46.27 | 67.00 | 11.67 |
| 23 | 37.00 | 65.00 | 17.50 |

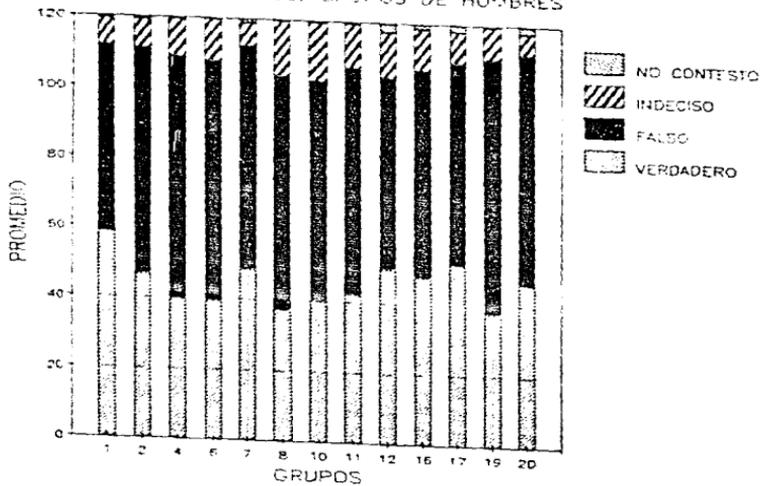
En la Gráfica 4 se muestra el promedio de respuestas (V. F. ?) dado a la Guía de Factores de Personalidad por los 13 grupos de mujeres.

Debido a que algunos de estos 13 grupos eran muy pequeños (menores de 30 sujetos), y se desconocía su homogeneidad, se procedió a realizar el Análisis de Varianza Simple (ANOVA) y la comparación de sus medias para poder aglutinarlos en grupos mayores.

4.1.1 Resultados del Análisis Simple de Varianza (ANOVA) de los 13 grupos de hombres. Calificación Verdadero.

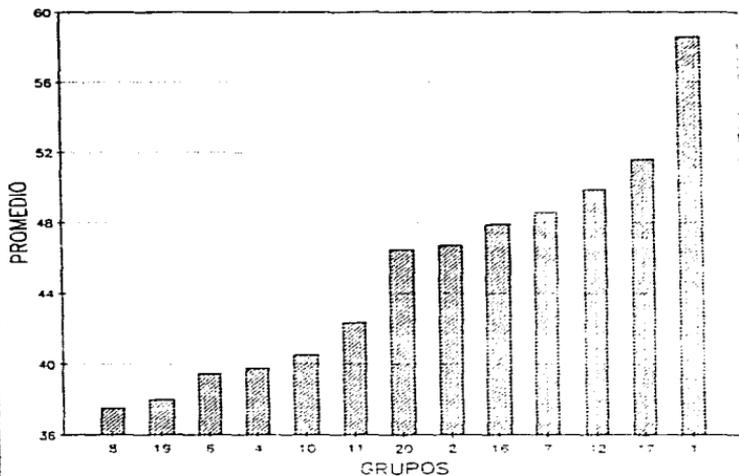
Para conocer si todos los grupos de hombres respondían a la Guía de Factores de Personalidad con el mismo promedio de calificación verdadero,

PROMEDIO DE RESPUESTAS
 QEP-120. GRUPOS DE HOMBRES

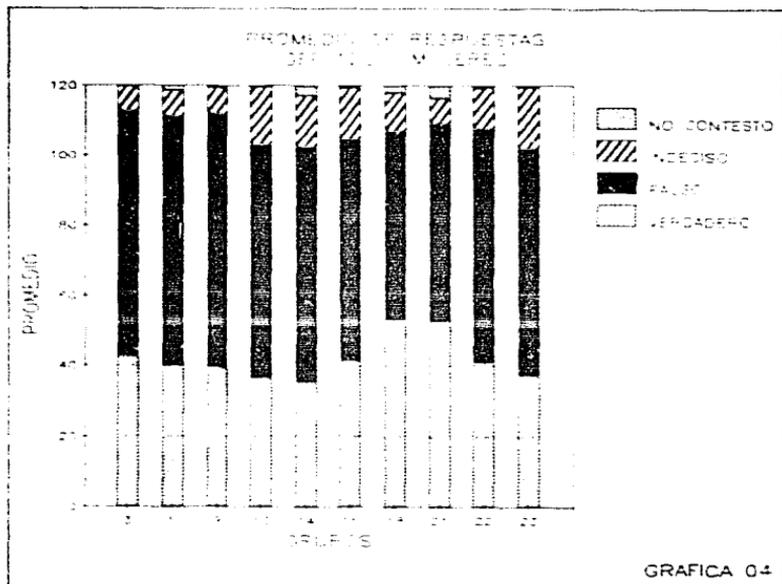


GRAFICA 02

PROMEDIO DE RESPUESTAS VERDADERO "V"
GFP-120 - HOMBRES



GRAFICA 17



que de acuerdo a la teoría que subyace a esta prueba, es la opción de respuesta que representa a la Línea de Conducta Tipo A, se planteó la hipótesis nula:

H_0 : No hay diferencia significativa entre las medias de respuesta verdadero de los 13 grupos de hombres, por lo que todos los grupos responderán de la misma manera al test.

ANÁLISIS DE VARIANZA SOBRE LA RESPUESTA VERDADERO DE LOS 13 GRUPOS DE HOMBRES.

| Fuente | Suma de Cuadrados | g.l. | Medio Cuadrado | F | p |
|--------|-------------------|------|----------------|------|------|
| b | 24,569.75 | 12 | 2,047.48 | 7.87 | <.01 |
| w | 119,352.22 | 459 | 260.03 | | |

donde:

- b = varianza intergrupos
- w = varianza intragrupos
- g.l. = grados de libertad
- Fo = Valor F obtenido de los datos
- Fp = Valor F predicho por la distribución F

Regla de Decisión

$F_0 \geq F_p \rightarrow$ Se rechaza H_0 al .01; por lo tanto, los grupos no provienen de la misma población.

Nivel de significancia 0.01 = F_p 2.26

El resultado anterior nos indica que los 13 grupos de hombres responden significativamente diferente al test, por lo que no provienen de la misma población. Por lo tanto se procedió a comparar entre si las medias de la respuesta Verdadero de los grupos, para encontrar aquellos que no mostraban diferencias entre sus medias de respuesta verdadero y a partir de estos resultados poderlos

reagrupar. Para realizar esta comparación se utilizó el Método de Scheffé.

Con base en el orden que presentaron las medias de respuesta verdadero de los 13 grupos de hombres, se tomó la decisión de realizar las distintas comparaciones. En la Gráfica 3 se muestra, en orden ascendente, las medias de respuesta Verdadero de los 13 grupos de hombres.

La primera comparación realizada fué entre el Grupo 1 (infartados) y los 12 grupos restantes. El Grupo 1 presentó la media de Respuesta Verdadero más alta.

H_0 : No hay diferencia entre las medias de respuesta verdadero del Grupo 1 (infartados) y los 12 grupos restantes.

\bar{X} del Grupo 1 = 58.54

\bar{X} del conjunto restante de grupos (12) = 44.1

Resultados:

$F_0 = 8.54$

$F_p = 4.61$

Regla de Decisión

$F_0 \geq F_p \Rightarrow$ Se rechaza H_0 ; por lo tanto, si existe una diferencia entre el grupo de infartados y los 12 restantes y no se originó en la variabilidad de muestreo.

Esta comparación indicó que el grupo de infartados no proviene de la misma población que los 12 grupos restantes, en cuanto a la respuesta "V" se refiere, por lo que se procedió a comparar entre sí las medias de respuesta "V" de los 12 grupos restantes, para ver se había diferencia entre ellos.

Se decidió comparar las medias de respuesta verdadero del Grupo 1 (infartados) y del Grupo 17 (suicidas fallidos) por ser este grupo el que presentaba el promedio de verdadero más cercano al del grupo de infartados. (Gráfica 3)

H_0 : No hay diferencia entre las medias de respuesta verdadero del grupo 1 (infartados) y del grupo 17 (suicidas fallidos).

\bar{x} del Grupo 1 = 58.54

\bar{x} del Grupo 17 = 51.63

Resultados:

$F_0 = 1.17$

$F_p = 4.61$

Regla de Decisión

$F_0 \leq F_p \rightarrow$ Se acepta H_0 ; por lo tanto, los grupos de suicidas fallidos y de infartados provienen de la misma población, en lo que a su total de respuesta Verdadero se refiere.

La siguiente comparación se realizó entre el grupo de infartados y los grupos 12 (estudiantes de Sec. nivel socioeconómico bajo) y 7 (entrenadores de Educación Física). Se eligieron a los grupos 7 y 12 por ser los grupos que presentaban los puntajes más cercanos al grupo de suicidas fallidos. (Gráfica 3)

H_0 : No hay diferencia entre las medias de respuesta verdadero del grupo 1 (infartados) y los grupos 12 (estudiantes de Sec. nivel socioeconómico bajo) y 7 (entrenadores Educación física).

\bar{x} del Grupo 1 = 58.54

\bar{x} del conjunto formado por los grupos 12 y 7 = 49.25

Resultados:

$$F_o = 3.33$$

$$F_p = 4.61$$

Regla de Decisión

$F_o \leq F_p \rightarrow$ Se acepta H_o ; por lo tanto, los grupos de estudiantes de Sec. nivel socioeconómico bajo y los entrenadores de Educación Física provienen de la misma población que los infartados, en lo que su total de respuestas V concierne.

El siguiente contraste consistió en comparar juntos a los cinco grupos con las medias más elevadas de respuesta verdadero, contra los ocho restantes con medias más bajas, y que no presentaban características excepcionales que nos hicieran sospechar que pudieran venir de una población diferente. (Gráfica 3).

H_o : No hay diferencia entre las medias de respuesta verdadero del grupo 1 (infartados), 17 (suicidas fallidos), 12 (estudiantes Sec. nivel socioeconómico bajo), 7 (entrenadores educación física) y 16 (homicidas) y los ocho grupos restantes.

\bar{x} del conjunto formado por los grupos 1, 17, 12, 7 y 16 = 51.32

\bar{x} del conjunto formado por los 8 grupos restantes = 41.39

Resultados:

$$F_o = 6.65$$

$$F_p = 4.61$$

Regla de Decisión

$F_o \geq F_p \rightarrow$ Se rechaza H_o ; por lo tanto, los grupos de infartados, suicidas fallidos, estudiantes de Sec. nivel bajo, entrenadores de Educación Física y los homicidas, no provienen

de la misma población que los 8 grupos restantes, pertenecen a dos poblaciones diferentes.

Con base en el análisis anterior, se decidió conjuntar a los grupos 2 (hombres de 45-55 años), 4 (Psicólogos postgrado clínica) 6 (maratonistas), 8 (estudiantes ENEP Istacala), 10 (profesionistas varios), 11 (profesionistas que laboran en el ramo de la Ingeniería), 19 (profesionistas administrativos Pemex) y 20 (empleados de la refinería Pemex) en un solo grupo considerado "normal" con un número de 263 sujetos. Normal significa "no infartado".

4.1.2 Resultados del Análisis Simple de Varianza (ANOVA) de los 10 Grupos de mujeres. Calificación Verdadero

Una vez analizadas las medias de respuesta verdadero de los grupos de hombres, se procedió a realizar los mismos análisis en los grupos de mujeres para poder aglutinarlos, planteándose la hipótesis nula:

H_0 : No hay diferencia entre las medias de respuesta verdadero de los 10 grupos de mujeres, por lo que todos los grupos responderán de la misma manera al test.

ANÁLISIS DE VARIANZA SOBRE LA RESPUESTA VERDADERO DE LOS 10 GRUPOS DE MUJERES.

| Fuente | Suma de Cuadrados | g.l | Medias Cuadrada | F | p |
|--------|-------------------|-----|-----------------|------|------|
| b | 5,973.24 | 9 | 663.69 | 3.49 | <.01 |
| w | 27,173 | 143 | 190.02 | | |

- 9 $F_0 \geq F_p \Rightarrow$ Se rechaza H_0 ; por lo tanto las medias de los grupos no provienen de la misma población.

Nivel de significancia de 0.01 = 2.53

Este resultado indica que los 10 grupos de mujeres, al no responder de la misma manera al test, no provienen de la misma población, por lo que se procedió a comparar sus medias de Respuesta Verdadero para poder reagruparlos.

Al analizar la Gráfica 4, que muestra las medias de respuestas verdadero de los grupos de mujeres, y viendo la gran diferencia que existía entre los grupos de suicidas fallidas (Grupo 21) e infartadas (Grupo 18) por un lado y los ocho grupos restantes por el otro, se decidió realizar la comparación entre sus medias utilizando el Método de Scheffé para verificar si venían de la misma población, para lo cual se planteó la hipótesis nula.

H_0 : No hay diferencia entre las medias de respuesta verdadero del grupo 21 (infartadas) y 18 (suicidas fallidas) por un lado, y los ocho grupos restantes.

\bar{x} del conjunto formado por los grupos 21 y 18 = 52.75

\bar{x} del conjunto formado por los 8 grupos restantes = 38.99

Resultados:

$F_0 = 5.33$ $F_p = 4.21$

Regla de Decisión

$F_0 \geq F_p \Rightarrow$ Se rechaza H_0 ; por lo tanto, los grupos de mujeres suicidas fallidas

y de infartadas, no provienen de la misma población que los 8 restantes.

Posteriormente se compararon las medianas de respuesta verdadero de los grupos 21 (infartadas) y 18 (suicidas fallidas) ya que eran estos los grupos que presentaban una media más parecida. (Gráfica 4).

H_0 : No hay diferencia entre las medias de respuesta verdadero del grupo 21 (infartadas) y el grupo 18 (suicidas fallidas).

\bar{X} del grupo 21 = 52.73

\bar{X} del grupo 18 = 52.78

Resultados:

$F_0 = 0.010$

$F_p = 4.21$

Regla de Decisión

$F_0 \leq F_p \rightarrow$ Se acepta H_0 ; por lo tanto, los grupos de infartadas y de mujeres suicidas fallidas provienen de la misma población, en lo que a su total de respuesta "V" concierne. Lo cual presenta una inquietante perspectiva para la GFP: los rasgos de conducta que pudieran medir ese test parecen semejantes para las suicidas y las mujeres infartadas.

4.1.3 Reagrupamiento - Hombres

Después de revisar los datos obtenidos en este análisis, de los 13 grupos de hombres que originalmente se tenían, los sujetos se reagruparon exclusivamente en dos grupos; un grupo formado por

hombres infartados (123 sujetos) y otro constituido por los hombres no infartados "normales" (263 sujetos) provenientes de los grupos 2, 4, 6, 8, 10, 11, 19, y 20.

Se tomó la decisión de excluir de este estudio a los grupos 7 (15 entrenadores de educación física), 12 (31 estudiantes de Secundaria de un nivel económico bajo), 16 (32 homicidas) y 17 (8 suicidas fallidos), porque sus medias eran significativamente diferentes a la del grupo de no infartados.

Aunque las medias de estos grupos (7, 12, 16 y 17) no eran significativamente diferentes a la del grupo de infartados, se decidió no incluirlos en este grupo porque:

Los grupos formados por homicidas (Grupo 16) y suicidas fallidos (Grupo 17) obviamente deben de tener algunas características que los distinguen tanto del grupo de los infartados como del de sanos.

El grupo constituido por estudiantes de secundaria de nivel socioeconómico bajo (Grupo 12), mostraban una media de edad de 17 años, a diferencia de la media de los infartados que es de 52 años de edad, así como un nivel socioeconómico inferior al del resto de la muestra, por lo que se consideró que estas variables lo eliminaban de la comparación.

El grupo formado por entrenadores de Educación Física (Grupo 7), se excluyó de esta comparación por estar constituido por solo 15 sujetos, número muy pequeño que no nos permite garantizar la estabilidad psicométrica y estadística de los resultados, lo cual obstaculiza la correcta inferencia estadística.

Es una práctica conveniente en investigación, tratar de producir las mayores diferencias posibles, para observar claramente el fenómeno. Trabajar únicamente con estos dos grupos, promueve una observación más clara y evita la contaminación de otras variables no comprendidas ni previstas.

Asimismo se tomó la decisión de trabajar únicamente con hombres porque el número de mujeres infartadas prematuramente era muy pequeño (15 mujeres).

Esta eliminación fue exclusivamente cuantitativa, es decir, basada en el número pequeño del grupo. Ya que si se tomara en cuenta: el número de mujeres infartadas que reportan las investigaciones revisadas y citadas con anterioridad, la información proporcionada por el Instituto Nacional de Cardiología en cuanto a que, durante 1988 no se presentó ninguna mujer infartada menor de 43 años a recibir tratamiento en esa Institución, y el hecho de que se atendieron únicamente 18 mujeres menores de 60 años con trastornos cardiovasculares isquémicos, 15 infartadas prematuramente quizá podría ser un número representativo. A pesar de ello, para evitar aumentos en el error estadístico, se eliminó el grupo de infartadas y, con él, el sexo femenino.

4.3 Descripción de la Muestra del Grupo Infartados

El grupo de Infartados estuvo formada por 123 hombres que habían sufrido un infarto entre los 45 y 55 años, con una edad promedio de 52 años y una desviación típica de 8.6, y con una edad promedio al momento de sufrir el infarto de 49 años (Gráfica 5).

Los meses de enero, septiembre, octubre, noviembre, junio y diciembre, fueron los meses en que se presentaron más infartos. Y los meses de marzo y julio los de menor incidencia de infartos prematuros. (Gráfica 6). En los últimos meses del otoño y primeros del invierno (de septiembre a enero) la posibilidad de infartarse es significativamente mayor que en los meses restantes.

El 43.9% (54 hombres) era primer varón de su familia. Los infartados pertenecían a familias que en promedio tenían 5 hermanos.

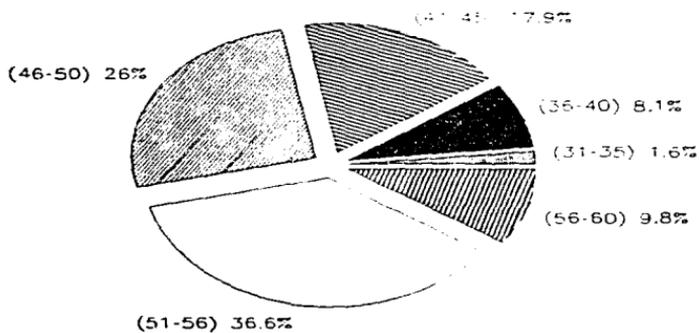
En relación al estado civil, el 80.5% (99 hombres) de la muestra correspondía a hombres casados, el 11.4% (14 hombres) divorciados, el 3.2% (4 hombres) solteros, el 2.4% (3 hombres) separados, el 1.7% (2 hombres) viudos y el .8% (1 hombre) vivía en unión libre. (Gráfica 7).

El número de hijos que tenían los hombres que formaron esta muestra fluctuaban de 12 a 0 hijos, presentando una media de 3.5. (Gráfica 8).

El nivel escolar de los hombres entrevistados fué: el 17.1% (21 hombres) había cursado únicamente la primaria, el 15.5% (19 hombres) la secundaria, el 8.1% (10 hombres) la preparatoria, el 44.7% (55 hombres) tenía estudios profesionales y el 14.6% (18 hombres) contaba con estudios de posgrado. (Gráfica 9).

El 60.16% (74 hombres) no tenía ningún antecedente de familiares infartados (Gráfica 10). De los sujetos con antecedentes de infartos en familia, en el 40.8% (20 hombres) se había presentado el infarto en el padre y el 26.5% (13 hombres) en su madre. El 32.7% (16 hombres) en hermanos (as), tíos (as) o abuelos (as) (Gráfica 11). Se pre-

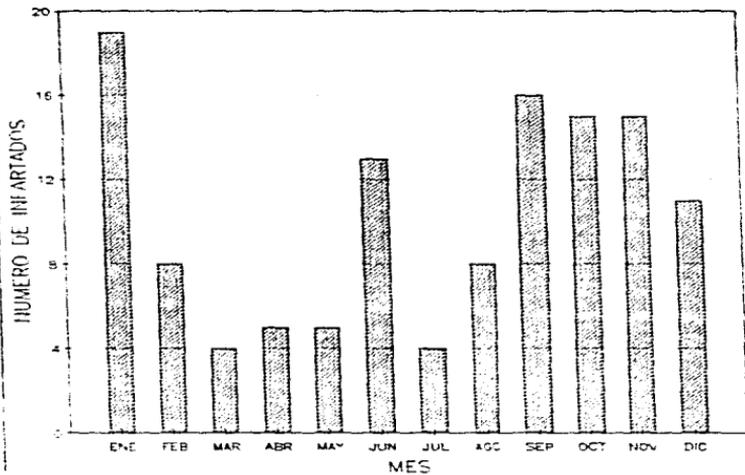
EDAD AL SUFRIR EL INFARTO
HOMBRES INFARTADOS



GRUPOS DE EDAD

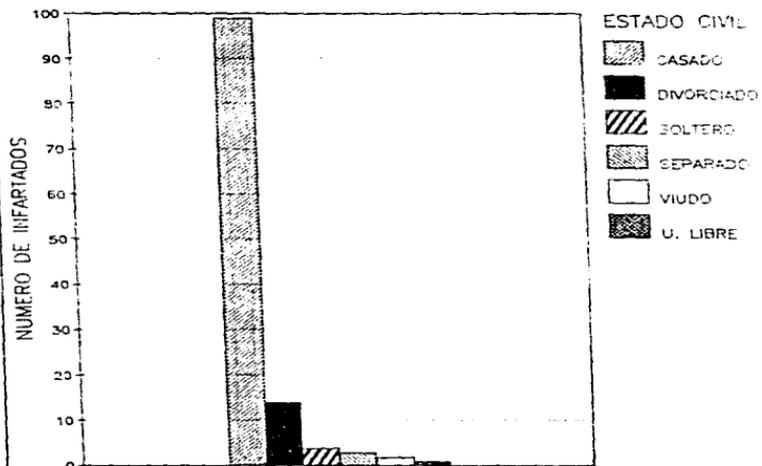
GRAFICA 05

MES DEL INFARTO
HOMBRES INFARTADOS



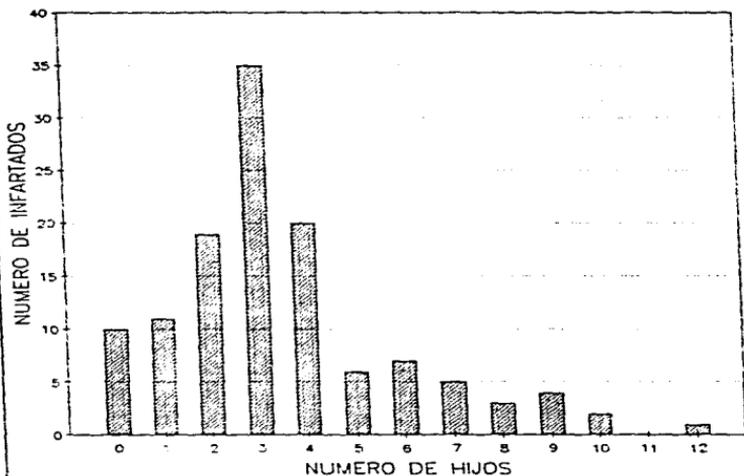
GRAFICA 06

ESTADO CIVIL
HOMBRES INFARTADOS



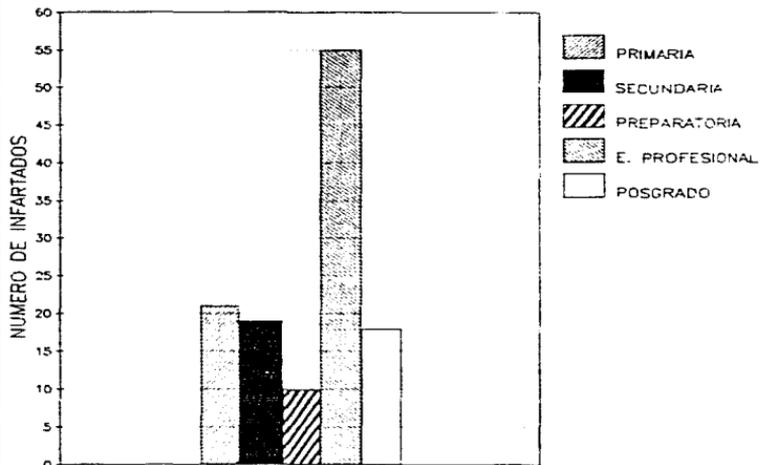
GRAFICA 07

NUMERO DE HIJOS
HOMBRES INFARTADOS



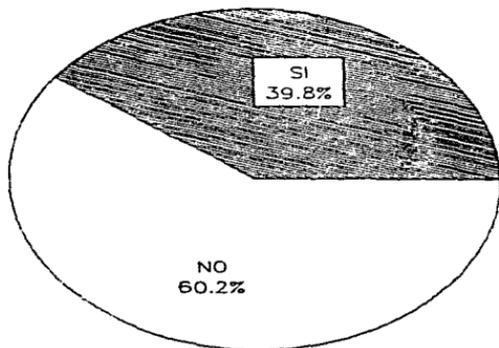
GRAFICA 08

ESCOLARIDAD
HOMBRES INFARTADOS



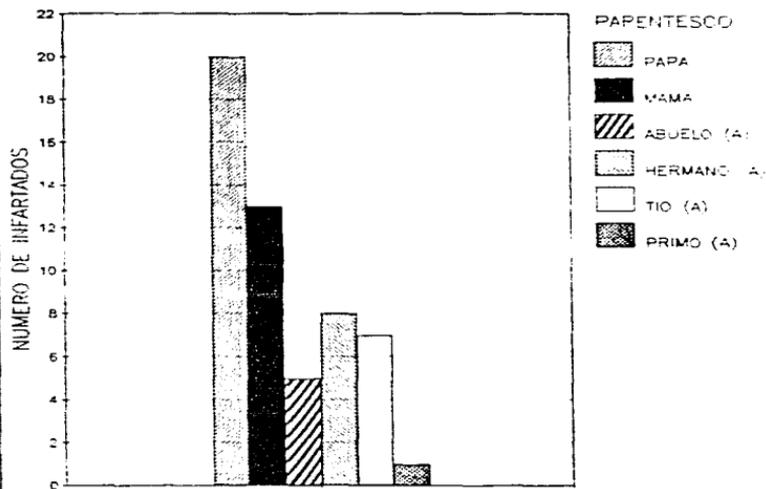
GRAFICA 09

ANTECEDENTES DE INFARTO EN LA FAMILIA
HOMBRES INFARTADOS



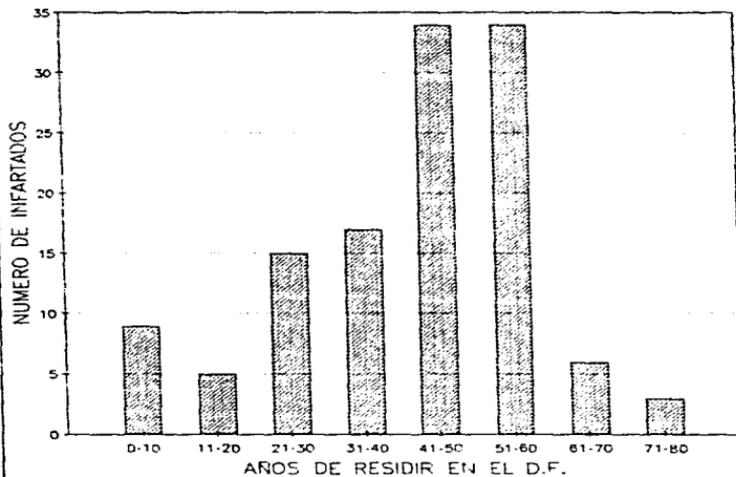
GRAFICA 10

INFARTOS EN LA FAMILIA



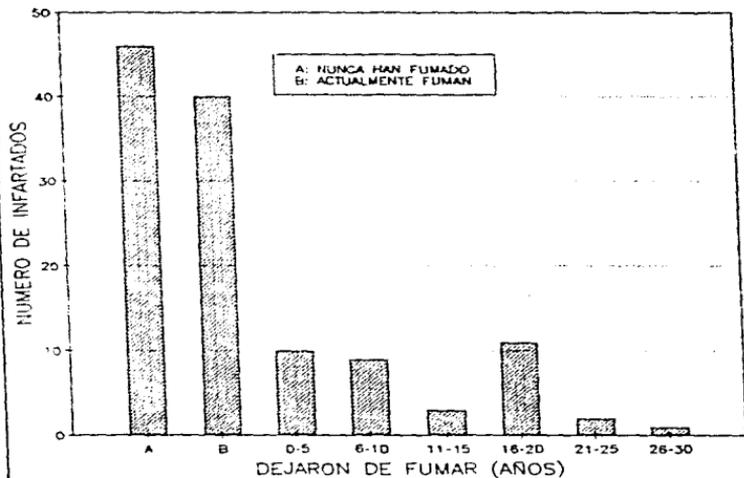
GRAFICA 11

TIEMPO DE RESIDIR EN EL D.F.
HOMBRES INFARTADOS



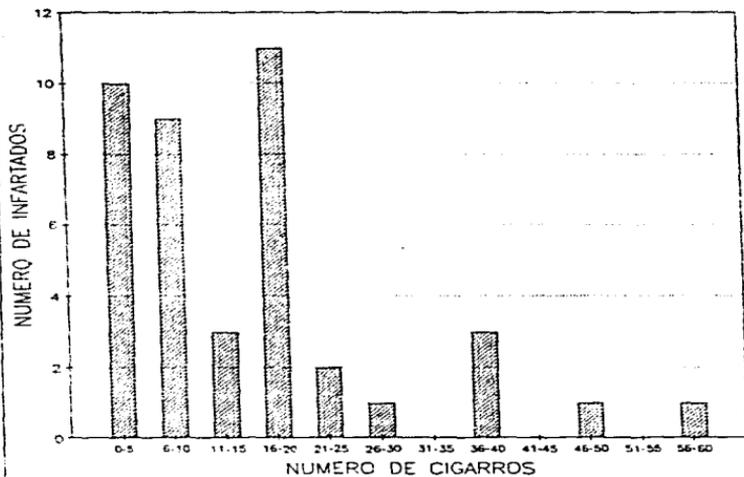
GRAFICA 12

TABAQUISMO HOMBRES INFARTADOS



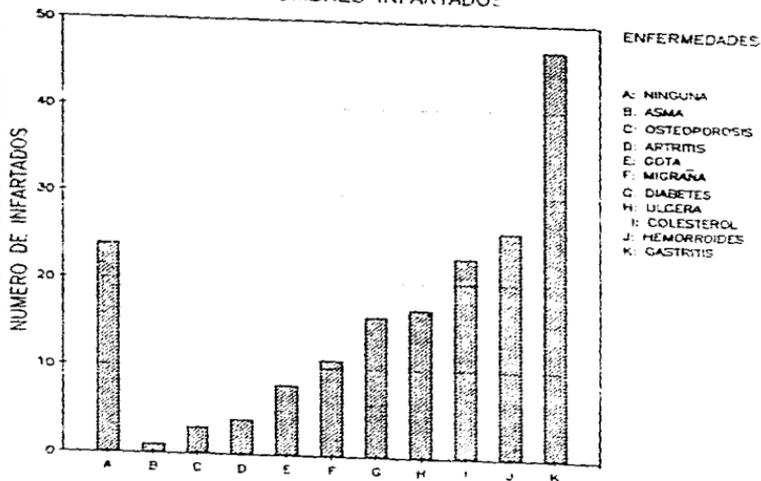
GRAFICA 13

NUMERO DE CIGARROS QUE FUMAN
LOS HOMBRES INFARTADOS



GRAFICA 14

ENFERMEDADES QUE PADECEN HOMBRES INFARTADOS



GRAFICA 15

sentaron casos en los que el sujeto tenía más de un familiar infartado.

En cuanto al tiempo de residir en la Ciudad de México, únicamente 9 sujetos tenían 10 o menos años de vivir en el D. F., 5 infartados entre 11 y 20 años de vivir en la Ciudad y 109 sujetos (88.6%) tenían más de 20 años de residir en la Ciudad de México. (Gráfica 12).

En relación con el tabaquismo, 46 sujetos infartados (37.4%) nunca habían fumado, 36 (29.3%) habían dejado de fumar, y 41 (33.3%) fumaban después de haber sufrido el infarto (Gráfica 13). De los fumadores, 19 personas fumaban menos de 10 cigarros al día. (Gráfica 14).

En cuanto a las enfermedades que con mayor frecuencia se presentaban en las personas infartadas prematuramente fueron, la Gastritis y las Hemorroides: 7 sujetos (58.21%) y 26 sujetos (21.14%) las padecían respectivamente. 24 personas (19.51%) reportaron no padecer otra enfermedad además del infarto: (Gráfica 15). La suma de los porcentajes de la Gráfica 15 suma más de 100%, debido a que algunos sujetos presentaban más de una enfermedad.

4.4 Selección de ítemes

En relación a la selección de los ítemes que conformarían la Guía de Factores de Personalidad (GFP) definitiva se formuló la siguiente pregunta:

Es cierto que los 120 ítemes que conforman la Guía de Factores de Personalidad, reflejan en su calificación de verdadero (V) los síntomas que le atribuyen Friedman y Rosenman, Fernández y otros a la Línea de Conducta Tipo A?

Como ya se explicó anteriormente en el Apartado de Reagrupamiento de la Muestra, se decidió trabajar exclusivamente con dos grupos: uno formado por 123 hombres infartados y otro, formado por 263 hombres no infartados.

El promedio de respuesta verdadero del Grupo de infartados fué de 58.54 y el del grupo no infartados fué de 42.69. La diferencia es significativa al .01. ($t_{384} = 8.05$ $p < .01$).

Una vez que se verificó que globalmente el grupo de infartados contestaba significativamente más verdadero (V), se procedió a buscar los ítemes que permitieran encontrar el núcleo de la Conducta Tipo A, tal como responden nuestros sujetos a los ítemes que la representan.

4.4 Análisis de Ítemes

El análisis de ítemes que se realizó presentó cinco formas:

- a) Discriminabilidad infartados vs sanos
- b) Correlación con ítemes discriminadores
- c) Homogeneidad biserial
- d) Carga Factorial $> .3$
- e) Comunalidad $> .25$

a) Discriminabilidad Infartados vs Sanos

Para seleccionar los ítemes que discriminaban entre los infartados y los no infartados "normales", de los 120 ítemes que formaban la Guía de Factores de Personalidad (GFP) se eligieron aquellos reactivos que se cruzaban; es decir, donde un grupo (Infartados) contesta de un modo (V > F), el otro (Sanos), contesta al revés (F > V); siempre y cuando no hubiera más del 75% de respuestas en una sola

categoria, ya que si lo hubiera, no estaria discriminando entre los grupos. Ademas de que se cruzaran en sus respuestas, se requirió que mostraran un valor de x^2 con una probabilidad de 0.05 o menor de deberse al azar.

Estos criterios fueron cubiertos por los siguientes 38 ítemes:

| ITEM | x^2 | ITEM | x^2 |
|--------|--------|--------|--------|
| 4 | 26.278 | 64 | 5.962 |
| 10 | 3.983 | 67 | 5.027 |
| 16 | 24.167 | 69 | 13.446 |
| * 17 | 5.353 | 70 | 19.479 |
| 22 | 12.860 | 75 | 12.926 |
| * 24 | 3.482 | 78 | 7.219 |
| 25 | 19.610 | 79 | 25.670 |
| * 30 | 3.424 | 80 (F) | 17.255 |
| 32 | 37.845 | 94 | 20.468 |
| 36 | 11.108 | 96 | 12.186 |
| 39 (F) | 24.852 | 103 | 10.346 |
| 44 | 14.739 | 105 | 25.226 |
| 47 | 30.404 | 106 | 14.142 |
| 49 | 3.458 | 107 | 8.894 |
| 50 | 8.540 | 113 | 20.131 |
| 51 | 57.131 | 114 | 12.370 |
| 54 | 6.085 | 115 | 23.020 |
| 57 | 5.077 | 120 | 20.054 |
| 62 | 24.294 | | |

Los ítemes 39 y 80 cumplieron con los requisitos estipulados pero el grupo de infartados contestó eligiendo la opción F y los normales la opción V, contrariamente a lo esperado.

categoria, ya que si lo hubiera, no estaria discriminando entre los grupos. Además de que se cruzaran en sus respuestas, se requirió que mostraran un valor de x^2 con una probabilidad de 0.05 o menor de deberse al azar.

Estos criterios fueron cubiertos por los siguientes 38 ítemes:

| ITEM | x^2 | ITEM | x^2 |
|--------|--------|--------|--------|
| 4 | 26.278 | 64 | 5.962 |
| 10 | 3.983 | 67 | 5.027 |
| 16 | 24.167 | 69 | 13.446 |
| * 17 | 5.353 | 70 | 19.479 |
| 22 | 12.860 | 75 | 12.926 |
| * 24 | 3.482 | 78 | 7.219 |
| 25 | 19.610 | 79 | 25.670 |
| * 30 | 3.424 | 80 (F) | 17.255 |
| 32 | 37.845 | 94 | 20.468 |
| 36 | 11.108 | 96 | 12.186 |
| 39 (F) | 24.852 | 103 | 10.346 |
| 44 | 14.739 | 105 | 25.226 |
| 47 | 30.404 | 106 | 14.142 |
| 49 | 3.458 | 107 | 8.894 |
| 50 | 8.540 | 113 | 20.131 |
| 51 | 57.131 | 114 | 12.370 |
| 54 | 6.085 | 115 | 23.020 |
| 57 | 5.077 | 120 | 20.054 |
| 62 | 24.294 | | |

Los ítemes 39 y 80 cumplieron con los requisitos estipulados pero el grupo de infartados contestó eligiendo la opción F y los normales la opción V, contrariamente a lo esperado.

Los ítemes 17, 24 y 30 no cumplieron con todos los requisitos que se estipularon para su selección, pero se decidió incluirlos bajo este criterio de discriminabilidad, porque el ítem 17 únicamente por el sujeto no cumplió con el requisito de que se cruzaran las respuestas, y los ítemes 24 y 30, la probabilidad de su x^2 fué de 0.06.

Esta primera selección nos proporcionó 38 ítemes parcialmente válidos porque de acuerdo a la teoría discriminaban a los infartados de los sanos.

b) *Correlación con Ítemes Discriminadores*

El siguiente análisis consistió en correlacionar (con la fórmula phi al .01 o menos), los 38 ítemes discriminadores con el resto de los 120 ítemes; ya que los ítemes que se correlacionaban significativa y positivamente con los ítemes discriminadores entre infartados y normales, son ítemes que seguramente miden en la misma dirección y que potencialmente comparten la misma varianza.

| NUM. DE CORRELACIONES | ITEM |
|--------------------------|--------------------------|
| 10 | 27, 55, 71, 76, 85 y 100 |
| 11 | 82 y 95 |
| 12 | 56 y 111 |
| 13 | 33 |
| 14 | 53 y 116 |
| 15 | 15 |
| 16 | 81 |
| 17 | 46 y 77 |
| 19 | 34 y 119 |
| 20 | 17 y 60 |
| 21 | 13 y 65 |
| 22 | 90 y 112 |
| 23 | 23, 26 y 72 |
| 24 | 19 |
| 25 | 37 |
| 27 | 16 |

Se eligieron aquellos ítemes que mostraban más del 66% del total de posibles correlaciones phi significativas, con los 38 ítemes iniciales, ya comprobadamente discriminadores. De este estudio se

obtuvieron los 31 ítemes que aparecen en la lista anterior.

c) Homogeneidad biserial

El siguiente análisis que se llevó a cabo consistió en correlacionar biserialmente la respuesta verdadero de todos los ítemes contra el total de "v". De estas correlaciones salieron 31 ítemes biserialmente válidos, con correlaciones biserials de .40 o más. Este análisis nos dió la validez interna del test entendida como homogeneidad de los ítemes.

Los 31 ítemes seleccionados bajo este criterio fueron:

| ITEM | ITEM | ITEM |
|-------|-------|--------|
| * 13 | ** 50 | * 81 |
| ** 22 | ** 51 | * 82 |
| * 23 | ** 54 | * 87 |
| ** 25 | * 55 | * 90 |
| ** 30 | ** 57 | * 100 |
| ** 36 | ** 62 | ** 103 |
| ** 41 | ** 66 | ** 106 |
| ** 44 | ** 67 | ** 107 |
| ** 47 | ** 78 | * 112 |
| ** 49 | ** 79 | ** 113 |
| | | ** 120 |

De estos 31 ítemes, obsérvese que los ítemes** ya habían demostrado su poder discriminador, es decir habían cubierto el criterio de discriminabilidad infartados vs sanos. Los ítemes* estaban significativamente correlacionados con esos 38 que ya habían demostrado su poder de discriminación. Por lo tanto, el criterio de homogeneidad permitió añadir solamente tres ítemes a los ya elegidos: el 41, 66 y 87.

d) *Carga Factorial >.3*

El siguiente paso consistió en realizar dos análisis factoriales con el objeto de encontrar los ítemes que mejor definieran la estructura factorial que se suponía subyace a la Línea de Conducta Tipo A.

El primer análisis se realizó con una matriz de 31 ítemes que correspondían a los ítemes biserialmente válidos. Y el segundo, se llevó a cabo con una matriz de 59 ítemes: 29 ítemes discriminadores y 1 biserialmente válidos. Varios ítemes de los que conformaron la matriz de 59 ítemes podían ser discriminadores y biserialmente válidos a la vez.

Se realizó sobre las matrices de correlación de 31 y 59 ítemes, el análisis factorial de componentes principales con posterior rotación Varimax, ortogonal, deteniendo la factorización cuando el valor del eigen era menor a 1.0.

De estos análisis se eligieron aquellos ítemes que mostraron una carga factorial >.3 en algún factor de las ANFACS de 31 y 59 variables.

El someter a los ítemes de la GFP a análisis factorial nos permitió obtener su validez factorial o de constructo.

En el análisis factorial VARIMAX rotado ortogonalmente a estructura simple, de la matriz con 31 variables, los ítemes que obtuvieron una carga factorial mayor de .3 fueron:

FACTOR I

Este Factor explica el 59% de la varianza común.

| ITEM | CARGA FACTORIAL | DEFINICION |
|------|-----------------|--|
| 23 | .36 | Me da la impresión que le provo agresividad a mucha gente |
| 30 | .43 | Muevo mucho las manos al hablar |
| 41 | .45 | Me han dicho que camino y me muevo muy bruscamente. |
| 47 | .40 | Más de una vez he oído que soy acelerado en mis cosas. |
| 81 | .55 | Me dicen que al hablar "golpeo" las palabras. |
| 106 | .58 | Me han dicho que alzo la voz innecesariamente. |
| 113 | .48 | A veces me doy cuenta, después de un rato de plática, de que no dejo hablar a los demás. |

FACTOR II

Este Factor dió cuenta del 10% de la varianza común

| ITEM | CARGA FACTORIAL | DEFINICION |
|------|-----------------|---|
| 44 | .52 | Por lo general, las cajeras son lentas. |
| 57 | .36 | La mayoría de la gente que presume de disfrutar las cosas que hace, está mintiendo. |
| 82 | .33 | Cuando me subo a mi coche en la mañana, se que habrá algún embotellamiento. |
| 103 | .53 | A la gente hay que explicarle las cosas más de una vez. |
| 107 | .40 | La mayoría de los casados posee a su cónyuge en vez de amarlo. |
| 120 | .48 | Casi todos los dependientes despachan de mala gana. |

Los ítemes elegidos en el análisis factorial de 31 variables, que demostraron "validez factorial" fueron:

23, 30, 41, 44, 47, 57, 81, 82, 103, 106, 107, 113, 120.

En el análisis factorial de la matriz de 59 variables, los ítemes que tenían cargas factoriales mayores de .30 fueron:

FACTOR I

Este factor dió cuenta del 45% de la varianza común

| ITEM | CARGA FACTORIAL | DEFINICION |
|------|-----------------|--|
| 32 | .45 | Me han dicho que siempre ando a las carreras. |
| 36 | .33 | He tenido problemas con mi pareja porque me hace esperar. |
| 47 | .58 | Más de una vez he oído que soy acelerado en mis cosas. |
| 75 | .39 | Me han dicho que soy dominante y mandón. |
| 77 | .32 | Casi siempre adelanto el retorno de mis vacaciones. |
| 81 | .43 | Me dicen que al hablar "golpeo" las palabras. |
| 106 | .60 | Me han dicho que alzo la voz innecesariamente. |
| 113 | .47 | A veces me doy cuenta, después de un rato de plática, de que no dejo hablar a los demás. |

FACTOR II

Este factor explica el 7% de la varianza común.

| ITEM | CARGA FACTORIAL | DEFINICION |
|------|-----------------|---|
| 16 | .47 | Cuando llego a una ventanilla oficial, ya se que me van a tratar de mala gana. |
| 19 | .36 | Por lo común, los choferes de hoy en vez de manejar, embisten con su automóvil. |
| 44 | .35 | Por lo general, las cajeras son lentas. |
| 82 | .55 | Cuando me subo a mi coche en la mañana, se que habrá algún embotellamiento. |
| 111 | .31 | La infidelidad matrimonial es lo más común. |
| 120 | .63 | Casi todos los dependientes despachan de mala gana. |

FACTOR III

Este Factor da cuenta del 6% de la varianza común.

| ITEM | CARGA FACTORIAL | DEFINICION |
|------|-----------------|---|
| 27 | .51 | La mitad de la gente hace ciertas cosas para evitar hacer otras. |
| 34 | .55 | La mayoría de la gente tiende a perder el tiempo. |
| 57 | .38 | La mayoría de la gente que presume de disfrutar las cosas que hace, está mintiendo. |
| 65 | .63 | La mayoría de la gente inventa sus problemas o los exagera. |
| 103 | .31 | A la gente hay que explicarle las cosas más de una vez. |

FACTOR IV

Este factor dió cuenta del 5% de la varianza común.

| ITEM | CARGA FACTORIAL | DEFINICION |
|------|-----------------|---|
| 51 | .33 | Quien me hace esperar, me ofende. |
| 69 | .63 | Los ruidos súbitos me sobresaltan. |
| 78 | .63 | El ruido me molesta muchísimo. |
| 79 | .30 | Tengo miedo de que mi esposa(o) o compañera(o) me abandone. |
| 90 | .39 | Los que me consideran acelerado(a) son de sexo opuesto. |

FACTOR V

Este factor explica el 5% de la varianza común.

| ITEM | CARGA FACTORIAL | DEFINICION |
|------|-----------------|---|
| 17 | .31 | Casi siempre que mi interlocutor hace una pausa buscando una palabra, yo se la digo. |
| 54 | .31 | Reacciono más rápido que la mayoría de la gente que conozco. |
| 100 | .55 | Si se me presentan dos asuntos o proyectos simultáneamente, les presto atención al mismo tiempo, en vez de terminar uno y seguir con el otro. |
| 112 | .37 | Cuando se trata de algo fundamental, está justificado perder el control. |
| 116 | .50 | Me puedo pasar horas cambiando bruscamente de atención de un asunto a otro sin cansarme. |

En el análisis factorial realizado con una matriz de 59 variables, los siguientes ítemes demostraron validez factorial:

16, 17, 19, 27, 32, 34, 36, 44, 47, 51, 54, 57, 65, 69, 75, 77, 78, 79, 81, 82, 90, 100, 103, 106, 111, 112, 113, 116, 120.

e) Comunalidad $>.25$

El siguiente criterio de selección fué el eliminar los ítemes que tenían comunalidades menores de $.25$, quedando 43 ítemes, que se suponía, darían la estructura más simple y lógica, la que mejor reflejaría la "esencia" del test.

Esta matriz de 43 x 43 ítemes resultó de cuatro "filtros" sucesivos a los que fueron sometidos los ítemes. Estos 43 ítemes resultaron ser los más competentes factorialmente y analizados por homogeneidad biserial, discriminabilidad y correlación con discriminabilidad.

Es así como con los siguientes 43 ítemes se proyectó la nueva versión corta de la Guía de Factores de Personalidad (GFP-43). (Anexo 3).

13, 16, 17, 19, 22, 23, 25, 26, 27, 30, 32, 33, 34, 36, 41, 44, 47, 49, 51, 54, 57, 62, 65, 67, 69, 72, 75, 77, 78, 79, 81, 82, 90, 100, 103, 106, 107, 111, 112, 113, 115, 116, 120.

Se procedió con estos 43 ítemes al ANFAC definitivo en busca de la estructura de la Guía de Factores de Personalidad que permitiera inferir el, o los núcleos de la Línea de Conducta Tipo A.

Se trató de responder a estas cuestiones: Es la Línea de Conducta Tipo A una sola "entidad" o sus componentes son varios?. Si son varios, cuántos?, cuáles?, señalados por qué ítemes?. En resumen se buscó la validez factorial o validez de "constructo" de la GFP con 43 ítemes.

4.5 Resultados del Análisis Factorial de la GFP-43.

Una vez seleccionados los 43 ítems propuestos para la forma corta de la Guía de Factores de Personalidad se analizaron factorialmente, análisis que se esperaba permitiera determinar la estructura factorial que se cree subyace a la Línea de Conducta Tipo A.

Como antecedente, se realizaron dos análisis factoriales con matrices de 31 y 59 ítems.

Es importante hacer notar que los factores que aparecieron en los tres análisis factoriales se mantuvieron esencialmente constantes, variando el número de factores dependiendo del número de variables de la matriz utilizada, ya que como se sabe, generalmente a menor número de ítems, menor número de factores si N se mantiene constante; pero estos factores aglutinaban las características que definían a la Línea de Conducta Tipo A, que en los análisis con mayor número de variables se oscurecían.

ANÁLISIS FACTORIAL DE LA GFP-43

MATRIZ DE 43 ÍTEMS

GRUPO INFARTADOS Y GRUPO NORMAL - $N = 386$

FACTOR I

Este Factor da cuenta del 51.6% de la varianza común y se le nombró: AGRESIVIDAD VERBAL - APRESURAMIENTO - (FACTOR QUE CONSTITUYE UNO DE LOS NÚCLEOS DE LA CONDUCTA TIPO A EN LA MUESTRA ESTUDIADA).

Los ítemes que conformaron este Factor fueron los siguientes:

| ITEM | CARGA FACTORIAL | DEFINICION |
|------|-----------------|---|
| 106 | .59 | Me han dicho que alzo la voz innecesariamente. |
| 81 | .53 | Me dicen que al hablar "golpeo" las palabras. |
| 30 | .45 | Muevo mucho las manos al hablar. |
| 41 | .44 | Me han dicho que camino y me muevo muy bruscamente. |
| 113 | .44 | A veces me doy cuenta, después de un rato de plática de que no dejo hablar a los demás. |
| 47 | .38 | Más de una vez he oído que soy acelerado en mis cosas. |
| 32 | .36 | Me han dicho que siempre ando a las carreras. |

FACTOR II

Este Factor explica el 9.4% de la varianza común y se le nombró: ANTICIPACION A LA FRUSTRACION PROVENIENTE DEL MEDIO O DE UN PROXIMO DEVALUADO.

| ITEM | CARGA FACTORIAL | DEFINICION |
|------|-----------------|--|
| 19 | .55 | Por lo común, los choferes de hoy en vez de manejar embisten con su automóvil. |
| 120 | .54 | Casi todos los dependientes despachan de mala gana. |
| 82 | .47 | Cuando me subo a mi coche en la mañana, se que habrá algún embotellamiento. |
| 16 | .44 | Cuando llego a una ventanilla oficial, ya se que me van a tratar de mala gana. |
| 90 | .34 | Los que me consideran acelerado son del sexo opuesto. |
| 44 | .33 | Por lo general, las cajeras son lentas. |

FACTOR III

Este Factor responde por el 6.9% de la varianza común y se denominó: MOTIVACION HOSTIL - COMPETITIVIDAD

| ITEM | CARGA FACTORIAL | DEFINICION |
|------|-----------------|--|
| 62 | .41 | A las señoras que estacionan sus coches en doble fila frente a las escuelas de sus hijos, deberían meterlas a la cárcel. |
| 67 | .41 | Aunque lo niegue todo el mundo hace las cosas por dinero. |
| 33 | .39 | Ganar no sólo es lo más importante, es lo único. |
| 72 | .37 | Si me falla la jugada clave en un juego le pierdo interés. |
| 112 | .35 | Cuando se trata de algo fundamental, está justificado perder el control. |

4.6 Elaboración de Normas

Una vez elegidos los 43 ítemes que conformaron la Guía de Factores de Personalidad, se procedió a realizar la recalificación de estos ítemes en los 625 sujetos (todos los hombres y mujeres que participaron en la investigación, aunque las conclusiones sólo abarcan a los varones), con el objeto de establecer las normas que permitieran determinar cuales sujetos presentaban una Línea de Conducta Tipo A.

En el Cuadro 7 se presentan las puntuaciones (\bar{X} y s) obtenidas en los 43 ítemes, en la respuesta V (verdadero), por todos los grupos que formaron parte de la investigación.

Una vez recalificados todos los grupos en los 43 ítemes, se llevó a cabo un análisis de varianza simple, sobre las medias de la tabla anterior, para determinar si todos los grupos respondían a la Guía

PROMEDIO DE CALIFICACIONES "V" EN LOS 23 GRUPOS DE LA MUESTRA
Y SU DESVIACION TIPICA - GFP-42

| GRUPO | SEXO | NUM. SUJETOS | SUMA DE VERDADERO | PROM. | DESV. STD. |
|----------------------|----------|-----------------|----------------------|-------|---------------|
| 1- Infartados | Masc. | 123 | 2,731 | 22.20 | 10.23 |
| 2- 45-55 años | Masc. | 45 | 704 | 15.64 | 8.56 |
| 4- Psicologos | Masc. | 10 | 131 | 13.50 | 8.15 |
| 6- Maratonistas | Masc. | 6 | 75 | 12.50 | 4.32 |
| 7- Entrenadores E.F | Masc. | 15 | 250 | 16.67 | 8.41 |
| 8- Est. Iztacala | Masc. | 28 | 298 | 10.64 | 5.89 |
| 10-Prof. Varlos | Masc. | 28 | 340 | 12.14 | 8.32 |
| 11-Prof. Ing-ICA | Masc. | 57 | 767 | 13.46 | 7.50 |
| 12-Est. polvos | Masc. | 31 | 482 | 15.55 | 5.33 |
| 16-Homicidas | Masc. | 32 | 532 | 16.63 | 6.14 |
| 17-Suicidas Fallidos | Masc. | 8 | 100 | 17.50 | 4.04 |
| 19-Admon. Pemex | Masc. | 30 | 305 | 10.17 | 7.01 |
| 20-Empl. Refineria | Masc. | 59 | 951 | 16.12 | 8.02 |
| 3 -Psicologas | Fem. | 7 | 81 | 11.57 | 6.90 |
| 5 -Psic. Clinica | Fem. | 14 | 203 | 14.50 | 6.40 |
| 9 -Enfermeras | Fem. | 28 | 343 | 12.25 | 8.04 |
| 13-Profesionistas | Fem. | 9 | 108 | 12.00 | 4.05 |
| 14-Est. Psic. UNAM | Fem. | 19 | 217 | 11.42 | 5.71 |
| 15-Est. Psic. Izt. | Fem. | 31 | 393 | 12.68 | 6.73 |
| 18-Suicidas Fallidas | Fem. | 23 | 411 | 17.87 | 5.73 |
| 21-Infartadas | Fem. | 15 | 304 | 20.27 | 7.76 |
| 22-45-55 años | Fem. | 3 | 42 | 14.00 | 3.74 |
| 23-Profesionistas | Fem. | 4 | 41 | 10.25 | 2.16 |
| TOTALES | | | | | |
| Infartados | Masc. | 123 | 2,731 | 22.20 | 10.23 |
| Infartadas | Fem. | 15 | 304 | 20.27 | 7.49 |
| No Infartados | Masc. | 349 | 4,979 | 14.27 | 7.76 |
| No Infartadas | Fem. | 138 | 1,839 | 13.33 | 7.19 |
| Infartados (as) | Masc-Fem | 138 | 3,035 | 21.99 | 9.95 |
| No Infartados(as) | Masc-Fem | 487 | 6,818 | 14.00 | 7.10 |

Cuadro 7

de Factores de Personalidad con el mismo promedio de calificación verdadero, para lo cual se planteó la hipótesis nula:

H_0 : No hay diferencia entre las medias de respuesta verdadero de los 23 grupos, por lo que todos los grupos responderán de la misma manera al test, es decir, con la misma \bar{X} de respuestas verdadero.

ANALISIS DE VARIANZA SOBRE LA RESPUESTA VERDADERO A LA GFP-43
DE LOS 23 GRUPOS.

| Fuente | Suma de Cuadrados | g. l. | Media Cuadrada | F | p. |
|--------|-------------------|-------|----------------|------|-------|
| b | 9.439.16 | 22 | 429.05 | 7.12 | <0.01 |
| w | 36.255.27 | 602 | 60.2 | | |

$F_0 \geq F_p \Rightarrow$ Se rechaza H_0 al .01, por lo tanto los grupos no responden de la misma manera al test, en cuanto a la \bar{X} de respuesta verdadero se refiere.

Nivel de significancia de 0.01 = 2.35

El análisis de varianza simple indica que los 23 grupos no responden de la misma manera en cuanto al promedio de respuestas verdadero se refiere, por lo que se decidió comparar las medias entre los grupos para determinar cuáles son los grupos que responden de manera diferente. Para realizar esta comparación se utilizó el método de Scheffé.

Al revisar la Gráfica 16 que muestra el promedio de verdadero de todos los grupos, se decidió comparar los grupos 1 y 21 que corresponden a los hombres y mujeres infartados, los cuales obtuvieron la \bar{X} más alta con los 21 grupos restantes.

H_0 = No hay diferencia entre las medias de respuesta verdadero de los grupos 1 (hombres infartados) y 21 (mujeres infartadas) y los 21 grupos restantes.

\bar{X} del conjunto formado por los grupos 1 y 21 = 21.73

\bar{X} del conjunto formado por los 21 grupos restantes = 13.67

Resultados

F_0 = 10.157 F_p = 6.27

Regla de decisión

$F_0 \geq F_p \Rightarrow$ H_0 se rechaza; por lo tanto sí existe una diferencia significativa entre las \bar{X} de respuesta verdadero de los grupos 1 y 21 y los 21 grupos restantes y ésta no se originó en la variabilidad de muestreo.

Posteriormente se decidió comparar las medias de los grupos 1 (hombres infartados) y 21 (mujeres infartadas) por ser estos grupos los que mostraban las medias más altas. (Gráfica 16).

H_0 = No hay diferencia significativa entre las medias de respuesta verdadero del grupo 1 (hombres infartados) y del grupo 21 (mujeres infartadas).

\bar{X} del Grupo 1 = 22.20

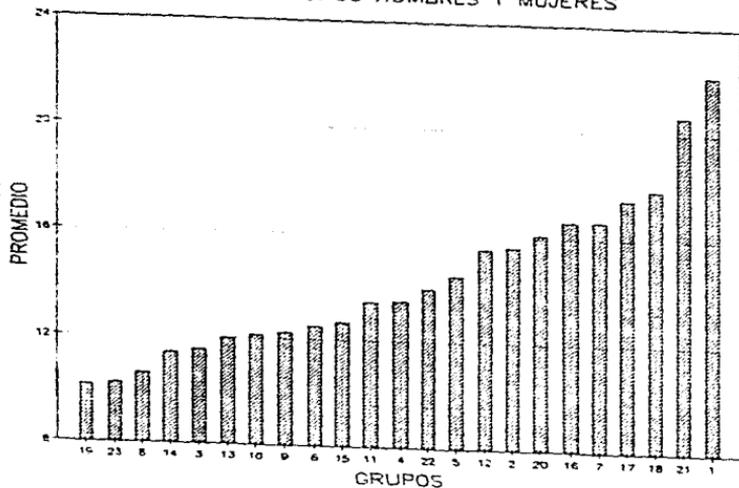
\bar{X} del Grupo 21 = 20.27

Resultados:

F_0 = 0.9099 F_p = 6.27

$F_0 \leq F_p \Rightarrow$ H_0 se acepta; por lo tanto no existe diferencia significativa entre las medias de respuesta verdadero de los grupos de infartados (1) e infartadas (21).

PROMEDIO DE RESPUESTAS VERDADERAS
GFP-43 - GRUPOS HOMBRES Y MUJERES



GRAFICA 16

Estos resultados nos indican que las personas infartadas, tanto hombres como mujeres, obtienen una calificación significativamente mayor que la de los demás grupos, en su contestación de verdadero, a la Guía de Factores de Personalidad en su versión con 43 ítemes.

Es importante hacer notar que, a diferencia de los resultados obtenidos con la GFP con 120 ítemes, en donde había varios grupos que no mostraban una diferencia significativa en su respuesta de verdadero con el grupo de infartados; con la versión de 43 ítemes, (Anexo 4) la GFP logra discriminar a los grupos de infartados de ambos sexos de todos los demás grupos. (Cuadro 8).

En el Cuadro 9 se muestran las normas percentilares y calificaciones z de los puntajes de respuesta "V" obtenidos por el grupo de infartados.

Por lo que, con base en estos resultados, en la medida en que este test refleja y mide la conducta de Tipo A, podemos decir:

Los hombres no infartados que obtengan una puntuación de 21.19 en la Guía de Factores de Personalidad (GFP-43), es decir, que se encuentren a una desviación por arriba de la media, (14.0), suponiendo que la distribución de calificaciones sea normal, aparentemente tienen una probabilidad de .05 de poseer uno o más rasgos de Conducta de Tipo A.

Esto, no necesaria ni suficientemente indica que el sujeto padecerá un infarto; simplemente dice que, en lo que la Guía de Factores de Personalidad-43 mide, este sujeto se parece muchísimo a los infartados.

4.7 Análisis del Grupo de Infartados

Al revisar las medias y desviaciones estandar de la calificación "V" de todos los grupos, se detectó que la desviación estandar de los hombres infartados (10.23) es relativamente grande en relación a la de los otros grupos, lo que nos hizo suponer que el grupo de infartados no es homogéneo; y por lo tanto se decidió buscar la razón de su posible heterogeneidad.

En primer lugar se analizaron las frecuencias de respuesta Falso y Verdadero que presentaron los 123 sujetos infartados en la Guía de Factores de Personalidad con 120 ítemes. Utilizando la prueba de χ^2 , fijando como significativa una probabilidad de 0.05 o menor, se demostró que 30 sujetos contestaban significativamente más Falso que Verdadero; y que 47 sujetos respondían significativamente más Verdadero que Falso. El resto, 46 sujetos, presenta un equilibrio entre "F" y "V", siendo su diferencia no significativa. Es decir, si la GFP-120 mide la Línea de Conducta Tipo A, y si suponemos que la gente se infarta por ser Tipo A, cómo es que 30 infartados tienen una \bar{X} de V menor que la de todos los grupos no infartados?

Es decir, existía un grupo de 30 infartados (24% de los infartados) que de acuerdo a la Guía de Factores de Personalidad no presentaban una Línea de Conducta Tipo A y que sin embargo se habían infartado prematuramente, por lo que se decidió analizar los datos de que se disponían intentando encontrar la posible razón de esta discrepancia.

PROMEDIO DE CALIFICACIONES "V" DE TODOS LOS GRUPOS,
 CON LA GUIA DE FACTORES DE PERSONALIDAD
 CON 120 Y 43 ITEMES.

| GRUPO | SEXO | NUM. SUJETOS | \bar{X} "V" GFP-120 | σ 120 | \bar{X} "V" GFP-43 | σ 43 |
|----------------------|-------|-----------------|--------------------------|-----------------|-------------------------|----------------|
| 1 INFARTADOS | MASC. | 123 | 56.54 | 46 | 22.20 | 52 |
| 2 45-55 AÑOS | MASC. | 45 | 52.73 | 44 | 15.64 | 36 |
| 3 PSICOLOGAS | FEM. | 7 | 46.78 | 39 | 11.57 | 27 |
| 4 PSICOLOGOS | MASC. | 10 | 39.80 | 33 | 13.50 | 31 |
| 5 PSIC. CLINICA | FEM. | 14 | 39.93 | 33 | 14.50 | 34 |
| 6 MARATONISTAS | MASC. | 6 | 39.50 | 33 | 12.50 | 29 |
| 7 ENTRENADORES E.F. | MASC. | 15 | 46.60 | 41 | 16.67 | 39 |
| 8 EST. IZTACALA | MASC. | 28 | 37.57 | 31 | 10.64 | 25 |
| 9 ENFERMERAS | FEM. | 28 | 39.32 | 33 | 12.25 | 28 |
| 10 PROF. VARIOS | MASC. | 78 | 40.54 | 34 | 12.14 | 28 |
| 11 PROF. ING-ICA | MASC. | 57 | 42.37 | 35 | 13.46 | 31 |
| 12 EST. POBRES | MASC. | 31 | 49.90 | 42 | 15.55 | 36 |
| 13 PROFESIONISTAS | FEM. | 9 | 36.22 | 30 | 12.00 | 28 |
| 14 EST. PSIC. UNAM | FEM. | 19 | 35.03 | 29 | 11.42 | 27 |
| 15 EST. PSIC. IZT. | FEM. | 31 | 41.16 | 34 | 12.68 | 29 |
| 16 HOMICIDAS | MASC. | 32 | 47.94 | 40 | 16.63 | 39 |
| 17 SUICIDAS FALLIDOS | MASC. | 8 | 51.63 | 43 | 17.59 | 41 |
| 18 SUICIDAS FALLIDAS | FEM. | 23 | 52.78 | 44 | 17.87 | 42 |
| 19 ADMON. PEMEX | MASC. | 30 | 38.03 | 32 | 10.17 | 24 |
| 20 EMPL. REFINERIA | MASC. | 59 | 46.54 | 39 | 16.12 | 37 |
| 21 INFARTADAS | FEM. | 15 | 52.73 | 44 | 20.27 | 47 |
| 22 45-55 AÑOS | FEM. | 3 | 40.67 | 34 | 14.09 | 33 |
| 23 PROFESIONISTAS | FEM. | 4 | 37.00 | 31 | 10.25 | 24 |

Cuadro 8

NORMAS PARA VARONES
 GUIA DE FACTORES DE PERSONALIDAD 43 ITEMS
 EQUIVALENCIAS DE PUNTAJE BRUTO, PERCENTILES Y
 CALIFICACIONES Z

| PUNTAJE BRUTO "VV" | PERCENTIL | CALIFICACION Z $Z = \frac{x - \bar{x}}{s}$ |
|-----------------------|-----------|---|
| 2 | 02 | - 1.98 |
| 3 | 06 | - 1.88 |
| 4 | 06 | - 1.79 |
| 5 | 07 | - 1.69 |
| 6 | 09 | - 1.59 |
| 7 | 10 | - 1.49 |
| 8 | 10 | - 1.39 |
| 9 | 11 | - 1.29 |
| 10 | 14 | - 1.20 |
| 11 | 15 | - 1.10 |
| 12 | 19 | - 1.00 |
| 13 | 22 | - 0.90 |
| 14 | 25 | - 0.80 |
| 15 | 28 | - 0.71 |
| 16 | 30 | - 0.61 |
| 17 | 33 | - 0.51 |
| 18 | 36 | - 0.41 |
| 19 | 41 | - 0.31 |
| 20 | 47 | - 0.21 |
| 21 | 49 | - 0.12 |
| 22 | 51 | - 0.02 |
| 23 | 55 | 0.08 |
| 24 | 57 | 0.18 |
| 25 | 60 | 0.27 |
| 26 | 61 | 0.37 |
| 27 | 65 | 0.47 |
| 28 | 67 | 0.57 |
| 29 | 71 | 0.67 |
| 30 | 74 | 0.76 |
| 31 | 76 | 0.86 |
| 32 | 82 | 0.96 |
| 33 | 82 | 1.06 |
| 34 | 85 | 1.16 |
| 35 | 90 | 1.26 |
| 36 | 93 | 1.35 |
| 37 | 96 | 1.45 |
| 38 | 97 | 1.55 |
| 39 | 97 | 1.65 |
| 40 | 98 | 1.75 |
| 41 | 99 | 1.84 |
| 42 | 99 | 1.94 |

Cuadro 9

Después de la recalificación se volvieron a presentar totales de respuestas semejantes a las anteriores. En el caso de los 30 infartados que contestaban significativamente más Falso que Verdadero se obtuvo una confiabilidad de .87, es decir, 26 de los 30 volvieron a contestar en igual proporción. (Falso significativamente mayor que V). En los 47 sujetos que respondieron significativamente más Verdadero que Falso, su confiabilidad fue de .98. Por lo que respecta al grupo de infartados, esto nos indica que lo que se mida con el cuestionario de 120 ítemes, se medirá con el de 43 ítemes con una alta confiabilidad.

Lo anterior demuestra la consistencia interna del test, pero no así la explicación del por qué 30 sujetos (24.4% de la muestra de infartados) se habían infartado prematuramente si no presentaban la Línea de Conducta Tipo A tal como pretende medirla la Guía de Factores de Personalidad 120-43.

Se decidió entonces, analizar la información que se tenía recabada en el Cuestionario de Datos Personales y de Salud (Anexo 1) del grupo de infartados, con el objeto de buscar la posible causa distinta a la presencia de la Línea de Conducta de Tipo A, que explicara el infarto prematuro, encontrando los siguientes datos.

| | GRUPO INFARTADOS | | GRUPO INFARTADOS | |
|----------------------------|------------------|---|------------------|---|
| | V | F | F | V |
| Num. de sujetos | 47 | | 30 | |
| Promedio de edad | 54 | | 51 | |
| Promedio de hermanos | 5.0 | | 5.1 | |
| Primogénito o primer varón | 26 | | 9 | |
| Promedio de hijos | 3.4 | | 2.9 | |
| Fuman | 13 | | 9 | |
| Edo Civil | | | | |
| Solteros | 1 | | 0 | |
| Divorciados | 8 | | 0 | |
| Viudos | 1 | | 0 | |
| Casados | 37 | | 29 | |
| Separados | 0 | | 1 | |
| Escolaridad | | | | |
| Primaria | 8 | | 6 | |
| Secundaria | 3 | | 5 | |
| Preparatoria | 0 | | 3 | |
| Profesional | 25 | | 13 | |
| Postgrado | 10 | | 3 | |
| Antecedentes | | | | |
| Padre infartado | 8 | | 5 | |
| Madre infartada | 7 | | 3 | |

Al analizar estos datos no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en lo relacionado con el promedio de edad, promedio de hermanos, promedio de hijos, el hábito de fumar y la escolaridad.

Pero al analizar el hecho de ser primer varón de su familia y la tendencia a mantener el matrimonio, se observó que el grupo de infartados prematuramente que contestó significativamente más V que F a la GFP-43, tiende a ser el primer varón de su familia significativamente más que el grupo infartado que contestó más F que V, y el grupo de infartados que contestó significativamente más F que V a la GFP 120-43, tiende a mantener su matrimonio significativamente más que el grupo que contestó más V que F.

Estas fueron las únicas características que al analizar los datos se encontraron significativamente diferentes entre los grupos de infartados.

V

**INTERPRETACION
DE DATOS**

*No es propio curar el cuerpo sin
el alma.*

Sócrates

V INTERPRETACION DE DATOS

Esta investigación tenía como objetivos principales el determinar si existía la Línea de Conducta Tipo A propuesta por los cardiólogos Friedman y Rosenman; si existía, ver si la Guía de Factores de Personalidad la media y verificar la relación que esta Línea de Conducta tenía con la enfermedad aterosclerótica.

Para dar respuesta a estas interrogantes se partió de la hipótesis nula de que no existía la Línea de Conducta Tipo A y por lo tanto, de no existir este comportamiento, los resultados arrojados por el test aplicado (Guía de Factores de Personalidad) se deberían al azar, ser fortuitos, y no mostrar diferencias entre las respuestas dadas por los grupos estudiados, en particular entre el grupo de infartados y "sanos".

Al analizar los datos se vió que sí había una diferencia significativa entre los grupos en las respuestas dadas a la Guía de Factores de Personalidad y que, en cuanto a respuesta Verdadero (V) se refiere, la media de respuestas era significativamente mayor en el grupo de infartados que en los no infartados.

Este resultado nos permitió aseverar que existía algo que medía la Guía de Factores de Personalidad y que distinguía a ambos grupos.

Dado que los ítems que componen este cuestionario están basados en la teoría que define a la Línea de Conducta Tipo A, y por los análisis realizados, podemos decir que la GFP-43 por su validez de contenido, de constructo o factorial y de contraste, parece medir la Línea de Conducta Tipo A, y que esta conducta la presentan los infartados en una mayor proporción y cantidad que los demás grupos estudiados que no están infartados.

Por lo tanto, con base en los resultados obtenidos podemos afirmar que sí existe la Línea de Conducta Tipo A y que ésta se caracteriza por ser un conjunto de rasgos, algunos de ellos ya propuestos por Friedman y Rosenman como son: la sensación crónica de urgencia, el afán competitivo y la agresividad frecuentemente encubierta, agresividad que en nuestra investigación se caracterizó por ser de índole verbal. Aunado a estos rasgos se presentaron otras características propias de la Conducta Tipo A, como el mantener una conducta devaluada a la frustración que el medio y un prójimo devaluado le producen y el tener una motivación de tipo hostil.

El análisis factorial realizado con la Guía de Factores de Personalidad con 43 ítems presentó a la agresividad verbal y el apresuramiento, como los rasgos que caracterizan al núcleo de la Línea de Conducta Tipo A en la muestra estudiada.

La presencia de la Línea de Conducta Tipo A fue determinada utilizando la Guía de Factores de Personalidad GFP-43 (Anexo 3), instrumento que en este trabajo probó su validez.

La Línea de Conducta Tipo A se presentó de una manera significativamente mayor en el grupo de infartados prematuramente (35-55 años); situación que nos hace presuponer que este estilo de vida podría ser una causa suficiente, aunque no necesaria, para promover el infarto. No es necesaria.

porque el 24% de los infartados no presentaba esta Línea de Conducta y sin embargo había sufrido un infarto, y es suficiente, al menos en el 76% de los infartados y mientras no se exploren a fondo todas las demás posibilidades, porque no se encontró en este grupo algún otro factor de los considerados de riesgo, que pudiera dar una explicación del por qué del infarto.

Las características que el grupo de infartados prematuramente compartían entre sí y que podrían determinar el perfil de personalidad de este grupo fueron:

1. El 89% de los infartados eran del sexo masculino.

Aunque este dato apoya los estudios mencionados anteriormente, en cuanto a la frecuencia (8 de cada 10) con que el sexo masculino sufre un infarto, es importante hacer notar que esta proporción se refería a la presencia del infarto del miocardio sin tomar en cuenta la edad de los sujetos. En los varones infartados prematuramente la frecuencia se eleva ligeramente 9 de cada 10.

En relación a la incidencia del infarto en mujeres, Salazar y cols. (1978) informan, que en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Cardiología de México se presentaron en un lapso de tres años (1973-1976), 13 mujeres menores de 50 años con infarto del miocardio.

Beltrán (1983) menciona que únicamente se presentó en ese Instituto en un lapso de 4 años (1976-1980), una mujer menor de 40 años, lo que representaba el 3.1% de los infartados de esa edad.

En nuestra investigación, el 11% de los infartados (15 sujetos) correspondía a mujeres entre 35 y 55 años, cifra que a pesar de no contar con datos que nos permitan hacer una comparación estadística

válida, apunta hacia un incremento considerable en cuanto a la incidencia del infarto prematuro en mujeres.

Esta situación abre una serie de cuestionamientos acerca de la posible causa de este incremento.

Será que debido a cambios sociales la mujer está desarrollando un nuevo estilo de comportamiento, diferente al tradicionalmente desempeñado, que promueve enfermedades que no le eran propias?

Será que la mujer, al tener un papel más activo en la vida productiva del País, está presentando enfermedades propias del sexo masculino que hasta ahora ha desempeñado ese papel?

2. El 89% de los infartados tenía más de 20 años de vivir en la Ciudad de México y únicamente el 7% tenía menos de 10 años de residir en el D.F.

Tomando en cuenta que parte de la muestra que conformó esta investigación se obtuvo de hospitales y de instituciones a los cuales, dado su prestigio y condiciones de servicio, podrían tener acceso personas que no vivieran en el D. F., como sería el caso del Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez", el Hospital de Pemex, el Hospital Militar y el Centro Médico, es importante el dato de que casi el 90% de los infartados tenía más de 20 años de residir en la Ciudad de México.

Diferentes investigaciones han considerado que el grado de urbanización de la región y los factores que este promueve, como sería la contaminación ambiental, el estilo de vida, la competitividad social, entre otros, podrían estar favoreciendo la presencia del infarto.

La Ciudad de México presenta una contaminación

ambiental muy alta, y dado el tamaño de la ciudad y sus condiciones socio-económicas, favorece un estilo de vida que promueve conductas de agresión, prisa y competitividad, que son comportamientos considerados en nuestro estudio, como los factores que conforman el núcleo de la Línea de Conducta Tipo A.

3. El 72% de los infartos se presentó en los meses de enero, junio, septiembre, octubre, noviembre y diciembre. Siendo el mes de enero, el mes en el que se presentó el mayor porcentaje de infartos (15%).

Estudios anteriores (Castillo 1979 y Geist, 1980) habían demostrado una clara periodicidad estacional (de septiembre a enero) en cuanto a la mayor incidencia de muertes por cardiopatías y de infartos del miocardio se refiere.

Esta investigación confirma la preferencia estacional del infarto a excepción del mes de junio, mes en el cual se presentó el 11% de los infartos y que en estudios preliminares no se había reportado.

4. El 45% de la muestra tenía un nivel escolar correspondiente a licenciatura y el 15% contaba con estudios de posgrado, escolaridad que para las condiciones que prevalecen en México, es sumamente elevado.

Estos datos podrían sugerir entre otras cosas, que el infartado muestra interés en actividades intelectuales, como podría ser el superarse académicamente.

5. *Unicamente el 6.5% de los infartados pertenecía a un nivel socioeconómico considerado bajo.*

Friedman y Rosenman (1974/1976) consideraban que ni la posición socioeconómica, ni la categoría profesional, mostraban correlación con la incidencia de la Línea de Conducta Tipo A.

Los datos encontrados en nuestra investigación, se oponen a lo expuesto por Friedman y Rosenman. Ya que, aunque no se les hizo un estudio socio-económico exhaustivo a los infartados, la manera de autoclasificarse, el tener la capacidad económica de solicitar atención médica privada y en el caso de los que asistían al Instituto Nacional de Cardiología, el hecho de haber sido clasificados en la sección destinada a las personas de altos ingresos, nos hace sospechar que el infarto del miocardio prematuro no es una enfermedad que se presente principalmente en personas de un nivel socio-económico bajo, al menos en nuestro País. Quizá las condiciones socio-económicas y culturales de los Estados Unidos justifiquen la conclusión a la que llegan Friedman y Rosenman.

La pregunta ahora sería: qué características tiene el estilo de vida de los niveles socio-económicos medio y alto, que pareciera ser favorece la presencia del infarto del miocardio prematuro?

6. *El 60% de los infartados no presentaba ningún antecedente de familiares infartados. En el 40% de los que sí tenían antecedentes familiares, el infarto se había presentado, en el 41% de ellos, en el padre y en el 27%, en la madre.*

Es decir, únicamente el 27% de los infartados tenía antecedentes familiares en primer grado; por lo que consideramos que el factor herencia, en nuestra muestra de infartados, no representó un factor de riesgo de gran importancia.

7. El 37% de los infartados dijo nunca haber fumado y el 30% al momento de realizar la encuesta, ya habían dejado de fumar.

Debido a que en el estudio no se especificó si habían dejado de fumar como consecuencia de haber sufrido el infarto; no podemos afirmar, ni la proporción que existe de fumadores entre los infartados, ni la cantidad de cigarrillos que los infartados consumen, para poder valorar así el riesgo que el tabaquismo representa en relación al infarto. Pero no deja de ser relevante que el infarto se dió en un grupo donde el 63% fumaba.

8. El 52% de los infartados padecían gastritis o úlcera, y el 21% hemorroides, enfermedades que se ha sugerido tienen un componente psicológico importante y que además involucran al sistema vascular, como el infarto del miocardio.

Las enfermedades gastrointestinales no se han considerado exclusivamente como características de un solo tipo de personalidad, sino como una respuesta a una situación conflictiva que puede ser desarrollada por diferentes personalidades.

Alexander (1950) apuntó que se ha observado en los pacientes que presentan este tipo de problemas gastrointestinales, que generalmente ocultan el deseo de continuar en una situación de dependencia infantil, en donde se les da protección, amor y cuidados, con una actitud compensatoria caracterizada por conductas exageradamente agresivas y

ambiciosas, que compensan la inseguridad y necesidad de afecto que subsisten en ellas.

Las características de personalidad de los sujetos que presentan este tipo de padecimientos, corresponden a algunas de las características de las personas con una Línea de Conducta Tipo A, y la gastritis, úlcera y hemorroides fueron las enfermedades que padecían más frecuentemente los infartados.

9. El 80% de la muestra era casado y únicamente el 11% divorciado.

Estas cifras indican que en nuestra investigación, el grupo de infartados presenta una tendencia a conservar el vínculo matrimonial.

Es importante hacer notar que, al buscar entre el grupo de infartados, las posibles causas que dieran explicación del por qué 24% de los infartados no presentaban una Línea de Conducta Tipo A, se encontró que este grupo de infartados tendía a mantener su matrimonio significativamente más que el grupo de infartados que sí mostraba una clara Conducta Tipo A.

Esto podría interpretarse como que la persona con una Línea de Conducta Tipo A posiblemente se atreve a romper con lo establecido, en cuanto a relaciones íntimas se refiere, como sería el vínculo matrimonial.

10. El 44% de los infartados eran hijos únicos o primer varón de sus familias, dato que apoya lo encontrado por Castillo (1979) y Rivera (1979).

Esta característica, el ser primer varón en su familia, fué otro de los datos que significativamente presentaba más el grupo de infartados con una Conducta Tipo A, que el grupo de infartados que no mostraba esta línea de comportamiento.

Esta situación hace surgir una serie de cuestionamientos:

Por qué en nuestra muestra, los infartados que presentan una Línea de Conducta Tipo A tienden más a ser el primer varón de su familia?

Se deberá a una especial relación que se da entre la madre y su primer hijo varón lo que promueva esta Línea de Conducta?

Será que la relación que se establece entre el padre y el primer hijo varón determina ciertas características propias de la Línea de Conducta Tipo A, como el ser altamente competitivo y el de presentar conductas agresivas?

Será que la competencia, agresividad, y la inseguridad que aparentemente subyace a estas características, sea producto de una identificación temprana con un padre temido y envidiado?

11. *Presencia de una Línea de Conducta Tipo A en el 76% de los infartados.*

Posiblemente sea la Línea de Conducta Tipo A, la característica que comparten con más frecuencia los infartados prematuramente que formaron parte de nuestra muestra.

Por lo que a continuación se intentará pormenorizar los principales rasgos que caracterizan a esta Línea de Conducta.

La prisa, rasgo que es uno de los que conforman el núcleo de la Línea de Conducta Tipo A, podría deberse a un factor fisiológico, como es el tiempo de reacción. El tiempo de reacción de los sujetos Tipo A podría ser más corto que el de la mayoría de los sujetos, característica que favorecería el aprendizaje de las tareas sencillas y la capacidad de respuesta rápida, lo que podría traer como consecuencia, recompensas y frustraciones casi inmediatas promoviendo conductas apresuradas y una sensación de impaciencia.

La competitividad, rasgo en que coinciden varios autores al señalarlo como característico de los sujetos con esta Línea de Conducta, podría tener su origen en un sentimiento de inseguridad básica y en un sentimiento de debilidad, producto de relaciones competitivas tempranas. Conflicto que es revivido constantemente y que lo lleva a buscar y crear de una manera compulsiva, situaciones de competencia para poder demostrarse a sí mismo de que es capaz de alcanzar el éxito e intentar compensar de esta manera, su inseguridad interna.

La hostilidad encubierta y la agresividad verbal que caracterizan a este tipo de personas, podrían ser consecuencias de su competitividad y sensación de impaciencia, así como por el apatía menosprecio que siente por su prójimo. Sentimientos que podrían tener su origen, en esa inseguridad que subyace a, y que se encuentra presente en, casi todos los actos de la persona con una clara Línea de Conducta Tipo A.

CONCLUSIONES

La causa está en nosotros mismos
De la misma manera que los ojos
de los murciélagos se ciegan a la
luz del día, la inteligencia de
nuestra alma se ciega ante las
cosas que se nos presentan con
más evidencia.

Aristóteles.

CONCLUSIONES

Esta investigación representa un intento por comprender un problema de relevancia social en México, como es el Infarto del Miocardio prematuro.

Intenta, no solo describir lo más detalladamente posible el Infarto del Miocardio, en cuanto a los aspectos psico-sociales se refiere, sino que propone la versión definitiva de un instrumento de medición que, como parte de este trabajo probó su validez, como es la Guía de Factores de Personalidad con 43 ítemes (GFP-43), que permite medir la Línea de Conducta Tipo A.

La Línea de Conducta Tipo A, es un patrón de comportamiento que se caracteriza por un conjunto de rasgos como son: sensación crónica de urgencia, afán competitivo, agresividad de índole verbal y conducta de anticipación a la frustración producida por un prójimo devaluado.

Esta Línea de Conducta Tipo A se encontró presente en el 76% de los hombres infartados de 35 a 55 años.

La Conducta Tipo A es propiciada por factores fisiológicos, psicológicos y sociales, y debe ser tomada en cuenta como un factor que favorece el Infarto del Miocardio, más no como un

factor secundario en esta enfermedad de múltiples causas, sino como uno de primer orden.

Esta investigación, aunque planteada en un principio como parte final de un trabajo desarrollado durante 14 años en la Facultad de Psicología, abre una serie de perspectivas y posibilidades de desarrollo, que más que terminar una etapa de investigación, sirve como parámetro para el inicio de estudios futuros.

Si bien es cierto que la descripción detallada de un fenómeno es muy importante para llegar a entenderlo, el objetivo final de una investigación debe ser el descubrimiento de las causas de ese fenómeno, lo cual nos llevaría a una etapa profética y predictiva.

Esta investigación habrá cumplido su objetivo, si además de validar un instrumento de calidad, como es la Guía de Factores de Personalidad y demostrar la relación que tiene la Línea de Conducta Tipo A con el Infarto del Miocardio prematuro en varones, despierta la inquietud por estudiar más detenidamente las causas que originan esta Línea de Conducta y se culmina proponiendo investigaciones longitudinales para obtener la validez predictiva de la Guía de Factores de Personalidad.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Alexander, F. (1950).** Psychosomatic Medicine. New York: W.W. Norton.
- Alexander, F. (1962).** Psiquiatría Dinámica. Buenos Aires: Paídos.
- Beltrán, P.R. (1983).** Infarto Agudo del Miocardio en Adultos Jóvenes. Tesis de Especialidad en Cardiología inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Benson, F.B. y McDermott, W. (1972).** Tratado de Medicina Interna. México: Interamericana.
- Bunge, M. (1975).** La ciencia, su método y su filosofía. Buenos Aires: Siglo Veinti.
- Burch, P.R. (1979).** Coronary disease: risk factors, age, and time. American Heart Journal, 97, 415-419.
- Cassel, R. y Cassel, S. (1984).** Critical differences between the Type A prone and Type A personalities. Education, 104(4) 336-342.
- Castillo Borquez, M. A. (1979).** Factores de riesgo en la psicogénesis de las enfermedades cardiovasculares. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Corday, E. y Swan, H. J. (1975).** Infarto de Miocardio. Barcelona: Toray.
- Dunbar, F. E. (1943).** Psychosomatic Medicine. New York: Hoeber.

- Dunbar, F. E. (1954). *Emotions and Bodily Changes*. New York: Columbia University.
- Dunbar, F. (1965). *Medicina Psicosomática y Psicoanálisis de Hoy*. Buenos Aires: Paidós.
- Engel, J., Page, H., y Campbell, B. (1974). Coronary Artery disease in young women. *Journal of the American Medical Association*, 230, 1531-1536.
- Espino Vela, J. (1980). *Introducción a la Cardiología*. México: Francisco Méndez Oteo.
- Estandía, A., Esquivel, J. A., Malo, R., Ferez, S., y Leon, M. (1971). Infarto juvenil del miocardio. *Arch. Instituto de Cardiología, Mexico*, 41, 137-150.
- Freeland Judson, H. (1984). *La búsqueda de respuestas*. México: Fondo Educativo Interamericano.
- Friedman, M. y Rosenman, R. H. (1959). Association of Specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of American Medical Association*, 69, 1286-1296.
- Friedman, M., y Rosenman R. H. (1976). *Conducta Tipo A y su corazón*. España: Grijalbo.
- Fowler, N. O. (1977). *Enfermedades del Miocardio*. Barcelona: Salvat.
- Geist, H. (1980). *Aspectos Emocionales de las Cardiopatías*. México: El Manual Moderno.
- Glass, G. y Stanely, J. (1970). *Statistical Methods in Education and Psychology*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Guadalajara, J. F. (1985). *Cardiología*. México: Francisco Méndez Cervantes.
- Guerrero González, J. H. (1985). *Infarto Agudo del Miocardio en Adultos Jóvenes*. Tesis Especialidad en Cardiología Médica. Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F.
- Haynal, A. y Pasini, W. (1984). *Manual de Medicina Psicosomática*. México: Masson.
- Henrotte, J. (1986). Type A Behavior and Magnesium Metabolism. *Magnesium*, 5 (3-4), 201.

Herber, P. N. (1981). ¿Está indicado la modificación de los factores de riesgo después de una infarto de miocardio?. En L. R. Zohman y A. A. Kattus (Eds.) Rehabilitación cardíaca en la práctica médica (pp. 80-89). Barcelona: Toray.

Hurtado, L., Ferrero, L. y Cárdenas, M. (1982). Infarto del miocardio en pacientes menores de 40 años. Arch. Instituto Cardiología México, 52, 237.

INEGI Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1984). Información Estadística, Sector Salud y Seguridad Social. (Cuaderno No. 3) México: Cria. de Programación y Presupuesto.

Kempe, C. (19-5). Rorschach method and psychosomatic diagnosis. Personality traits of patients with rheumatic disease, hypertensive cardiovascular diseases, coronary occlusion, and fracture. Psychosomatic Medicine, 7, 85-89.

Kerlinger, F. N. (1975). Investigación del comportamiento, técnicas y método (Segunda Ed.). México: Nueva Editorial Interamericana.

Kolteniuk, B. (1962). Conceptos Psicológicos y Aplicaciones de la Medicina Psicosomática. Tercer de Nuestra India, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Levin, J. (1979). Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. México: Harla.

Lulofs, R., Van Diest, R., y Van DerMolen, G. (1986). Differential reactions to type A and type B males to negative feedback about performance. Journal of Psychosomatic Research, 30(1), 35-40.

Macías, C. y Hernández, J. Estrés y condiciones de trabajo. Teoría de Licenciatura en preparación. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.

Martínez Piña, A. (1973). Medicina Psicosomática en la Clínica Médica y Psicológica. Barcelona: Científico Médica.

Mertens, Ch. (1986). Psychological etiology in cardiovascular disorders: basic findings and new trends. Acta Psychiatrica Belgica, 86, 5-21.

Nunnally, J. C. (1987). Teoría Psicométrica. México: Trillas.

OMS, Organización Mundial de la Salud. (1958). Clasificación de las lesiones aterocleróticas (Serie de Informes Técnicos 143). Suiza: OMS.

OMS, Organización Mundial de la Salud. (1986). Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares en la comunidad. (Serie de Informes Técnicos 732). España: Organización Mundial de la Salud.

- Osorio Fuentes, M. y Rios Ibarra, C. (1986). Características de Personalidad del Paciente con Hipertensión Esencial. Tesis Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Proudfit, W., Velch, CH., Siqueira, C., Mercerf, F. y Sheldon, W. (1981). Prognosis of 1000 Young women studied by coronary angiography. *Circulation*, 64, 1185-1190.
- Rascovsky, A. (1948). Patología Psicosomática. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Rivera Carreño, N. (1979). Un estudio estadístico sobre algunas variables relacionadas al infarto. Tesis Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Salazar, E., Fernández de la Requera, G., Figueroa, C. y Casanova, M. (1978). Mortalidad hospitalaria del infarto agudo del miocardio. *Arch. Instituto Nacional de Cardiología de México*, 48, 1155-1211.
- Salazar, E., Fernández de la Requera, G., Romero, L. y De la Real, R. (1980). Historia natural del paciente con infarto agudo del miocardio. *Arch. Instituto Nacional de Cardiología de México*, 50, 237-244.
- Salazar, E., Moragotxa, J., Marco, C., Sorriola, E. y Serrano, M. P. (1973). Alteraciones metabólicas en sobrevivientes de infarto del miocardio. *Arch. Instituto Cardiología México*, 43, 1.
- Schneider P. J. (1988). Aspectos psicosomáticos de la cardiopatía. Tesis Doctoral inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Seltzer, C. (1975). Smoking and cardiovascular disease. *American Heart Journal*, 90, 125-128.
- Shapiro, M. (1979). Infarto Agudo del Miocardio. México: Ceca.
- Silber, E. N., y Katz, L. N. (1978). Enfermedades del Corazón. México: Interamericana.
- Smith, T., y Anderson, N. (1986). Models of Personality and Disease: an interactional approach to type A behavior and cardiovascular risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1156-1177.
- Svebak, S., y Bergen, N. (1983). Personality and cardiovascular risk. *Sidskrift for Norsk Psykofoorening*, 29, 183-193.
- Wahl, C. W. (1975). La Dirección psicológica del paciente coronario. En E. Corday y H. J. Swan (Eds.) Infarto de miocardio. Barcelona: Toray.

Waters, D., Halphen, CH., Theroux, P., David, P., Mizgala, H. (1978). Coronary Artery Disease in young women: clinical and angiographic features and correlation with risk factors. American Journal of Cardiology. 42, (1.3)

Weiss, E. (1940). Cardiovascular lesions of probable psychosomatic origin in arterial hypertension. Psychosomatic Medicine. 2, 259-264.

Zohman, L. R., y Kattus, A. A. (1981). Rehabilitacion Cardiaca en la Práctica Médica. Barcelona: Toray.

ANEXO I

ANEXO 2

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

GUÍA DE FACTORES DE PERSONALIDAD - 120

G. Fernández. UNAM. 1988.

Las preguntas que siguen pretenden explorar las relaciones de su comportamiento con su salud. Cuando alguna pregunta se refiera a una situación que usted no ha experimentado, o cuando no pueda recordar con exactitud, por favor tache la opción "7". Cuando lo que dice la pregunta sea verdadero para usted, tache la "V"; si es falso, tache la "F". Si tiene alguna duda, pregunte ahora. Si no, por favor empiece.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. He dejado algunas tareas o proyectos a medio terminar porque encontré otros más interesantes..... | F | 7 | V |
| 2. Mientras haga las cosas que me gustan, me da igual ganar poco que mucho dinero..... | F | 7 | V |
| 3. Me han dicho que soy muy puntual..... | F | 7 | V |
| 4. En las grandes ciudades es casi imposible caminar despacio..... | F | 7 | V |
| 5. Siempre me esfuerzo por ganar..... | F | 7 | V |
| 6. Es idiota mantener dos o más relaciones amorosas al mismo tiempo..... | F | 7 | V |
| 7. Aunque duren poco, pongo mucha energía en las cosas que hago..... | F | 7 | V |
| 8. Tengo fama de sarcástico..... | F | 7 | V |
| 9. Cuando acudo a una cita, siempre llego antes de la hora..... | F | 7 | V |
| 10. En la escuela me enojaba que me quitaran puntos por mala ortografía..... | F | 7 | V |
| 11. Time is money..... | F | 7 | V |
| 12. Cada situación de mi vida debe ser un reto para mí..... | F | 7 | V |
| 13. Es perfectamente justificable alzar la voz si el otro no entiende..... | F | 7 | V |
| 14. Casi todos los adulterios son impremeditados..... | F | 7 | V |
| 15. En general, la gente habla muy despacio..... | F | 7 | V |
| 16. Cuando llego a una ventanilla oficial, ya se que me van a tratar de mala gana..... | F | 7 | V |
| 17. Casi siempre que mi interlocutor hace una pausa buscando una palabra, yo se la digo..... | F | 7 | V |
| 18. Durante mi adolescencia, me masturbaba..... | F | 7 | V |
| 19. Por lo común, los choferes de hoy en vez de manejar, embien con su automóvil..... | F | 7 | V |
| 20. Cuando se que lo hice bien, me da lo mismo que me aplaudan o que me ignoren..... | F | 7 | V |
| 21. El año pasado fui al teatro más de cuatro veces..... | F | 7 | V |

A N E X O

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 22. | <i>Es muy difícil tenerle paciencia a la mayoría de la gente.....</i> | F | 7 | V |
| 23. | <i>Me da la impresión que le provocho agresividad a mucha gente.....</i> | F | 7 | V |
| 24. | <i>Cuando una novela me gusta, la leo de un jalón.....</i> | F | 7 | V |
| 25. | <i>Cuando me interrumpen en algo importante, siento ganas de insultar.....</i> | F | 7 | V |
| 26. | <i>Un buen empleado se lleva el trabajo a su casa.....</i> | F | 7 | V |
| 27. | <i>La mitad de la gente hace ciertas cosas para evitar hacer otras.....</i> | F | 7 | V |
| 28. | <i>En la primaria reprobé año.....</i> | F | 7 | V |
| 29. | <i>Cada año leo, por lo menos, un libro de poesía completo.....</i> | F | 7 | V |
| 30. | <i>Muevo mucho las manos al hablar.....</i> | F | 7 | V |
| 31. | <i>El amor a mí mismo es primero que el amor al prójimo.....</i> | F | 7 | V |
| 32. | <i>Me han dicho que siempre ando a las carreras.....</i> | F | 7 | V |
| 33. | <i>Ganar no sólo es lo más importante, es lo único.....</i> | F | 7 | V |
| 34. | <i>La mayoría de la gente tiende a perder el tiempo....</i> | F | 7 | V |
| 35. | <i>Soy capaz de repetir la última frase que dijo mi interlocutor aunque no le haya prestado mucha atención.....</i> | F | 7 | V |
| 36. | <i>He tenido problemas con mi pareja porque me hace esperar.....</i> | F | 7 | V |
| 37. | <i>En esta vida debemos fijarnos plazos. Sólo así los cumplimos.....</i> | F | 7 | V |
| 38. | <i>Me consideran un líder natural.....</i> | F | 7 | V |
| 39. | <i>Rara vez necesito ir al médico o al dentista.....</i> | F | 7 | V |
| 40. | <i>La mayoría de la gente que me elogia lo hace para adularme.....</i> | F | 7 | V |
| 41. | <i>Me han dicho que camino y me muevo muy bruscamente..</i> | F | 7 | V |
| 42. | <i>Muy rara vez llego tarde a una cita.....</i> | F | 7 | V |
| 43. | <i>En el deporte que practico (aba) tengo (tuve) fama de rudo.....</i> | F | 7 | V |
| 44. | <i>Por lo general, las cajeras son lentas.....</i> | F | 7 | V |
| 45. | <i>Tengo fama de hablar claro y decir lo que pienso....</i> | F | 7 | V |
| 46. | <i>Creo que la anestesia me haría dormir más lentamente que al común de la gente.....</i> | F | 7 | V |
| 47. | <i>Más de una vez he oído que soy acelerado en mis cosas.....</i> | F | 7 | V |
| 48. | <i>Podría soportar fácilmente un matrimonio abierto....</i> | F | 7 | V |
| 49. | <i>Se que mis ironías molestan a mucha gente.....</i> | F | 7 | V |
| 50. | <i>Frecuentemente tengo que aflojar el paso para emparejar a la persona que camina conmigo.....</i> | F | 7 | V |

A N E X O

| | |
|--|-------|
| 51. Quien me hace esperar, me ofende..... | F 7 V |
| 52. Creo que tengo éxito con el sexo opuesto..... | F 7 V |
| 53. Mi presentación me importa poco, en cuanto me oigan hablar sabrán quien soy..... | F 7 V |
| 54. Reacciono más rápido que la mayoría de la gente que conozco..... | F 7 V |
| 55. Cuando uno compete siempre debe tratar de superar al contrario, aunque juegue con niños..... | F 7 V |
| 56. Me enfada que la gente sea impuntual..... | F 7 V |
| 57. La mayoría de la gente que presume de disfrutar las cosas que hace, está mintiendo..... | F 7 V |
| 58. Me gusta vivir la vida con intensidad..... | F 7 V |
| 59. Rasurarse con eléctrica mientras se maneja un auto es una demostración de superior habilidad..... | F 7 V |
| 60. Lo que mucha gente considera agresividad, sólo es firmeza y decisión..... | F 7 V |
| 61. Por lo general mi crina es oscura, tirando a amarillo-rojo..... | F 7 V |
| 62. A las señoras que estacionan sus coches en doble fila frente a las escuelas de sus hijos, deberían meterlas a la cárcel..... | F 7 V |
| 63. Un acto sexual satisfactorio dura cinco minutos..... | F 7 V |
| 64. Aunque me dejara, no creo que pudieran hipnotizarme. | F 7 V |
| 65. La mayoría de la gente inventa sus problemas o los exagera..... | F 7 V |
| 66. Cuando termino una tarea no me detengo a considerar que tan bien la hice, prosigo con la que viene..... | F 7 V |
| 67. Aunque lo niegue todo el mundo hace las cosas por dinero..... | F 7 V |
| 68. Soy una persona de gran imaginación y fantasía..... | F 7 V |
| 69. Los ruidos súbitos me sobresaltan..... | F 7 V |
| 70. Le fui infiel a mi novia (o)..... | F 7 V |
| 71. Me aburren las reuniones familiares..... | F 7 V |
| 72. Si me falla la jugada clave en un juego le pierdo interés..... | F 7 V |
| 73. Soy el mayor de mis hermanos varones..... | F 7 V |
| 74. Reconozco que soy celoso (a)..... | F 7 V |
| 75. Me han dicho que soy dominante y mandón..... | F 7 V |
| 76. La emoción más fácil de imitar es la ira..... | F 7 V |
| 77. Casi siempre adelanto el retorno de mis vacaciones.. | F 7 V |
| 78. El ruido me molesta muchísimo..... | F 7 V |
| 79. Tengo miedo de que mi esposa (o), o compañera (o) me abandone..... | F 7 V |
| 80. De adolescente me consideraban difícil de tratar..... | F 7 V |

A N E X O

| | |
|--|-------|
| 51. Quien me hace esperar, me ofende..... | F 7 V |
| 52. Creo que tengo éxito con el sexo opuesto..... | F 7 V |
| 53. Mi presentación me importa poco, en cuanto me oigan hablar sabrán quien soy..... | F 7 V |
| 54. Reacciono más rápido que la mayoría de la gente que conozco..... | F 7 V |
| 55. Cuando uno compete siempre debe tratar de superar al contrario, aunque juegue con niños..... | F 7 V |
| 56. Me enfada que la gente sea impuntual..... | F 7 V |
| 57. La mayoría de la gente que presume de disfrutar las cosas que hace, está mintiendo..... | F 7 V |
| 58. Me gusta vivir la vida con intensidad..... | F 7 V |
| 59. Rasurarse con eléctrica mientras se maneja un auto es una demostración de superior habilidad..... | F 7 V |
| 60. Lo que mucha gente considera agresividad, sólo es firmeza y decisión..... | F 7 V |
| 61. Por lo general mi orina es oscura, tirando a amarillo-rojo..... | F 7 V |
| 62. A las señoras que estacionan sus coches en doble fila frente a las escuelas de sus hijos, deberían meterlas a la cárcel..... | F 7 V |
| 63. Un acto sexual satisfactorio dura cinco minutos.... | F 7 V |
| 64. Aunque me dejara, no creo que pudieran hipnotizarme. | F 7 V |
| 65. La mayoría de la gente inventa sus problemas o los exagera..... | F 7 V |
| 66. Cuando termino una tarea no me detengo a considerar que tan bien la hice, prosigo con la que viene..... | F 7 V |
| 67. Aunque lo niegue todo el mundo hace las cosas por dinero..... | F 7 V |
| 68. Soy una persona de gran imaginación y fantasía..... | F 7 V |
| 69. Los ruidos súbitos me sobresaltan..... | F 7 V |
| 70. Le fui infiel a mi novia (o)..... | F 7 V |
| 71. Me aburren las reuniones familiares..... | F 7 V |
| 72. Si me falla la jugada clave en un juego le pierdo interés..... | F 7 V |
| 73. Soy el mayor de mis hermanos varones..... | F 7 V |
| 74. Reconozco que soy celoso (a)..... | F 7 V |
| 75. Me han dicho que soy dominante y mandón..... | F 7 V |
| 76. La emoción más fácil de imitar es la ira..... | F 7 V |
| 77. Casi siempre adelanto el retorno de mis vacaciones.. | F 7 V |
| 78. El ruido me molesta muchísimo..... | F 7 V |
| 79. Tengo miedo de que mi esposa (o), o compañera (o) me abandone..... | F 7 V |
| 80. De adolescente me consideraban difícil de tratar..... | F 7 V |

A N E X O

| | | | |
|--|---|---|---|
| 81. Me dicen que al hablar "golpeo" las palabras..... | F | ? | V |
| 82. Cuando me subo a mi coche en la mañana, se que habrá algún embotellamiento..... | F | ? | V |
| 83. Voy a misa cada semana..... | F | ? | V |
| 84. La persona que necesita un psiquiatra o un psicólogo es débil de carácter..... | F | ? | V |
| 85. Nunca pido ayuda (económica, moral, etc.) ni acepto que me la den..... | F | ? | V |
| 86. La gente le da demasiada importancia a su vida interior..... | F | ? | V |
| 87. Yo sabía que iba a llegar lejos en esta vida..... | F | ? | V |
| 88. Con frecuencia cambio de actividad..... | F | ? | V |
| 89. Me conozco muy bien a mi mismo..... | F | ? | V |
| 90. Los que me consideran acelerado (a) son del sexo opuesto..... | F | ? | V |
| 91. Aunque estén muy adelantados, cuando mis proyectos dejan de interesarme, los abandono..... | F | ? | V |
| 92. Jamás faltó a mi trabajo, aunque esté medio enfermo. | F | ? | V |
| 93. Llenar cuestionarios es poco útil..... | F | ? | V |
| 94. Hacer cola, si no tengo algo para leer, se me hace muy pesado..... | F | ? | V |
| 95. Creo que tomo las cosas muy en serio, como es debido..... | F | ? | V |
| 96. Mis problemas los resuelvo yo solo..... | F | ? | V |
| 97. De entre mis hermanos, fui el preferido de mi madre. | F | ? | V |
| 98. Mucha gente ha notado mi gran capacidad de trabajo.. | F | ? | V |
| 99. Cuando hablo, me gusta subrayar con el dedo se mi vez lo que considero importante..... | F | ? | V |
| 100. Si se me presentan los asuntos o proyectos simultáneamente, les presto atención al mismo tiempo, en vez de terminar uno y seguir con el otro. | F | ? | V |
| 101. Mientras manejo, alcanzo a leer todos los anuncios que hay en la calle..... | F | ? | V |
| 102. La gente que le echa demasiadas ganas al estudio o al trabajo casi siempre es porque está huyendo de algo..... | F | ? | V |
| 103. A la gente hay que explicarle las cosas más de una vez..... | F | ? | V |
| 104. Ultimamente, me he pasado horas armando rompecabezas..... | F | ? | V |
| 105. Cuando visito un lugar que me interesa conocer, pero veo que la cola para entrar es muy larga, mejor regreso otro día..... | F | ? | V |
| 106. Me han dicho que silbo la voz innecesariamente..... | F | ? | V |
| 107. La mayoría de los cazados pesco a su cónyuge en vez de amarlo..... | F | ? | V |

ANEXO

| | | | |
|--|---|---|---|
| 108. Siempre he tratado de ayudar a quien está en problemas..... | F | 7 | V |
| 109. Si es factible, y en verdad me lo propongo, yo se que puedo..... | F | 7 | V |
| 110. La mayoría de la gente le teme al éxito..... | F | 7 | V |
| 111. La infidelidad matrimonial es lo más común..... | F | 7 | V |
| 112. Cuando se trata de algo fundamental, está justificado perder el control..... | F | 7 | V |
| 113. A veces me doy cuenta, después de un rato de pláticas, de que no dejo hablar a los demás..... | F | 7 | V |
| 114. Los cálculos aritméticos simples los hago con gran velocidad y exactitud..... | F | 7 | V |
| 115. Casi siempre termino de comer antes de los que se sentaron conmigo a la mesa..... | F | 7 | V |
| 116. Me puedo pasar horas cambiando bruscamente de atención de un asunto a otro sin cansarme..... | F | 7 | V |
| 117. He tenido fantasías o ensueños donde mato a alguien..... | F | 7 | V |
| 118. Me han dicho que soy café para manejar..... | F | 7 | V |
| 119. La gran mayoría de las cosas que dice la gente carece de importancia..... | F | 7 | V |
| 120. Casi todos los dependientes despachan de mala gana.. | F | 7 | V |

ANEXO 3

A N E X O

GUIA DE FACTORES DE PERSONALIDAD - 43

G. Fernández. UNAM. 1989

Las preguntas que siguen pretenden explorar las relaciones de su comportamiento con su salud.

Cuando alguna pregunta se refiera a una situación que usted no ha experimentado, o cuando no pueda recordar con exactitud, por favor tache la opción "3". Cuando lo que dice la pregunta sea verdadero para usted, tache la "V". Si es falso, tache la "F".

Si tiene alguna duda, pregunte ahora. Si no, por favor empiece.

- | | | |
|-----|--|-------|
| 1. | Es perfectamente justificable alzar la voz si el otro no entiende..... | F ? V |
| 2. | Cuando llego a una ventanilla oficial, ya se que me van a tratar de mala gana..... | F ? V |
| 3. | Casi siempre que mi interlocutor hace una pausa buscando una palabra, yo se la digo..... | F ? V |
| 4. | Por lo común, los choferes de hoy en vez de manejar, embisten con su automóvil..... | F ? V |
| 5. | Es muy difícil tenerle paciencia a la mayoría de la gente..... | F ? V |
| 6. | Me da la impresión que le provoco agresividad a mucha gente..... | F ? V |
| 7. | Cuando me interrumpen en algo importante, siento ganas de insultar..... | F ? V |
| 8. | Un buen empleado se lleva el trabajo a su casa..... | F ? V |
| 9. | La mitad de la gente hace ciertas cosas para evitar hacer otras..... | F ? V |
| 10. | Muevo mucho las manos al hablar..... | F ? V |
| 11. | Me han dicho que siempre ando a las carreras..... | F ? V |
| 12. | Ganar no sólo es lo más importante, es lo único..... | F ? V |
| 13. | La mayoría de la gente tiende a perder el tiempo.... | F ? V |
| 14. | He tenido problemas con mi pareja porque me hace esperar..... | F ? V |
| 15. | Me han dicho que camino y me muevo muy bruscamente.. | F ? V |
| 16. | Por lo general, las cajas son lentas..... | F ? V |
| 17. | Más de una vez he oído que soy acelerado en mis cosas..... | F ? V |
| 18. | Se que mis ironías molestan a mucha gente..... | F ? V |
| 19. | Quien me hace esperar, me ofende..... | F ? V |
| 20. | Reacciono más rápido que la mayoría de la gente que conozco..... | F ? V |

ANEXO

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 21. | La mayoría de la gente que presume de disfrutar las cosas que hace, está mintiendo..... | F | ? | V |
| 22. | A las señoras que estacionan sus coches en doble fila frente a las escuelas de sus hijos, deberían meterlas a la cárcel..... | F | ? | V |
| 23. | La mayoría de la gente inventa sus problemas o los exagera..... | F | ? | V |
| 24. | Aunque lo niegue todo el mundo hace las cosas por dinero..... | F | ? | V |
| 25. | Los ruidos súbitos me sobresaltan..... | F | ? | V |
| 26. | Si me falla la jugada clave en un juego lo pierdo interés..... | F | ? | V |
| 27. | Me han dicho que soy dominante y mandón..... | F | ? | V |
| 28. | Casi siempre adelanto el retorno de mis vacaciones.. | F | ? | V |
| 29. | El ruido me molesta muchísimo..... | F | ? | V |
| 30. | Tengo miedo de que mi esposa (o), o compañera (o) me abandone..... | F | ? | V |
| 31. | Me dicen que al hablar "golpeo" las palabras..... | F | ? | V |
| 32. | Cuando me subo a mi coche en la mañana, se que habrá algún embotellamiento..... | F | ? | V |
| 33. | Los que me consideran acelerado (a) son del sexo opuesto..... | F | ? | V |
| 34. | Si se me presentan dos asuntos o proyectos simultáneamente, les presto atención al mismo tiempo, en vez de terminar uno y seguir con el otro. | F | ? | V |
| 35. | A la gente hay que explicarle las cosas más de una vez..... | F | ? | V |
| 36. | Me han dicho que alzo la voz innecesariamente..... | F | ? | V |
| 37. | La mayoría de los casados posee a su cónyuge en vez de amarlo..... | F | ? | V |
| 38. | La infidelidad matrimonial es lo más común..... | F | ? | V |
| 39. | Cuando se trata de algo fundamental, está justificado perder el control..... | F | ? | V |
| 40. | A veces me doy cuenta, después de un rato de plática, de que no dejo hablar a los demás..... | F | ? | V |
| 41. | Casi siempre termino de comer antes de los que se sentaron conmigo a la mesa..... | F | ? | V |
| 42. | Me puedo pasar horas cambiando bruscamente de atención de un asunto a otro sin cansarme..... | F | ? | V |
| 43. | Casi todos los dependientes despachan de mala gana.. | F | ? | V |