

ESTRUCTURA FACTORIAL DE UNA ESCALA MEXICANA DEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO «A» Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD

Arturo Juárez García¹, Beatriz Frías Arroyo y Leonardo Reynoso-Eraza
Universidad Nacional Autónoma de México (México)

Resumen

La mayoría de las escalas de evaluación del patrón de conducta tipo A (TABP) tienen un carácter unidimensional o global. Sin embargo, recientemente se ha demostrado que ciertos componentes del patrón —específicamente la hostilidad— tienen mayor importancia por su relación con la enfermedad cardiovascular. Por ello, el objetivo de este estudio fue realizar un análisis factorial de una escala Mexicana del TABP con el propósito de ubicar las dimensiones que lo componen y evaluar su relación con síntomas somáticos del sistema digestivo, respiratorio y circulatorio. Participaron 522 sujetos que laboran en el Distrito Federal y área metropolitana. Los resultados mostraron tres factores que explican en conjunto el 30,85% de la varianza. El primer factor (impaciencia-hostilidad) fue el único que obtuvo relaciones significativas con el sistema circulatorio y sus valores de fiabilidad fueron más altos que la escala original, por lo que se destaca como el componente clave de la escala. Se discute la importancia del componente y la estructura encontrada para su consideración en estudios y programas de prevención e intervención futuros.

PALABRAS CLAVE: *Escalas de evaluación, patrón de conducta tipo A, enfermedad cardiovascular.*

Abstract

Most of the Type A Behavior Pattern (TABP) scales were designed on a global character basis, that is, unidimensionally. However, it has been recently demonstrated that hostility has a primordial importance in its relationship with cardiovascular disease. The purpose of the present study was to carry out a factorial analysis of a Mexican scale of TABP to locate the dimensions that compose it and to evaluate its relationship with somatic symptoms in the digestive, breathing and circulatory systems. 522 Mexican subjects who work in Mexico City and the

¹ *Correspondencia:* Arturo Juárez García, Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM), Av. de los Barrios # 1, Tlalnepantla, Estado de México, CP. 54090 (México). E-mail: arturojuarezg@hotmail.com

suburbs participated. The results show three factors that explain 30.85% of the variance in the whole experiment. The first factor (impatience-hostility) was the only one which obtained significant relationships with the circulatory system and its reliability values were higher than the original scale, and as a result it is singled out as the main component of the scale. We discuss the importance of the components and the structure found for future studies to develop preventive or intervention programs.

KEY WORDS: *Evaluation scales, Type A behavior pattern, cardiovascular illness.*

Introducción

La enfermedad cardiovascular (CVD) es la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo industrializado y representa un problema significativo de salud pública a nivel mundial. En la Unión Soviética y otros países del este en Europa, ésta ha incrementado dramáticamente en los últimos 30 años siendo responsable hasta de un 60% de todas las muertes en este continente. En Estados Unidos, la CVD es la causa del 41% de todas las muertes ya que entre 250.000 y 350.000 personas mueren al año por enfermedad del corazón repentina, y al menos el mismo número de personas pierden su vida lentamente debido a la enfermedad cardiovascular manifiesta, la cual se sufre de manera crónica (Schnall *et al.*, 2000). En México, en el año 2001 se informan 45.421 muertes por enfermedad isquémica del corazón de 441.004 totales que hubo en ese año (10,3%), ocupando así los primeros lugares de causa de muerte a nivel nacional (SSA, 2004).

El enfoque dominante en la investigación de la enfermedad cardiovascular por parte de la comunidad médica se ha centrado en aspectos individuales, especialmente de susceptibilidad biológica-genética (hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes, arritmias cardíacas) y conductas de riesgo (por ejemplo, fumar, los hábitos alimenticios, el estilo de vida sedentario) consideradas como las más importantes en la etiología de la enfermedad cardiovascular. A nivel de intervención, millones de personas han sido protegidas por medio de programas para dejar de fumar, para adoptar dietas, para hacer ejercicio y aquellos pacientes con enfermedad coronaria manifiesta ya han sido tratados por medio de angioplastias coronarias, aunado a los elementos farmacológicos y dispositivos diversos como los marcapasos o corazones artificiales que proveen esperanza para mejorar la calidad de vida de muchos pacientes.

A pesar del optimismo engendrado por estos logros, la etiología y patogénesis de la CVD no es muy clara, por lo cual, la eficacia para controlar la epidemia sigue siendo limitada. Por ejemplo, en el clásico Framingham Heart Study (Haynes *et al.*, 1978), se utilizaron técnicas epidemiológicas para identificar factores de riesgo importantes (fumar, diabetes, hipertensión, y colesterol), sin embargo, estos tradicionales factores de riesgo explican sólo una parte de la probabilidad de enfermarse del corazón. En términos prácticos, esto significa que esos factores «estándar» fallan en la predicción de muchos casos nuevos de enfermedad del corazón. Nótese que uno de estos factores, la hipertensión, es prácticamente de etiología descono-

cida. Además, éstos representan relativamente causas «próximas» de CVD, cada uno con un conjunto complejo de determinantes, mucho de los cuales son de origen psicosocial.

Nuevos desarrollos surgen y retan el enfoque de esos factores, uno de éstos es la emergencia de la investigación de otros factores conductuales que tal vez influyan en el desarrollo de la CVD. Ejemplo de ello es la formulación del concepto de «conducta vulnerable a la enfermedad cardiovascular», denominado Patrón de conducta tipo A (TABP). La evidencia más fuerte de la importancia del TABP fue su investigación en el *Western Collaborate Group Study* en 1961, donde los doctores Meyer Friedman y Ray Rosenman examinaron mediante entrevistas, ciertos patrones conductuales de 3000 hombres adultos considerados sanos, alrededor de la mitad de estos hombres manifestaron conductas «tipo A». Ocho y medio años después, los autores encontraron un índice de enfermedad cardíaca de más del doble en los «tipo A» que los «no A» (Rosenman *et al.*, 1975; Charlesworth y Nathan, 1984;).

Los estudios del *Western Collaborate Group Study* y *Framingham Heart Study* fueron el inicio de una larga cadena de estudios que lograron demostrar la relación entre el TAPB y la enfermedad cardiovascular (Edwards, 1991) y por ello, organismos como la *American Heart Association* (1981) han llegado a considerar este patrón como un factor de riesgo para la aparición de enfermedad coronaria tan importante como el colesterol excesivo o la hipertensión arterial.

Friedman y Rosenman (1974) definen al patrón de conducta tipo A como un complejo emotivo-activo que se observa en toda persona agresivamente implicada en una crónica e incesante lucha por conseguir cada vez más en menos tiempo, y si es necesario, contra la oposición de cosas o personas.

Este patrón conductual está constituido por una serie de conductas entre las que se observan: excesiva competitividad, esfuerzos por realizar muchas tareas, agresividad, urgencia de tiempo, aceleración de actividades comunes, no buscan descansar, hostilidad, hiperalertas, explosividad al hablar, tensión de músculos faciales, lucha contra el tiempo, insensibilidad al ambiente; además estos sujetos son ordenados, bien organizados, autocontrolados, autoconfidentes, prefieren trabajar solos cuando se encuentran bajo presión, no se distraen fácilmente mientras trabajan y son incapaces de relajarse. (Reynoso y Seligson, 1997).

En general, este patrón constituye una amplia gama de elementos cognoscitivos y emocionales, así como de estilos personales de funcionamiento de un individuo, y es la conducta observable que emerge cuando una persona predispuesta es confrontada con una situación de reto. No es una situación estresante ni una respuesta de distrés, sino que es un estilo de conductas manifiestas utilizadas para afrontar situaciones de la vida. Puede ser elicitado por situaciones placenteras o problemáticas, pero es disparado particularmente por situaciones que se perciben como retos relevantes y se manifiesta por valores característicos, pensamientos y relaciones interpersonales (Reynoso *et al.*, 2002).

Los sujetos «tipo A» a diferencia de los «no A» muestran una tasa cardíaca más elevada, mayor presión arterial (sistólica y diastólica), incremento en la conductancia de la piel, mayor secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), mayor vasoconstricción periférica y cambios electrocardiográficos, ya sea durante la entre-

vista clínica o durante tareas de tiempos de reacción, solución de problemas, exposición a ruidos o a factores aversivos no controlados, en pruebas de desempeño psicomotor, en el test de agua fría y en general en circunstancias que representen retos para estos sujetos (Reynoso *et al.*, op cit.).

Para la evaluación del patrón conductual tipo A en adultos se han utilizado distintas medidas cuyo origen se estableció en los Estados Unidos de Norteamérica y han sido ampliamente utilizadas: la «Entrevista estructurada» (*Structured Interview, SI*) de Friedman y Rosenman (Rosenman, 1978), la «Escala de actividad de Jenkins» (*Jenkins Activity Survey, JAS*) de Jenkins, Rosenman y Friedman, (1967), la «Escala Framingham» (Haynes *et al.*, 1978) y la «Escala Bortner» (Bortner, 1969).

Recientemente se ha discutido mucho acerca de la importancia de los métodos y de los instrumentos para la evaluación válida del patrón de conducta tipo A, pues diversos autores aseguran que mientras que los resultados de múltiples estudios indican que el TABP es un fuerte predictor independiente de la mortalidad por enfermedad del corazón, investigación alterna y subsecuente ha fallado para sostener estos hallazgos (Hellriegel, Slocum y Woodman, 1999; Byrne, 2000; Schnall *et al.*, 2000).

Edwards (1991) asegura que dichos resultados varían considerablemente dependiendo del método o instrumento de medición. En su revisión y análisis crítico respecto a la validez de los instrumentos norteamericanos tradicionalmente utilizados (SI, JAS, Framingham y Bortner) muestra evidencias respecto a los distintos niveles o grados de validez de cada instrumento y concluye que la entrevista estructurada (SI) aparece como la medida más válida para la evaluación del TABP, aunque enfatiza que ninguna de las medidas ha demostrado validez aceptable a través de los criterios considerados para validez de constructo, de criterio y de contenido. Es importante mencionar que el autor nunca menciona niveles de fiabilidad. Finalmente, este autor plantea como principal obstáculo para demostrar la validez de estas medidas a la multidimensionalidad del TABP, que es lo que dificulta su estimación estadística y el establecimiento de su validez total, por lo que propone abandonar las medidas globales a favor de las medidas específicas de los componentes del TABP, pues no se puede asumir como un constructo unidimensional.

A partir de los hallazgos de multidimensionalidad del TABP diversos autores (Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1978; Landy *et al.*, 1991; Wright *et al.*, 1994) decidieron fragmentar el patrón en diversos componentes, tratando de determinar si algún factor era más importante que otro y de esta forma surgieron diversos estudios (Houston *et al.*, 1989; Landy *et al.*, 1991). Jenkins (1982) replicó con anterioridad que el TABP consiste en una constelación de conductas que se presentan ante situaciones que el sujeto percibe como retos relevantes.

Byrne (2000) sostiene que la definición de Rosenman del TABP claramente propone una colección de conductas y no una entidad conductual única y aislada. Si el TABP es considerado como una serie de conductas, algunas de ellas vulnerables a la enfermedad coronaria, debe ponerse atención a las partes del patrón total que pueden ser potencialmente patogénicas y si esta influencia patogénica sólo es evidente bajo ciertas circunstancias.

De esta forma, se puede suponer que más que la simple posesión del factor de riesgo (en este caso el TABP), se tiene un poder predictivo clínico mayor si se analizan las relaciones específicas de los componentes del TABP y si éstos ocurren en combinación con otros factores psicosociales del entorno, como puede ser un ambiente ocupacional frustrante, o un trabajo con escaso control y excesivas presiones (Juárez y Montes de Oca, 2001).

En cuanto a los componentes del TABP que pueden resultar potencialmente patogénicos, recientemente se ha demostrado que la variable hostilidad ha emergido como el posible factor de riesgo mayormente predictivo, importante y determinante para la enfermedad cardiovascular (Williams y Williams, 1993; Byrne, 2000; Schnall *et al.*, 2000).

Por otro lado, no se puede asumir que todos los componentes del TABP son patogénicos o negativos, pues variables como el locus de control interno, la autoeficacia, el involucramiento en el trabajo o la motivación al logro son también elementos característicos de este patrón. Valencia (1998), diferencia a los sujetos tipo A en aquellos que poseen una ambición saludable (funcional) y aquellos que tienen una competitividad mal ajustada (disfuncionales). En su aspecto positivo, se han realizado investigaciones del patrón A de conducta en ejecutivos mexicanos, encontrado relaciones de éste con estilos de dirección altamente funcionales y eficaces, y con modelos de efectividad organizacional considerados como más productivos (Torres, 1992; Martínez, 2001).

Como lo afirma Reynoso *et al.* (2002): «Así pues, el patrón conductual tipo A contiene tanto componentes benignos como otros predisponentes a la enfermedad coronaria, que necesitan ser diferenciados y evaluados separadamente» (p. 63).

Todavía, en varios países del mundo y en México, la mayoría de los estudios siguen empleando medidas globales del TABP, soslayando la importancia de la evaluación de las relaciones e interacciones entre los diferentes componentes del patrón de conducta tipo A y aspectos relacionados con la salud, la enfermedad y algunas otras variables como el desempeño o la productividad.

Para la evaluación del TABP en México, se han desarrollado instrumentos tratando de incorporar los componentes que teóricamente lo integran, entre los que están:

- a) La escala de Reynoso (1989), que considera tres componentes en su aspecto teórico: 1) velocidad, prisa o impaciencia; 2) enojo e irritabilidad y 3) el área laboral. Su validez informada es de criterio con patrones de respuesta psicofisiológica (electromiógrafo, temperatura y resistencia galvánica de la piel) y otros cuestionarios de validez internacional (Reynoso *et al.*). La fiabilidad test-retest informada a cuatro años es notablemente elevada (0,85) (Reynoso y Seligson, 1997).
- b) La escala de Fernández («Guía de factores de personalidad») (Fernández y Mercado, 1992), que integra los componentes de: 1) hostilidad, 2) premura temporal, 3) motivación de escape y, 4) menosprecio por el prójimo. En otro estudio, Casamadrid (1989) realizó un estudio de validez de constructo con la misma escala y encontró otros factores: agresividad verbal, anticipación de la frustración y motivación hacia la hostilidad-competitividad. La validez

informada en estos estudios es de contraste entre los ítems de sujetos infartados vs sujetos sanos. No se informa fiabilidad.

- c) La escala de Valencia (1998) incluye los componentes de 1) impaciencia-hostilidad, 2) liderazgo-responsabilidad y 3) competitividad. La validez que informa es de constructo por medio de análisis factorial de los tres constructos mencionados. La fiabilidad en valores alfa mostrados son: 0,71 para el primer factor, 0,59 el segundo y 0,78 el tercero. No menciona el de los tres factores en total.
- d) La escala de Martínez («Management test de conducta tipo A») (sic) (2001), que considera cuatro componentes: 1) miedo al fracaso, 2) competencia excesiva, 3) ansiedad (rapidez, prisa e impaciencia), y 4) exceso de involucramiento en el trabajo. Informa validez de constructo donde obtiene los componentes citados y de contraste de sujetos infartados vs no infartados. En cuanto a fiabilidad, informa un alfa de 0,84 para la escala total, pero no informa valores de fiabilidad de los distintos componentes.

Es importante mencionar que en los estudios realizados en México sobre el TABP con las escalas anteriormente citadas, se estima la puntuación en términos globales del patrón, identificando así a sujetos «A» o «no A» (en algunos casos «B»), omitiendo de esta manera el análisis de los componentes específicos que integran el patrón A y su relación con otras variables, lo que como ya se había mencionado puede implicar limitaciones.

Aún cuando los instrumentos anteriormente citados muestran algunas evidencias de sus propiedades psicométricas, es claro que queda un largo camino para desarrollar éstas a niveles que demuestren un gran ajuste con la realidad y sobre todo que permitan una gran aplicabilidad clínica y social. Un primer paso hacia este objetivo sería trabajar en la validez más sensata que se podría esperar: la validez predictiva. Es precisamente en este sentido en el que Reynoso *et al.* (2002) han trabajado en estos años, diseñando estudios longitudinales que fortalezcan la validez y la aplicabilidad general de su instrumento.

Actualmente es claro que dicho instrumento presenta evidencias de validez con criterios mayormente objetivos (medidas psicofisiológicas), no así los demás instrumentos cuyos criterios son medidas de carácter subjetivo (autoinformes); además, las evidencias de fiabilidad presentadas por Reynoso han sido a través de estudios longitudinales, lo que se puede considerar como un factor de alto peso para garantizar la consistencia de cualquier instrumento.

Por otro lado, aunque se han asumido teóricamente los componentes que integran la escala de TABP de Reynoso (1989), es necesario realizar un estudio para analizar las dimensiones y constructos que integran el perfil global del patrón de conducta tipo A de esta escala, contribuyendo con evidencias a la validez de constructo de este instrumento y con el objeto de que en estudios subsecuentes se puedan identificar aquellos componentes que influyen primordialmente en la enfermedad cardiovascular y sean potencialmente dañinos a la salud en general, así como identificar aquellos que no lo sean o que incluso se relacionen con resultados positivos y por tanto salutogénicos.

Por ello, el objetivo del presente trabajo fue realizar un estudio de análisis factorial de esta escala de Patrón de Conducta Tipo A para adultos, así como contribuir a las evidencias de validez concurrente empleando una medida de síntomas percibidos de enfermedad como criterio externo a su evaluación.

Método

Sujetos

Se utilizó una muestra no probabilística intencional conformada por 522 sujetos de diferentes ocupaciones (médicos, docentes, conductores y empleados administrativos) con una edad promedio de 38,9 años, 415 hombres y 107 mujeres todos ellos ubicados en diferentes centros laborales en el Distrito Federal y zona metropolitana.

Instrumentos

- 1) «Cuestionario de patrón de conducta tipo A de Reynoso» (1989). (Anexo 1). Este cuestionario ofrece una puntuación global para clasificación de un sujeto como «A» o «no A». Consta de 20 ítems, 19 de los cuales tienen cuatro opciones de respuesta y uno de ellos únicamente dos; otorga una puntuación mínimo de 20 y un máximo de 78 y supone, al igual que otros instrumentos, que el sujeto que lo responde realiza una sincera auto evaluación. Se selecciona esta escala por ser la que presenta más evidencias empíricas importantes de su fiabilidad en estudios longitudinales y evidencias de validez con criterios que se pueden considerar mayormente objetivos. Además, aunque esta escala se diseñó pensando en tres componentes teóricos, se ha utilizado con carácter global para sus análisis, considerando al patrón A en su carácter unidimensional. Por ello es importante ubicar los constructos clave que conforman toda la escala.
- 2) «Cuestionario de síntomas percibidos de enfermedad» (Anexo 2), se divide en preguntas que incluyen las áreas del sistema digestivo, respiratorio y circulatorio. Este es Utilizado por el servicio médico de la UNAM y se consideró como criterio externo. Contiene 32 ítems y las personas lo respondieron a una escala de cinco opciones que van desde no/nunca hasta siempre.

Procedimiento

- Se ubicaron a todos los participantes en sus centros de trabajo y se les aplicó el cuestionario de patrón de conducta tipo A de forma colectiva o individual.
- Con propósito de coadyuvar a las evidencias de validez concurrente, a 52 sujetos de la muestra total (10%) se les aplicó el cuestionario de síntomas de

enfermedad de los sistemas digestivo, respiratorio y circulatorio. La selección no fue aleatoria debido a que fueron las condiciones únicas de accesibilidad a la población.

- Por último, para el procedimiento del análisis de resultados se emplearon diversas estadísticas (Nunnally, 1995):
 - a) Para el análisis inicial de datos se utilizaron estadísticas descriptivas
 - b) Para analizar los constructos que componen la escala se utilizó la técnica de análisis factorial con el método de componentes principales y rotación Varimax.
 - c) Para el cálculo de fiabilidad se utilizó el alfa de Cronbach.
 - d) Para averiguar la validez concurrente se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados

Los resultados de la escala total muestran una puntuación media de 47,49, con una desviación típica de 6,04 en los 522 participantes evaluados (tabla 1).

Tabla 1

Medidas de tendencia central y de dispersión en la muestra evaluada.

	Sujetos	Min	Max	Media	Desv. típica	Sesgo		Curtosis	
						Est.	Error	Est.	Error
Total N Válidos	522	31	68	47,49	6,04	0,099	0,107	0,018	0,213

De acuerdo con el punto de corte señalado por Reynoso (1989), sólo 64 sujetos fueron considerados como clásicos Tipo A que representan el 12,3% de la muestra total evaluada.

En cuanto al análisis factorial realizado, se ubicaron tres factores que en conjunto explican el 30,85% de la varianza (tabla 2).

El primer factor, (13,57% varianza explicada) cargó ítems con una fuerte tendencia a la impaciencia acompañado de cierta hostilidad, por lo que fue nombrado: «impaciencia-hostilidad», estuvo integrado por los ítems 1, 7, 8, 9, 12, 13, 15 y 16; entre los que se encuentran: Cuándo va en su automóvil y delante de usted va una persona más lenta, ¿qué hace? (R15), Cuándo usted se enoja, ¿lo nota la gente que esta a su alrededor? (R8).

El segundo factor (9,90% varianza explicada) llamado «ansiedad-prisa» quedó integrado por los ítems 6, 17, 18 y 19; entre ellos: ¿Se siente siempre ansioso por terminar lo que esta haciendo? (R17), ¿Trata siempre de apurarse para hacer muchas cosas? (R18).

El tercer factor (7,37% varianza explicada) llamado «laboral», lo integraron los ítems 1, 2, 3 y 10. (¿Está usted satisfecho con el nivel de su trabajo? —R2—, ¿Su trabajo requiere de gran responsabilidad? —R3—).

Tabla 2

Dimensiones de diseño de la escala, estructura factorial encontrada y ítems que componen cada dimensión

Ítems	Dimensión para la que fue diseñado				Componentes encontrados		
	Velocidad, prisa, impac	Enojo e irritabilidad	Laboral		Factor 1 Dimensión «Impaciencia – Hostilidad»	Factor 2 Dimensión «Ansiedad- prisa»	Factor 3 Dimensión «Laboral»
1. ¿Cuánto tiempo ha estado en su trabajo actual?			X		-0,405		0,433
2. ¿Está usted satisfecho con el nivel de su trabajo?			X				0,564
3. ¿Su trabajo requiere de gran responsabilidad?			X				0,428
4. ¿Ha sido (o es) molesto para usted encontrarse bajo presión?			X				
5. ¿Se considera una persona ambiciosa, que siempre logra lo que se propone?			X				
6. ¿Le gusta hacer las cosas (en el trabajo, en el hogar) lo más rápido posible?	X					0,491	
7. ¿Se describe como una persona relajada?		X			0,570		
8. ¿Cuando usted se enoja, lo nota la gente que esta a su alrededor?		X			0,492		
9. ¿Se lleva trabajo a su casa?			X		0,524		
10. ¿Existe competencia en su trabajo?			X				0,689
11. Si ve a alguien haciendo un trabajo muy despacio y usted sabe que lo puede hacer mejor y más rápido, ¿qué hace?	X						
12. ¿Realiza habitualmente dos cosas a la vez (por ejemplo, ver la televisión y leer, bañarse y rasurarse, desayunar y leer el diario, etc.)?	X				0,598		
13. ¿Come usted rápido, camina usted rápido?	X				0,549		
14. Cuando va a algún restaurante y ve que hay personas esperando, ¿qué hace?	X						
15. Cuando va en su automóvil y delante de usted va otra persona más lenta, ¿qué hace?	X				0,419		
16. Cuando va a un supermercado y la cola es grande, ¿qué hace?	X				0,479		
17. ¿Se siente siempre ansioso por terminar lo que esta haciendo?	X					0,617	
18. ¿Trata siempre de apurarse para hacer muchas cosas?	X					0,554	
19. ¿Puede estar sentado escuchando música por más de una hora?	X					0,463	
20. ¿Le gusta tomar vacaciones frecuentemente, o salir de fin de semana?	X						
Varianza explicada	Total 30,85				13,57	9,90	7,37

Los tres factores tuvieron un valor propio mayor a uno. El criterio para seleccionar los ítems en cada dimensión fue que tuviera un peso mayor a 0,40. Cabe mencionar que el único ítem que cargó en dos dimensiones fue el 1 (¿Cuánto tiempo ha estado en su trabajo actual?), el cual manifiesta una carga negativa en el factor 1 y una carga positiva en el factor 2. (Tabla 2). Para los siguientes análisis se optó por dejarlo en el factor 3 por dos razones: descentralizar los ítems del factor 1, y por las implicaciones conceptuales de su carga positiva, pues se observa como una variable positiva en una dimensión positiva.

Es importante observar que los ítems 4, 5, 11, 14 y 20 tuvieron pesos menores a 0,40 y por lo tanto no cargaron en ningún factor, así que la suma de las tres dimensiones incluye sólo 15 ítems de los 20 que integran la escala total. Los resultados varían en relación a la dimensión para la cual fueron diseñados los ítems. La estructura resultó como se ve en tabla 2.

Los valores promedio de la suma global de los tres factores excluyendo los ítems que no cargaron en ninguna dimensión (4, 5, 11, 14 y 20) fue de 34,81 (DT = 5,00), para el factor uno de 14,17 (DS = 3,47), para el dos 9,93 (DS = 2,34) y 10,70 (DS = 2,11) para el tercer factor, como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3

Estadísticas descriptivas de los tres factores y la puntuación sumada de las tres dimensiones obtenidas

	N Total	Promedio	Desv. típica
IMPHOST	522	14,17	3,47
ANSPRISA	522	9,93	2,34
LABORAL	522	10,70	2,11
SUMA	522	34,81	5,00

En cuanto los niveles de fiabilidad, se encontró un alfa de Cronbach de 0,57 para la escala total con los 20 ítems, de 0,56 para la suma global de los tres factores obtenidos (mismo que subía a 0,63 eliminando el ítem 1), de 0,65 para el factor 1, 0,55 para el factor 2 y 0,36 para el factor 3 (véase tabla 4).

Tabla 4

Valores de alfa de Cronbach obtenidos

	Escala total (20 ítems) PA TOTAL	Puntuación total (15 ítems) SUGLOBAL	Factor 1 (Impaciencia-Hostilidad) IMPHOST	Factor 2 (Ansiedad-Prisa) ANSPRISA	Factor 3 (Area laboral) LABORAL
Alfa Cronbach	0,57	0,56	0,65	0,51	0,36

Como siguiente paso y respecto a las evidencias de validez concurrente, se evaluaron como variables de criterio los síntomas de los sistemas digestivo, respiratorio y circulatorio, obteniendo los siguientes promedios de $\bar{X}=18$, $\bar{X}=19,26$ y $\bar{X}=17,69$ respectivamente (véase tabla 5).

Tabla 5

Medias, medianas y desviaciones estándar de las medidas del sistema digestivo, respiratorio y circulatorio

	DIGESTIVO	RESPIRATORIO	CIRCULATORIO
N válidos	52	52	52
Media	18,00	19,26	17,69
Mediana	16,50	18,00	16,50
Desv. típica	5,62	5,79	5,35

Posteriormente, utilizando el coeficiente Pearson se correlacionaron estas dimensiones con la escala total con 20 ítems, la suma global de los tres factores (15 ítems) y los tres factores por separado.

Tabla 6

Correlaciones entre síntomas del aparato circulatorio (CIRC), respiratorio (RESP), digestivo (DIGESTIV), y las puntuaciones del patrón A, globales —20 ítems— (PAGLOBAL), suma total de los 3 factores —15 ítems— (TOTDIMEN), y específicas (impaciencia-hostilidad = IMPHOST, Ansiedad-prisa = ANSPRISA y Laboral).

		CIRC	RESP	DIGESTI	PAGLOBA	TOTDIME	IMPHOS	ANSPRIS	LABORA
CIRC	Coef.	1,0	0,578**	0,499	0,29*	0,298	0,410**	0,133	-0,02
	Sig	-	0,0	0,0	0,037	0,32	0,003	0,347	0,84
RESP	Coef.		1,0	0,418*	0,155	0,172	0,273	0,132	-0,143
	Sig		-	0,002	0,274	0,222	0,05	0,35	0,312
DIGESTIV	Coef.			1,0	0,052	0,094	0,241	-0,028	-0,086
	Sig			-	0,713	0,506	0,085	0,842	0,544
PAGLOBAL	Coef.				1,0	0,94**	0,756**	0,683**	0,386**
	Sig				-	0,0	0,0	0,0	0,005
TOTDIMEN	Coef.					1,0	0,722**	0,764**	0,487**
	Sig					-	0,0	0,0	0,0
IMPHOST	Coef.						1,0	0,285*	-0,031
	Sig						-	0,04	0,827
ANSPRISA	Coef.							1,0	0,233
	Sig								0,096
LABORAL	Coef.								1,0
	Sig								-

Coef = Coeficiente de correlación

Sig = Significancia

** El coeficiente de correlación es significativo al nivel de 0,01

* El coeficiente de correlación es significativo al nivel de 0,05

Los resultados muestran nulas correlaciones significativas de los sistemas digestivo y respiratorio con las dimensiones evaluadas del Patrón A. Sin embargo, se encontraron correlaciones positivas y estadísticamente significativas del sistema circulatorio con la escala del PA global de 20 ítems ($p < 0,05$), con la suma de los tres factores —15 ítems— ($p < 0,05$) y con el factor 1 de Impaciencia-hostilidad ($p < 0,01$), exceptuando a los factores 2 de ansiedad-prisa (que correlaciona con el factor 1) y 3 del área laboral. Es importante observar que este último factor aunque presenta correlaciones no significativas con los síntomas de enfermedad, todas ellas tienen un sentido negativo, incluyendo su relación con el factor de impaciencia-hostilidad a diferencia de los demás factores y escalas totales (véase tabla 6).

Nótese que los coeficientes de correlación y las probabilidades asociadas de la relación síntomas circulatorios-dimensiones A, fue más alto con la variable impaciencia-hostilidad que las demás dimensiones, incluyendo las medidas globales del patrón.

Discusión

Mientras la enfermedad cardiovascular siga apareciendo en los primeros lugares en las estadísticas de mortalidad, la investigación acerca de su etiología y orígenes será intensa e implícitamente deberá tener un enfoque cada vez más multidisciplinario. En este sentido, la psicología de la salud y la medicina conductual tienen mucho que aportar, colaborando con otras ciencias con toda la flexibilidad y fuerza necesaria en pro de la salud y el bienestar humano.

Grandes aportes han hecho las ciencias psicológicas elevando la calidad de vida de millones de pacientes enfermos y detectando conductas que significan alto riesgo y amenaza para la salud. Definitivamente uno de los mayores aportes de estas ciencias es el descubrimiento de la conducta vulnerable a la enfermedad cardiovascular o el llamado patrón de conducta tipo A (TABP); pues no se puede negar el impacto del constructo tipo A en la evolución del conocimiento de la epidemiología cardiovascular y su influencia en la revolución del pensamiento psicosomático contemporáneo.

La importancia del TABP radica más allá que su contribución misma a la explicación de la enfermedad cardiovascular (CVD), sino también en su permanencia en los cimientos de la psicología social y de la salud, que permiten examinar el impacto del ambiente psicológico y social en la salud en general, lo que resalta estos aspectos y confirma la necesidad de la superación de los enfoques meramente biológicos, los cuales se pueden catalogar como insuficientes si se consideran como criterios únicos y/o aislados.

Hoy en día no se puede —ni se debe— poner en duda que el TABP como tal, o algunos de sus componentes, están ligados causalmente de una forma u otra con el riesgo o incidencia de diversas manifestaciones de enfermedad cardiovascular, como ya se ha evidenciado en múltiples estudios con distintas perspectivas y diseños, cuyos esfuerzos han sido muy valiosos en la identificación de los orígenes de esta enfermedad.

El presente estudio pretende ser un aporte en la relación del patrón A de conducta y la enfermedad cardiovascular y en este sentido, se pueden discutir algunos hallazgos encontrados en este estudio.

Primeramente en la línea del objetivo planteado, se puede decir que el análisis factorial realizado permitió dilucidar que la escala total de patrón A de conducta utilizada en este estudio está integrada de ciertos componentes que pueden tener pesos específicos diferenciales en su influencia en la enfermedad cardiovascular. De los tres factores obtenidos, la dimensión impaciencia-hostilidad presentó valores de fiabilidad (alfa 0,65) más altos que en los demás componentes tipo «A», también mostró correlaciones positivas más altas y significativas con síntomas del aparato circulatorio que las medidas globales del patrón, no presentándose incluso, correlación alguna de estos síntomas con los factores de ansiedad-prisa y del área laboral. Este hallazgo puede significar la confirmación de la importancia primordial de unos componentes más que otros en su relación con la enfermedad cardiovascular y al mismo tiempo permite dar cuenta del carácter patogénico de constructos integrados por ítems y esquemas de hostilidad (Por ejemplo, «cuando usted se enoja, ¿lo nota la gente que esta a su alrededor?»), tal y como lo han demostrado recientemente otros autores (Williams y Williams, 1993).

De forma inesperada, los factores de «ansiedad-prisa» y «laboral» presentaron correlaciones significativas con ninguno de los síntomas de los sistemas evaluados (digestivo, cardiovascular y respiratorio); Sin embargo, es importante notar que se observaron correlaciones negativas (aunque no significativas) del factor «laboral» con los síntomas de enfermedad de los aparatos circulatorio, digestivo y respiratorio, así como con el factor impaciencia-hostilidad, lo que hace pensar de un posible carácter positivo o salutogénico de este factor. Este hecho puede posibilitar una explicación en el sentido de que se incluyen aspectos como la orientación al logro en esta dimensión (Por ejemplo: ¿Su trabajo requiere de gran responsabilidad?) y su carácter positivo. De hecho, recientemente en nuestro país ya se han encontrado correlaciones positivas de la orientación al logro con ausencia de estrés, buena salud mental y rendimiento académico (Pineda y Rentería, 2002).

Las ausencias de correlaciones de los sistemas digestivos y respiratorio con los tres factores encontrados, incluyendo la dimensión impaciencia-hostilidad, y el constructo global «A», pueden llevar a tres reflexiones e interpretaciones: La primera, una interpretación favorable, sería que los resultados hacen énfasis en la demostración de validez de la dimensión «A» y la escala utilizada, pues se enriquece demostrando un tipo de validez divergente con medidas diferentes (digestivo, respiratorio) a las relativas a la enfermedad del corazón. La segunda, se puede interpretar como evidencia de una escasa potencia de la influencia del tipo A en otros aspectos de la salud. Sin embargo, algunos autores han recalcado que la conducta tipo A no es un riesgo exclusivo para la enfermedad cardiovascular, sino también para la salud en general a través de distintos mecanismos, por ejemplo, la excesiva excitabilidad del sistema nervioso autónomo que produce inmunosupresión y que hace al organismo susceptible a patógenos que producen enfermedades infecciosas; o el pobre estilo de vida del sujeto A que incluye hábitos poco saludables en aspectos como el dormir, comer y hacer ejercicio, y finalmente la hostilidad o agresividad de éstos

sujetos, que provoca la ausencia de redes afectivas y de recursos de apoyo social, haciéndolos incluso vulnerables a muertes repentinas provocadas por accidentes y violencia (Eagleston *et al.*, 1986). La tercera interpretación refiere a la imposibilidad de generalizar estos hallazgos, pues es necesario probar con muestras más grandes y hacer procedimientos de muestreo apropiados, ya que este análisis de correlación se realizó sólo en el 10% de la muestra total y sin los procedimientos de azar respectivos por ser las condiciones únicas de accesibilidad a la población. Futuros estudios deberán resolver esta cuestión.

En cuanto a la escala utilizada en este estudio es necesario mencionar la correlación positiva y significativa entre la escala total y los síntomas de enfermedad del aparato circulatorio de los sujetos evaluados, lo que evidencia en alguna medida, la validez concurrente de la escala total (20 ítems). Sin embargo, los coeficientes de correlación fueron más bajos de lo esperado (0,29), y los niveles de fiabilidad fueron sustancialmente más bajos (0,57) que los encontrados en otros estudios. Los factores obtenidos son parecidos a los que originalmente se pensaron en el diseño de los ítems (Reynoso, 1989), aunque muchos de estos cargaron de forma distinta, e incluso cinco ítems no cargaron en ninguna dimensión. Vale la pena que en futuros estudios con otras poblaciones se analice la integración de constructos y dimensiones obtenidas aquí y por otro lado, se estime la importancia conceptual, teórica y estadística de los ítems contenidos en la escala en general e incluso valorar la posibilidad de incluir algunos otros acorde a las dimensiones encontradas.

En general, las evidencias aquí presentadas demuestran posibles aspectos positivos y algunos otros aspectos mayormente negativos del constructo global llamado Patrón A de conducta en relación a síntomas de enfermedad, y en particular, a la enfermedad cardiovascular, lo que sugiere rescatar la importancia de unos y otros elementos en la construcción de programas de intervención centrados en controlar las conductas de riesgo primario como la impaciencia-hostilidad y conservar -o incluso- desarrollar las conductas positivas encontradas, en este caso la alta orientación al logro en los sujetos calificados como tipo A, fomentando así su integración saludable, funcional y altamente productiva al trabajo, la vida cotidiana y a la sociedad en general.

Referencias

- American Heart Association, (1981). The review panel on coronary-prone behavior and coronary heart disease. Coronary-prone behavior and coronary heart disease. A critical review. *Circulation*, 63, 1199-1215.
- Bortner, R.W. (1969). A short rating scale as a potential measure of pattern A behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 22, 87-91.
- Byrne, D. G. (2000). La frustración del éxito: Patrón A de conducta, estrés ocupacional y enfermedad cardiovascular. En D.T. Kenny, J.G. Karlson, F.J. Mc Guigan y J.L. Shepard (dirs.), *Stress and health. Research and clinical aplicaciones* (pp. 411-434). Maryland, USA: Harwood Academic.
- Casamadrid, P. M. (1989). *Infarto del miocardio: opción o designio*. Tesis doctoral inédita, UNAM, México.

- Charlesworth, E. y Nathan, R. (1984). *Stress management*. Nueva York: Ballantine Books.
- Eagleston, J.R., Kirmil-Gray, K., Thoresen, C.E., Wiendefeld, S.A., Bracke, P., Heft, L. y Arnow, B. (1986). Physical health correlates of type A behavior in children and adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 341-362.
- Edwards, J. (1991). The measurement of Type A Behavior pattern: An assessment of criterion-oriented validity, content validity, and construct validity. En C. Cooper y R. Payne (dir.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process* (pp. 151-173). Chichester: Wiley.
- Fernández, G. y Mercado D. (1992). Infarto al miocardio, conducta tipo A y la Guía de factores de personalidad. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 10, 11-24.
- Friedman, M. y Rosenman, R. (1974). *Type A behavior and your heart*. Nueva York: Knopf.
- Haynes, S.G., Levine, S., Scotch, N., Feinleib, M. y Kannel, W.B. (1978). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study I. *American Journal of Epidemiology*, 107, 362-381.
- Hellriegel, D., Slocum, J. y Woodman, R. (1999). *Comportamiento organizacional*. México: Thompson.
- Houston, B. K., Smith, M. A. y Cates, D. S. (1989): Hostility patterns and cardiovascular reactivity to stress. *Psychophysiology*, 26, 337-342.
- Jenkins, C. D., Rosenman, R. H. y Friedman, M. (1967). Development of an objective psychological test for the determination of the coronary prone behavior pattern in employed men. *Journal of Chronic Diseases*, 20, 371-379.
- Jenkins, C. D., Zyzanski, S. J. y Rosenman, R. H. (1978). Coronary prone behavior: One pattern or several? *Psychosomatic Medicine*, 40, 25-43.
- Jenkins, C. D. y Zyzanski, S. J. (1982). The type A behavior pattern is well and alive when no dissected: a reply. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 219-223.
- Juárez, G. y Montes de Oca, A. (2001). *El enfrentamiento y la conducta tipo A como mediadores del estrés según las condiciones demanda-control en el trabajo*. Comunicación presentada en el 2º Coloquio estudiantil de Investigación en Psicología, Iztacala, México.
- Landy, F. J., Rastegary, H., Thayer, J. y Colvin, C. (1991). Time urgency: the construct and its measurement. *Journal of Applied Psychology*, 76, 644-657.
- Martínez, J. V. (2001). Modelos de efectividad organizacional y el estilo de personalidad tipo A en directivos mexicanos. Tesis doctoral inédita, UNAM, México.
- Nunnally, J. y Bernstein, I. (1995). *Teoría psicométrica*. México: McGraw Hill/Interamericana.
- Pineda, P. y Rentería, S. (2002). *Estrés, motivación al logro y rendimiento académico en estudiantes universitarios que trabajan*. Tesis de Licenciatura inédita, UNAM, México.
- Reynoso-Erazo, L. (1989, octubre). *Un instrumento para determinar la conducta tipo A*. Comunicación presentada en el IX Coloquio de Investigación UNAM, México.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (1997). Patrón conductual tipo A en México: Aplicación de un nuevo instrumento de evaluación. *Archivos del Instituto de Cardiología de México*, 67, 419-427.
- Reynoso, L., Alvarez, G., Tron, A., de la Torre, I. y Seligson, I. (2002). Conducta tipo A y enfermedad cardiovascular. En L. Reynoso e I. Seligson (dirs.), *Psicología y salud*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Rosenman, R. H. (1978). The Interview Method of assessment of the coronary prone behavior pattern. En T. M. Dembroski, S. M., Weiss, J. L., Shield, S. G., Haynes y M. Feinleib (dirs.), *Coronary prone behavior*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, C. D., Friedman, M., Straus, R. y Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 82 years. *Journal of American Medical Association*, 233, 872-877.

- Schnall, L. P., Belkic, K., Landsbergis, P. y Baker, D. (2000). The workplace and cardiovascular disease. *Occupational Medicine*, 15, 1-6.
- Secretaría de Salud (S.S.) (2004). *Estadísticas en salud*. www.ssa.gob.mx
- Torres, S. (1992). El estilo de dirección y la conducta tipo A en directivos mexicanos. Tesis doctoral inédita, UNAM, México.
- Valencia, C. A. (1998). *Desarrollo y validación de una escala de patrón de conducta tipo A y su relación con autoconcepto, lucha por el logro y estilo de confrontación*. Tesis Licenciatura inédita, UNAM, México.
- Williams, R. y Williams, V. (1993). *Anger Kills. Seventeen strategies for controlling the hostility that can harm your health*. USA: Harper Collins Publishers.
- Wright, J. L., Abbanato, K. R., Lancaster, C., Bourke, M. L. y Nielsen, B. A. (1994). Gender-related subcomponent differences in high type A subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 677-680.

Anexo 1

ESCALA DE COMPORTAMIENTO TIPO A PARA ADULTOS

Instrucciones: Marque con una X la opción más correcta, de acuerdo a su comportamiento.

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

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

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

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

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

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

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

8. ¿Cuando usted se enoja, lo nota la gente que está a su alrededor?
- a) generalmente no me enoja, no se nota
 - b) ocasionalmente me enoja, es raro verme enojado
 - c) frecuentemente me enoja, es condición común
 - d) me enoja diariamente, es notorio en mi carácter
9. ¿Se lleva trabajo a su casa?
- a) no, nunca
 - b) solo que tuviese una urgencia
 - c) frecuentemente, porque tengo mucho trabajo
 - d) diariamente, para poder avanzar más
10. ¿Existe competencia en su trabajo?
- a) no
 - b) ocasionalmente
 - c) frecuentemente
 - d) siempre
11. Si ve a alguien haciendo un trabajo muy despacio y usted sabe que lo puede hacer mejor y más rápido, ¿qué hace?
- a) no hacer caso
 - b) observarlo
 - c) estaría tentado a ofrecerle ayuda
 - d) le haría el trabajo
12. ¿Realiza habitualmente dos cosas a la vez (por ejemplo, ver la televisión y leer, bañarse y rasurarse; desayunar y leer el diario, etc)?
- a) nunca
 - b) ocasionalmente
 - c) frecuentemente
 - d) siempre
13. ¿Come usted rápido, camina usted rápido?
- a) nunca, siempre hay tiempo para todo
 - b) sólo en ocasiones
 - c) cuando se me hace tarde
 - d) siempre, no hay tiempo que perder
14. Cuando va a algún restaurante y ve que hay personas esperando, ¿qué hace?
- a) espero mesa
 - b) solicito que me ayuden a conseguir una
 - c) fumo o paseo mientras espero mesa
 - d) me voy a otro restaurante

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

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

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

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

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

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

18. ¿Trata siempre de apurarse para hacer muchas cosas?

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

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

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

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

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

Anexo 2

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PERCIBIDOS DE ENFERMEDAD

A continuación encontrará algunas preguntas con relación a su salud. No considere los relativos a las consecuencias de la ingestión de bebidas alcohólicas y si es mujer, los relativos a la menstruación. Debe contestar, colocando una **X** sobre los números de la columna del lado derecho (1, 2, 3, 4, 5).

1	No	2	Rara vez	3	Algunas Veces	4	Frecuentemente	5	Siempre
---	----	---	----------	---	---------------	---	----------------	---	---------

DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES HA SENTIDO:

1.	la sensación de que se le regresa la comida	1	2	3	4	5
2.	misma sensación anterior pero con ardor que sube (aguras)	1	2	3	4	5
3.	dificultad para pasarse (tragar) la comida	1	2	3	4	5
4.	dolor al tragar la comida	1	2	3	4	5
5.	vómito	1	2	3	4	5
6.	nauseas o ascos	1	2	3	4	5
7.	gases	1	2	3	4	5
8.	estreñimiento	1	2	3	4	5
9.	diarrea	1	2	3	4	5
10.	ha notado que su materia fecal es muy oscura o negra	1	2	3	4	5
11.	comezón en el ano	1	2	3	4	5
12.	la sensación de estar muy lleno	1	2	3	4	5

1.	escurrimientos nasales, moco flojo	1	2	3	4	5
2.	dolor en la cara	1	2	3	4	5
3.	sangrado de nariz	1	2	3	4	5
4.	ha estado disfónico, ronco	1	2	3	4	5
5.	tos	1	2	3	4	5
6.	tos con flema	1	2	3	4	5
7.	tos con sangre	1	2	3	4	5
8.	dolor en el pecho o en los costados	1	2	3	4	5

1.	ha notado que las uñas y la boca se ponen morados	1	2	3	4	5
2.	la sensación de falta de aire al hacer un esfuerzo como subir escaleras	1	2	3	4	5
3.	hinchazón, ya sea en las piernas, pies, tobillos o rodillas	1	2	3	4	5
4.	palpitaciones rápidas	1	2	3	4	5
5.	sensación de que «se le voltea el corazón»	1	2	3	4	5
6.	opresión o dolor en el pecho	1	2	3	4	5
7.	dolores de cabeza	1	2	3	4	5
8.	zumbidos en los oídos	1	2	3	4	5
9.	ve manchitas brillantes o lucecitas	1	2	3	4	5
10.	debilidad repentina, siente desmayarse	1	2	3	4	5
11.	dolor al caminar que lo ha llevado a cojear o a pararse	1	2	3	4	5
12.	varices	1	2	3	4	5

1.	consume más de media cajetilla de cigarros al día	1	2	3	4	5
2.	consume más de 5 copas (bebidas alcohólicas) a la semana	1	2	3	4	5
3.	ha tenido algún accidente leve en el trabajo (que no considere su seguro: raspadura, resbalón, cortadura leve, machucón, etc.)	1	2	3	4	5
4.	ha tenido algún accidente grave (que considere su seguro: torcedura, herida grave, amputación, etc.)	1	2	3	4	5
5.	ha faltado a su trabajo	1	2	3	4	5
6.	han cambiado sus hábitos alimenticios	1	2	3	4	5