

PREVALENCIA DEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO-A EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE ANDALUCÍA SEGÚN VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y SOCIOPROFESIONALES

Cristóbal Jiménez Jiménez y José Luis Sánchez Laguna

*Departamento de Enfermería
Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad de Córdoba*

RESUMEN

La conducta Tipo A en los profesionales de la salud ha recibido poca atención por parte de los investigadores, a pesar de asumirse su prevalencia. En este trabajo se exploran las tasas de incidencia de la personalidad Tipo A y B en una muestra de 494 profesionales de la salud andaluces (92 Médicos, 174 Diplomados en Enfermería, 171 Auxiliares de Enfermería, y un grupo de 57 sujetos que comprende otros trabajadores del sistema sanitario como celadores, psicólogos, y administrativos). El Patrón de Conducta Tipo A (PAC) ha sido evaluado mediante el cuestionario Bortner. Se han calculado tasas de prevalencia para el total de la muestra y para distintas submuestras formadas según ciertas variables demográficas (Sexo, Edad, Estado Civil y Hábitat) y socioprofesionales (Categoría, Tipo de Centro, Régimen Laboral, Servicio y Años de Experiencia). Se ha encontrado que el 15,6% de los profesionales de la salud muestran una per-

sonalidad Tipo A extrema mientras que el 15,8% de los sujetos son Tipo B puros. Se analiza la relación entre el PAC y la variables demográficas y sociolaborales mediante test de asociación (Chi-cuadrado), test de diferencia entre medias (Anovas) y test predictivo (análisis de regresión múltiple paso a paso). Tan sólo la asociación entre PAC y Tipo de Centro resultó significativa ($p = .03$). Las puntuaciones de los sujetos en el Bortner sólo varían significativamente en razón de la Experiencia ($p < .05$); no obstante, se observa cierta tendencia en las mujeres a ser más Tipo A que los varones ($p = .08$). El valor predictivo de las variables demográficas y sociolaborales estudiadas respecto al PAC resultó escaso.

Se discuten ampliamente estos y otros resultados al tiempo que se sugieren algunas implicaciones para la profesión sanitaria.

Palabras claves: Patrón A de conducta, Profesionales de la Salud, Variables socio-profesionales

ABSTRACT

Type A behavior pattern (TABP) among Health Professionals has received little attention from researchers, although its prevalence is assumed. In this study, the degree of incidence of both Type A and Type B Personalities is explored in a sample of 494 Andalusian Health Professionals (92 physicians, 174 nursing diploma-holder, 171 nursing auxiliaries, and a group of 57 subjects that is made up of other workers in the health profession such as janitors, cleaners, cooks, psychologists and administrative staff). The TABP was evaluated using the Bortner questionnaire. Levels of prevalence were calculated for the entire subject pool and distinct subgroups formed according to certain demographic (sex, age, marital status and environment) and socio-occupational (category/rank, work setting, work schedule, service and years of experience) variables. From the results, 15,6% of the health professional were extreme Type A Personalities while 15,8% of the subjects were pure Type B. The 16,7% of the Nursing diploma-holders were Type A; 14% of the physicians and nursing auxiliaries were pure Type A. The predictive value of the demographic-occupational variables studied in respect to the TABP produced small differences. These and other results are widely discussed, and also some implications in the health professions are suggested.

Key Words: Type-A Behavior Pattern, Health Professionals, Socioprofessional variables, Health Psychology.

INTRODUCCION

Características tales como la ambición, la competitividad, la preocupación por los rendimientos, la urgencia del tiempo, la impaciencia, la hostilidad y el estar "alerta", parecen estar cada vez más presentes en los individuos de nuestra sociedad actual más desarrollada, pero adquieren connotaciones especiales (muy particularmente) en determinados colectivos profesionales como ejecutivos, directivos, y profesionales de la salud (Médicos, Enfermería, etc.).

Este complejo emocional, cuando incluye tales atributos en un grado acrecentado, ha sido denominado por los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman (1959; 1974) como "**Patrón de conducta Tipo A**" (PAC). Cuando este patrón de características ocurre en un nivel muy bajo, la constelación se denomina "**Patrón de conducta Tipo B**".

Para Friedman y Ulmer (1984), una diferencia distintiva de ambos patrones en el caso de las mujeres estaría en que para los Tipo B la vida de familia es lo más importante mientras que para los Tipo A lo más importante serían las metas profesionales. Según esto, cabría esperar, tal como sugieren Thomas y Jozwisk (1990), que, entre los profesionales de la salud mujeres, los Tipo B mostraran un menor compromiso e implicación laboral que sus compañeras Tipo A. Tal cuestión está por investigar.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), el patrón A de conducta se puede considerar como una "constelación de tres componentes interdependientes y que actúan en una amplia variedad de contextos sociales: (1) **cognitivo**: en cuanto que implica un conjunto de creencias sobre uno mismo y sobre el mundo; (2) **emotivo**: en cuanto que conlleva un conjunto de valores convergentes en un modelo de motivación o de compromiso (es típico, en este sentido, el compromiso con el trabajo); y (3) **conductual**: en cuanto que comporta un estilo particular de vida y de comportamiento (p.e.: impaciente, competitivo, etc.).

El **PAC** es, sin duda, uno de los tópicos que más atención viene recibiendo en el marco de la Psicología de la Salud (Friedman y DiMatteo, 1989).

Ello es debido, muy probablemente, a que dicho patrón de conducta se está configurando como un factor de riesgo para la salud, en general (Suls y Sanders, 1988; Wrzesniewski, Wonicki y Turlejski, 1988).

Así, en un estudio comparativo entre varias dimensiones del estado de salud, Thomas (1986) encontró mayor morbilidad entre los Tipo A; los Tipos B tenían mejor salud, menos días enfermos durante el último año,

menos visitas al médico, menos hospitalizaciones, menos intervenciones quirúrgicas y menos prescripciones farmacológicas que los Tipo A. Un reciente estudio longitudinal (Shoham-Yakubovich, et al., 1988), mostró que los sujetos Tipo A extremos obtuvieron la tasa más alta de morbilidad.

Pero sobre todo, la relevancia del Patrón A de conducta proviene de su asociación con las enfermedades cardiovasculares, configurándose como un factor de riesgo independiente de los factores tradicionales (tabaco, edad, colesterol, hipertensión, etc.) tal como se pone de relieve en numerosos estudios (Cfr. Ketterer, et al., 1985; Wrigth, 1988; Boot-Kewley y Friedman, 1987; para revision).

La literatura sobre Psicología de la Salud y Salud Ocupacional ha sugerido que los efectos adversos del stress ocupacional sobre la salud se predicen mejor desde la perspectiva de la interacción entre condiciones del trabajo y características personales del trabajador que si se consideran los factores estresantes del trabajo independientemente (Baum y Singer, 1987; Cooper y Marshall, 1976; para revisión).

Puesto que el PAC ha sido hipotetizado como una estrategia inadaptada de afrontamiento frente al stress (Jacobson, 1983 Lazarus y Folkman, 1984; Verderber, Shively y Fitzsimmons, 1990), es de esperar que este patrón de conducta actúe como variable mediadora que incrementa el efecto del stress sobre la enfermedad de acuerdo con el modelo propuesto por Smith y Anderson (1986).

Aunque trabajos como los de King (1970), de Russek (1960) y de Payene y Firth-Cozens (1987), desde una perspectiva cross-cultural y cross-profesional, han mostrado que los profesionales de la salud deben figurar entre las profesiones de riesgo en orden a las coronopatías, sin embargo. como afirman Thomas y Jozwisk (1990) *"El Patrón de conducta Tipo-A entre las Enfermeras ha recibido poca atención por parte de los investigadores, si bien se asume su prevalencia"* (pg.477-478), para añadir más adelante que *"la actual prevalencia de la conducta Tipo-A entre las Enfermeras permanece desconocida y merece investigación"* (pg.487).

Es bien conocido que la labor diaria de los profesionales de la salud les somete a un considerable estrés físico y psicosocial (Jacobson y Grath, 1983; Hingley y Cooper, 1986; Cronin-Stubbs y Velsor-Friedrich, 1981; Payne y Firth-Cozens, 1987; Reig y Caruana, 1989; 1990; Reig, Caruana y Peralba, 1989). Los sujetos Tipo A pueden aportar al contexto laboral sanitario, ya de por sí cargado de tensiones, toda una constelación de actitudes y conductas que contribuirían, sin duda, a exacerbar el nivel de estrés de los profesionales de la salud. De ahí la importancia de conocer la prevalencia

del **Patrón A de conducta** en este grupo profesional, sobre la que existe muy poca información y se carece de una investigación seria y sistemática.

Los datos sobre prevalencia del **PAC** en la población general aparecen muy dispersos y suelen ser poco coincidentes entre estudios, sobre todo en función del instrumento de evaluación empleado.

Así, la incidencia del **PAC** encontrada en otros países europeos oscila entre el 4 y el 15 % (Konskenvuo, 1981), mientras que la detectada en los estudios norteamericanos se encuentra en torno al 40-50 % (Jenkins, 1979).

En Hingley y Cooper (1986) se aportan los siguientes datos de prevalencia del **PAC**, evaluado con el Cuestionario BORTNER (Bortner, 1969), en la población general: 10% de **A1**; 40% de **A2**; 40% de **B3** y 10% de **B4**. Según Flores et al. (1985), la incidencia del **PAC**, evaluado con igual instrumento, en la población española es de un 14,54% de **Tipo A1** y un 12% de **Tipo B4**. Utilizando el "Jenkins Activity Survey", (Jas; Jenkins, y col., 1979), como instrumento de evaluación, Reig, Bertomeu y Caruana (1990), encontraron entre empleados de banca tasas del 19,5% de **Tipo A1**; 54,2% de **Tipo X** (intermedio) y 26,2% de **Tipo B4**; mientras que entre el personal de Universidad (Profesorado y Administrativos), las tasas fueron del 28,8%, 52,3% y 19%, respectivamente.

En un trabajo sobre el estrés en los médicos generalistas Porte, Howie y Levinson (1987) encontraron una incidencia del 13,3 % de Tipo A y B, al tiempo que informaban que los sujetos Tipo A manifestaban sentimientos de estrés en mayor medida que los Tipo B; pero estos datos hay que tomarlos con cautela ya que la muestra utilizada fue muy exigua (n=18).

Reig y Caruana (1990), en una muestra de 180 médicos españoles de la región valenciana, encontraron una incidencia del **Tipo A1** del 29,4 % frente a un 2,8 % de **Tipo B4**, evaluados mediante el Cuestionario BORTNER.

En cuanto al personal de Enfermería, Thomas y Jozwisk (1990) informan de una prevalencia del **Tipo A1** del 22,5 %, igual al del **Tipo B4**, en una muestra de 178 Registered Nurses, evaluadas mediante el JAS.

En el trabajo de Cronin-Stubbs y Velsor-Friedrich (1981) se informa de que el 82 % de la muestra (n=65) y el 86 % de las supervisoras (n=12) manifestaron la conducta Tipo A en mayor medida que la Tipo B, al tiempo que las personalidades Tipo A percibieron como estresantes una mayor cantidad de estímulos, lo que se traduciría en una variedad de quejas psicosomáticas y sentimientos de frustración" (p. 24).

Finalmente, por nuestra parte, en un reciente estudio con una muestra de 107 estudiantes de Diplomados en Enfermería, hemos encontrado una pre-

valencia del Tipo A1 del 19,6 % frente al 18,7 % de Tipo B4 (Jiménez y cols., 1990a)

En cualquier caso, como sugiere Jacobson (1983), *"no sabemos si las personas Tipo A escogen la profesión de Enfermería o si la Enfermería convierte a la gente en personalidades Tipo A, pero tanto la literatura como la observación de estos profesionales en numerosos contextos apoyan la prevalencia de este Patrón A de Comportamiento entre las Enfermeras"* (pg.38).

Tres son los objetivos que perseguimos con el presente trabajo: (1) ofrecer información empírica sobre la prevalencia del Patrón A de conducta en los profesionales de la salud; (2) explorar si tal prevalencia está relacionada con ciertas variables demográficas y sociolaborales de interés; y (3) cuantificar el valor determinante y predictivo de tales variables sobre el comportamiento Tipo A.

El presente trabajo forma parte de un amplio proyecto de investigación acerca de las relaciones entre el nivel de estrés, conducta Tipo A, satisfacción laboral, hábitos de vida saludable y estado general de salud en los profesionales de la salud de Andalucía.

MATERIAL Y METODO

Sujetos

La muestra la conforman un total de 494 sujetos trabajadores de los Servicios de Salud de Andalucía (SAS), 357 de los cuales (72,3 %) ejercen su trabajo en la provincia de Córdoba y el resto (27,7 %) en la de Jaén.

El 88,5% de la muestra está constituido por Profesionales de la salud (Médicos, Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), Diplomados en Enfermería (DE) y Auxiliares de Enfermería), quedando el resto (11,5 %), formado por diversos paraprofesionales (psicólogos, educadores) y por personal de diversos servicios (Celadores, limpiadoras, cocineros, administrativos, etc.).

Según datos del SAS (1991) la población de referencia de la muestra de profesionales de la salud está integrada por 7.739 sujetos (4.527 en Córdoba y 3.212 en Jaén) por lo que la muestra estudiada representa el 5,65% de la misma.

En cuanto a los médicos, su población de referencia es de 2.361 sujetos (1365 en Córdoba y 996 en Jaén), utilizándose una muestra de 92 sujetos que representan el 4% de la población.

La muestra de ATS/DE es de 174 sujetos, aproximadamente el 5% de

una población de 3.314 (1.965 en Córdoba y 1.349 en Jaén).

La muestra de Auxiliares de Enfermería consta de 171 sujetos, lo que supone el 8,4% de su población de referencia integrada por 2.064 sujetos (1.197 en Córdoba y 867 en Jaén).

Instrumentos

Los sujetos han cumplimentado dos tipos de instrumentos de investigación:

A) Un **Cuestionario demográfico-laboral** con el que se recababa información acerca de las siguientes variables: Sexo, Edad, Estado Civil, Centro donde trabaja (Hospital o No hospital), Hábitat (Urbano, rural), Régimen laboral (Funcionario, contratado, otros), Categoría Profesional (Médico, ATS/DE, Auxiliar de Enfermería, Celador, Otros), y Servicio o Departamento. En esta última variable se ha computado hasta un total de 40 especialidades, que nosotros hemos reclasificado agrupándolas en las nueve categorías siguientes: Urgencias, UCI, Cirugía, Obstetricia, Medicina General, Salud Mental, Consultas Externas, Diagnóstico y Tratamiento, y Otros servicios o sin especialidad.

B) El **Cuestionario Bortner**. Este Cuestionario es un instrumento de evaluación del Patrón A de Comportamiento diseñado por Bortner (1969) a partir de los contenidos de la Entrevista Semiestructurada (SI) elaborada por los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman (Friedman y Rosenman, 1959).

Consta de 14 ítemes-escalas de adjetivos bipolares con puntuaciones continuas desde 1 a 24.

Se cumplimenta siguiendo las estrategias del diferencial semántico y del análogo visual: el sujeto ha de señalar sobre una línea horizontal continua el punto donde éste se situaría entre dos opciones de conducta opuestas, como puede verse en el siguiente ejemplo:

“No soy competitivo” _____ “Soy muy competitivo”

El rango de la puntuación total de la escala es desde 1 hasta 336. Cuanto más elevadas sean en ella las puntuaciones de los sujetos, mayor PAC mostrarán.

Hemos utilizado la versión española realizada por Flores y col. (1985) y adaptada por nosotros (Ver Anexo)

La asignación de los sujetos al Tipo A o B es convencional y se hace a partir de una desviación típica por encima o por debajo, respectivamente, a

partir de la media de distribución de puntajes.

De esta manera se obtienen cuatro categorías del Patrón A de conducta, a saber;

(1) **Tipo A1**; corresponde al grado más extremo de exhibición de la conducta Tipo A y se asigna a los sujetos con puntuaciones en el BORTNER superiores a una desviación standard por encima de la Media;

(2) **Tipo A2**: refleja una moderada expresión del Tipo A, pero son más A que B, y se asigna a los sujetos con puntuaciones comprendidas entre la Media y una desviación standard por encima;

(3) **Tipo B3**: refleja un grado moderado de Tipo B, participa de ciertas tendencias del Tipo A pero son más B que A, y se asigna a los sujetos con puntuaciones comprendidas entre la Media y una desviación standard por debajo; y

(4) **Tipo B4** : representa la expresión más completa y desarrollada del estilo de conducta reposada, relajada y afable característico del Tipo B, y se asigna a los sujetos con puntuaciones inferiores a una desviación standard por debajo de la Media.

El acuerdo clasificatorio entre el cuestionario BORTNER y la SI oscila entre el 64-75 %. El cuestionario presenta una consistencia interna que oscila, según los estudios, entre un coeficiente alfa de Cronbach de .77 y .85. bastante aceptable para instrumentos en estadios iniciales de investigación (Sender y col., 1993).

Aunque sólo ha sido empleado en estudios europeos posee un cuerpo de validación similar al JAS (Jenckins y col., 1979). La validez interna del cuestionario ha sido confirmada con poblaciones españolas mediante análisis factorial (Flores y col., 1985; Jimenez y col., 1990b).

Concretamente, las dimensiones encontradas por nosotros en la muestra de profesionales de la salud han sido las siguientes: Hostilidad-Impaciencia (HI), Asertividad-Competitividad-Ambición (ACA), Urgencia del tiempo-Vigilancia (UTV) e Implicación laboral-preocupación por los rendimientos(IL). Estos cuatro factores explican el 51,81 % de la varianza total (Jimenez y col., 1990b).

Procedimiento y Análisis estadísticos.

Se tomó como población de referencia el personal sanitario perteneciente al Servicio Andaluz de Salud (SAS) y que prestan sus servicios en diversos hospitales y ambulatorios de la provincia de Córdoba y Jaén.

Se entregaron en mano un total de 1.000 protocolos (600 en Córdoba y 400 en Jaén), conteniendo los instrumentos descritos y las instrucciones

para su cumplimentación, incluyéndose una carta de presentación donde los se exponían los objetivos del estudio, se garantizaba la confidencialidad y se agradecía la colaboración.

Se recogieron, igualmente en mano y por la misma persona que lo entregó, un total de 505 protocolos cumplimentados, de los cuales 494 resultaron estadísticamente aprovechables (357 en Córdoba y 137 en Jaén). Así, pues se alcanzó una tasa de respuesta del 50,5%, similar a la obtenida con igual procedimiento en estudios realizados con muestras de sanitarios españoles pero sensiblemente superior cuando el material se envía y recoge por correo, según se informa en otros estudios (Reig y Caruana, 1990; 1989).

Los datos así recabado han sido sometido al oportuno tratamiento estadístico.

A parte de la descripción estadística básica (X, DT, rango) de las variables en estudio, se ha efectuado el análisis correlacional (producto momento de Pearson) para obtener una visión general de las intercorrelaciones entre dichas variables.

En el estudio de la prevalencia del PAC se ha utilizado la prueba Chi-2 para detectar posibles diferencias entre proporciones.

Las diferencias de las puntuaciones de los sujetos en el Bortner se han analizado mediante anova unifactorial para cada variable demográfica-laboral.

Finalmente, con el fin de poner a prueba el valor predictivo de las variables en estudio sobre el PAC, hemos efectuado el análisis de regresión múltiple "paso a paso" (stepwise), por el procedimiento de "forward an backward stepping". Esta técnica estadística posibilita hallar la mejor ecuación de predicción lineal entre una variable dependiente y un conjunto de variables independientes.

Para todos estos análisis se ha hecho uso de los oportunos programas del paquete estadístico BMDP (DIXON, 1990). Todos los análisis se han llevado a cabo separadamente con la muestra total y con cada grupo profesional (Médico, ATS/DE y Auxiliares de Enfermería). En el presente estudio se presentan tan sólo los resultados relativos a la muestra total, dejando para un ulterior trabajo el análisis pormenorizado de los datos para cada grupo profesional.

RESULTADOS

Los principales resultados obtenidos se exponen a continuación en diferentes apartados que facilitan su comprensión, de acuerdo con los objetivos que nos hemos propuesto.

Relación entre las variables

En la Tabla 1 se presenta la matriz de intercorrelaciones entre las 14 variables en estudio.

Tabla 1.- Matriz de correlación entre las variables.

A) Variables demográficas y socio-profesionales														
	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	Mean SD
(1) Sexo	-.20**	-.09*	-.05	-.01	.05	-.08	-.12**	.00	.08	.02	-.06	-.18**	-.05	
(2) Edad		.37**	.08	.04	-.42**	.05	.77**	.07	.00	.06	.07	-.02	.06	32.8 8.9
(3) Estado Civil			.00	.02	-.26**	.05	.32**	.04	.03	.06	.03	.01	.02	
(4) Centro de Trabajo				-.16**	.08	.28**	.05	.26**	.06	.02	.02	.02	.05	
(5) Categoría Profesional					-.02	.07	-.00	-.14**	-.06	.02	-.03	.06	.03	
(6) Régimen laboral						.00	-.43**	-.02	-.06	-.05	-.04	-.02	-.05	
(7) Servicio (Especialidad, Departamento)							.04	.08	-.00	-.05	.04	-.02	.07	
(8) Años de experiencia								.10*	-.01	.04	-.08	.02	.02	8.1 7.1
(9) Hábitat (Urbano/Rural)									.06	.05	.04	.06	.01	
B) Variables referidas al Patrón de Conducta Tipo-A														
(10) Cuestionario Bortner (puntuación global)										.72**	.55**	.46**	.02	172 34
(11) HI: Hostilidad-Impaciencia											.18**	.21**	-.17**	44 17
(12) ACA: Asertividad-Competitividad-Ambición												-.00	-.05	32 13
(13) UTV: Urgencia del tiempo-Vigilancia													.09*	42 14
(14) IL: Implicación laboral-Preocupación por los rendimientos														1.00 19 12

* $p < 0.5$; ** $p < 0.1$; Nota: Todos los coeficientes han sido redondeados en su segunda cifra decimal. (N=494).

El apartado (A) corresponde a las correlaciones de las variables demográficas y sociolaborales entre sí. De los 36 coeficientes de correlación calculados, 14 de ellos (el 39 %), resultaron estadísticamente significativos ($p < .05$). En *cursiva* figuran las correlaciones de las variables demográficas y sociolaborales con las variables de medida del **Tipo A**. Tan sólo 1 de los 45

coeficientes calculados alcanzan significatividad estadística, el correspondiente a la relación entre **Sexo y Urgencia del tiempo**: entre los profesionales de la salud, las mujeres tienden a manifestar este patrón conductual en mayor medida que los hombres. En las dos últimas columnas se incluyen las Medias y Desviaciones Standard correspondientes a la **Edad y Años de Experiencia** de los sujetos, respectivamente.

En el apartado **(B)** se incluyen las intercorrelaciones de las cinco medidas del **Patrón A de Conducta (PAC)**: una medida global, derivada de las puntuaciones de los sujetos en el Cuestionario BORTNER, y las cuatro restantes corresponden a las puntuaciones de los sujetos en las subescalas del mismo, obtenidas factorialmente por nosotros (Jiménez y col., 1990b) tal como ya ha quedado indicado. El tamaño y significatividad de los coeficientes calculados ponen de relieve una aceptable consistencia interna del instrumento (validez de constructo), especialmente en lo que concierne a los tres primeros componentes del BORTNER. En las dos columnas de la derecha aparecen las Medias y Desviaciones Standard de la muestra total en cada medida del **PAC**.

Prevalencia del Patrón A de conducta

En la Tabla 2 se exponen los principales resultados relativos a la distribución de la tipología del **Tipo A** en la muestra total y en cada submuestra formada en función de las variables demográficas y sociolaborales. En cada caso, se incluye el estadístico **Chi-cuadrado**. En el caso de la muestra total, el test resultó altamente significativo ($p < .001$), lo que pone de relieve que las cuatro categorías del **PAC** no se distribuyen homogéneamente en la población de profesionales de la salud andaluces, sino de una forma que recuerda la distribución normalizada, como puede apreciarse en la Fig.1.

Tabla 2.-Tasas de prevalencia de las diferentes categorías de Tipo-A

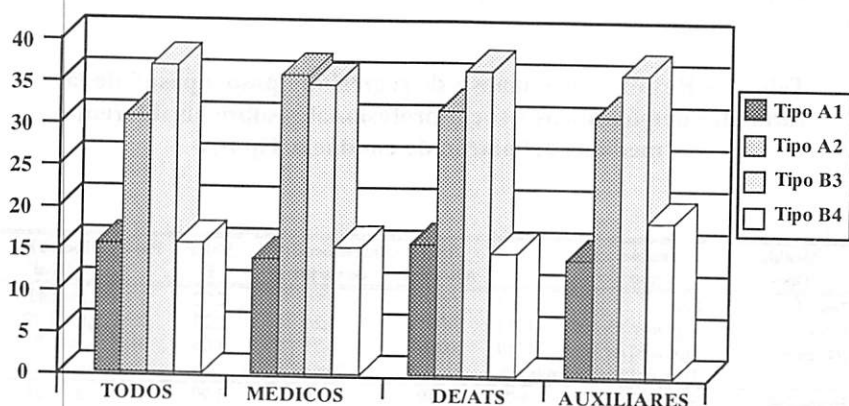
A) Variables Demográficas		Categorías de Tipo-A				Chi ²
	(N)	A1 (%)	A2 (%)	B3 (%)	B4 (%)	
Sexo						
Varón	225	12.4	32.4	39.1	16.1	Chi ² = 3.346 d.f.= 3 p= .34
Mujer	269	18.2	31.6	34.6	15.6	

<i>A) Variables Demográficas</i>		Categorías de Tipo-A					Chi ²
	(N)	A1 (%)	A2 (%)	B3 (%)	B4 (%)		
Edad							
<25 años	49	18.4	30.6	38.8	12.2	Chi ² = 7.52	
25 a 34	301	15.9	31.6	34.2	18.3	d.f.= 9	
35 a 44	84	17.9	31.0	40.5	13.3	p= .583	
>44 años	60	8.3	36.7	41.7	13.3		
Estado Civil							
Soltero	202	14.4	31.2	36.6	17.8	Chi ² = 5.705	
Casado	269	16.7	32.3	35.7	15.2	d.f.= 9	
Viudo	9	11.1	44.4	33.3	11.1	p= .769	
Separado/Divorciado	14	14.3	28.6	57.1	0.0		
Habitat						Chi ² = 2.432	
Urbano	459	15.5	31.4	37.6	15.5	d.f.= 3	
Rural	35	14.3	40.0	25.7	20.0	p= .487	
<i>B) Variables Socio-Profesionales</i>							
Categoría Profesional							
Médico	92	14.1	35.9	34.8	15.2	Chi ² = 5.669	
Enfermera/o (DE/ATS)	174	16.7	31.6	36.8	14.9	d.f.= 12	
Auxiliar Enfermería	171	14.0	31.6	35.7	18.7	p= .931	
Celadores	46	19.6	26.1	41.3	13.0		
Otros	11	18.2	36.4	45.5	0.0		
Tipo de Centro						Chi ² = 8.772	
Hospital	392	16.3	29.1	37.2	17.3	d.f.= 3	
No Hospital	102	12.7	43.1	34.3	9.8	p= .032	
Régimen laboral							
Funcionario	223	18.4	29.6	35.9	16.1	Chi ² = 6.531	
Contratado	263	13.7	34.2	37.3	14.8	d.f.= 6	
Otro	8	0.0	25.0	37.5	37.5	p= .366	
Servicio o Especialidad							
Urgencias	57	14.0	31.6	40.4	14.0	Chi ² = 18.338	
UCI	52	11.5	36.4	40.4	13.5	d.f.= 24	
Cirugía	95	18.9	32.6	29.5	18.9	p= .787	
Ginecología	56	17.9	30.4	41.1	10.6		
Medicina General	104	12.5	35.5	38.5	13.5		
Salud Mental	50	14.0	26.0	40.0	16.0		
Consultas Externas	30	13.3	40.0	26.7	20.0		
Diagnóstico/Tratamiento	32	28.1	15.6	34.4	21.9		
Otros	18	11.1	38.9	27.8	22.2		

<i>B) Variables Socio-Profesionales</i>		Categorías de Tipo-A					Chi ²
	(N)	A1 (%)	A2 (%)	B3 (%)	B4 (%)		
Experiencia							
Menos de 1 año	55	10.9	29.1	32.7	27.3	Chi ² = 13.257 d.f.= 9 p= .151	
1-10 años	307	16.9	30.6	37.1	15.4		
11-20 años	101	17.8	35.6	37.7	12.9		
más de 20 años	31	3.2	38.7	48.4	9.7		
MUESTRA TOTAL	494	15.6	32.0	36.6	15.8	Chi ² = 70.679 p=.001	

La distribución del PAC hallada en la muestra total puede generalizarse al resto de las submuestras, con la excepción del Tipo de Centro, donde la distribución de las categorías de Tipo A es diferente en los Centros Hospitalarios que en los no Hospitalarios (Figura 1).

Figura 1.- Prevalencia del Patrón de Conducta Tipo-A en los profesionales de la salud.



Valor diferencial de las variables demográficas y sociolaborales respecto al Tipo A de conducta.

Tan sólo se han detectado diferencias significativas en cuanto a los **Años de Experiencia**: los sujetos más jóvenes y los de mayor edad obtienen puntuaciones significativamente más bajas en el BORTNER que los sujetos de edades intermedias. Resultados similares se ha observado con respecto al componente de **Implicación Laboral** del PAC ($F=3.39$; g.l.= 3/490; $p=.017$).

Se aprecia una diferencia cercana a la significación estadística en cuanto

al **Sexo**: las mujeres son más Tipo A que los varones ($p = .08$). Tal diferencia se hace altamente significativa sobre la subescala de **Urgencia del Tiempo** ($F = 15.64$; $g.l. = 1/492$; $p = .0001$).

Dada la escasa relevancia de los resultados obtenidos de los Anovas efectuados sobre las restantes medidas del **Tipo A de conducta**, no se incluyen en este trabajo. Así mismo, después de realizar Anovas de doble vía con Sexo (2) x Categoría Profesional (5) como factores independientes sobre las cinco medidas del Patrón A de conducta, como variables dependientes, no se hallaron efectos directos ni de interacción estadísticamente relevantes.

Valor predictivo de las variables demográficas y sociolaborales respecto al Patrón A de conducta.

En la Tabla 3 se recogen los resúmenes de los Análisis de regresión múltiple "paso a paso", con el fin de cuantificar (determinar) en qué medida la conducta Tipo A de los profesionales de la salud andaluces se encuentra determinada por o puede ser explicada a partir del conjunto de variables demográficas y sociolaborales.

Tabla 3.- Resumen del análisis de regresión "paso a paso" de las variables demográficas y socio-profesionales sobre las diferentes medidas del patrón de conducta Tipo-A

Medidas Tipo-A	Variables en la ecuación	R	RSQ Ajustado	Incremento (%) de varianza	Valor F	Paso	Razón F global
Tipo-A Global (Bortner)	Sexo	.0769	.0039	0.39	2.92	1	F= 2.43
	Régimen laboral	.1024	.0065	0.26	2.27	2	g.l.= 3/490
	Tipo de Centro	.1210	.0086	0.21	1.06	3	p<.05
	Total de varianza explicada			0.86 %			
Hostilidad/ Impaciencia (HI)	Estado Civil	.0623	.0019	0.19	1.90	1	F= 1.67
	Servicio	.0822	.0027	0.08	1.42	2	g.l.= 2/491
	Total de varianza explicada			0.27 %			p= n.s.
Asertividad/ Competitividad/ Ambición (ACA)	Experiencia	.8530	.0053	0.53	3.60	1	F= 2.42
	Régimen laboral	.1198	.0103	0.50	3.53	2	g.l.= 5/488
	Sexo	.1410	.0139	0.36	2.76	3	p<.05
	Estado Civil	.1480	.0139	0.00	1.01	4	
	Edad	.1555	.0142	0.03	1.15	5	
Urgencia del tiempo y Vigilancia (UTV)	Total de varianza explicada			1.42 %			
	Sexo	.1755	.0288	2.88	15.64	1	F= 8.73
	Categoría Prof	.1854	.0304	0.16	1.80	2	g.l.= 2/491 p<.01
Total de varianza explicada				3.04 %			

Medidas Tipo-A	Variables en la ecuación	R	RSQ Ajustado	Incremento (%) de varianza	Valor F	Paso	Razón F global
Implicación	Servicio	.0689	.0027	0.27	2.35	1	F= 1.7
lab./ Preocupac.	Régimen laboral	.0882	.0037	0.10	1.50	2	g.l= 3/494
rendim.	Sexo	.1014	.0042	0.05	1.24	3	p= n.s.
(JI-PC)	Total de varianza explicada			0.42 %			

Valor máximo para eliminar F=0.49; Valor mínimo para introducir F=1.50

Los porcentajes de varianza explicada son francamente exiguos (lo máximo que se consigue explicar es un 3 % de la varianza relativa a la **Urgencia del Tiempo** gracias a la acción conjunta del Sexo y el status profesional) y de escasa relevancia estadística. El Sexo es la variable que entra en mayor número de ecuaciones de regresión, concretamente en cuatro de las cinco efectuadas (Bortner, Competitividad, Urgencia de tiempo e Implicación laboral), mientras que la variable Hábitat no logra entrar en ninguna de ellas.

Todo ello sugiere la idea de que el **Patrón A de conducta**, evaluado globalmente o en sus principales componentes, se manifiesta en la muestra estudiada con clara independencia de las variables demográficas y sociolaborales analizadas.

DISCUSION

La incidencia del Patrón A de conducta para la muestra de profesionales de la salud andaluces (Tabla 2) se encuentra dentro de los valores obtenidos en otros países europeos (Kenskenvuo, 1981), pero resulta sensiblemente inferior a las tasas detectadas en los estudios norteamericanos (Jenkins, 1979).

Nuestra distribución de la tipología del Patrón A de conducta es muy similar a la informada en otros estudios, aunque las tasas de Tipo **A1** y **B4** están cinco puntos por encima de las halladas por Hingley y Cooper (1986) para la población general, y son algo superiores a las encontradas por Flores y col (1985) para empleados de banca españoles. Existen notables diferencias entre nuestros resultados y los informados por Reig y Caruana (1990a) en una muestra de médicos y por Reig, Bertomeu y Caruana (1990b) en trabajadores de Universidad (profesorado y personal de administración y servicios) y empleados de banca. Tales discrepancias podrían justificarse en función del diferente instrumento de evaluación del PAC utilizado.

Los porcentajes de Tipo A y B puros hallados por nosotros son algo inferiores a los encontrados por Thomas y Jozwisk (1990) entre el personal de Enfermería.

Si bien tal distribución del PAC en el total de la muestra no cambia significativamente a lo largo de las submuestras derivadas en función de las variables demográficas y sociolaborales, conviene resaltar algunos aspectos particularmente de interés.

En cuanto al **Sexo**, llama la atención el mayor porcentaje de sujetos **Tipo A1** mujeres que hombres. Resultados similares se obtuvieron en Flores y col (1985) y en Reig, Bertomeu y Caruana (1990b) y por nosotros en una muestra de estudiantes de Enfermería (Jimenez y col., 1990a).

Si bien tradicionalmente el **PAC** se venía asociando al sexo masculino, las investigaciones más recientes muestran un mayor interés por su estudio y prevalencia en el sexo femenino (Houston y Kelly, 1985; Kelly y Houston, 1987; Thomas y Jozwisk, 1990). Davidson y Cooper (1980) encontraron que las mujeres trabajadoras tienen mayor probabilidad de ser Tipo A y de tener más alto riesgo de coronopatía que las no trabajadoras. Por su parte, Waldron (1978) encontró que las mujeres trabajadoras a "full time" tenían mayor probabilidad de exhibir el Tipo A de conducta que las amas de casa o las empleadas a tiempo parcial, si bien tal hallazgo tan sólo era significativo si las mujeres tenían un alto nivel educativo. Según Sender y col.(1993), *"estos elevados puntajes A en la población femenina parecen más propios de los países mediterráneos"* (p.72).

La mayor incidencia del Tipo A en mujeres dentro del colectivo de profesionales de la salud, detectada por nosotros, podría explicarse por su pertenencia a un mundo laboral de exigencias sociolaborales relativamente altas, que tal vez seleccione y represente a un tipo de mujeres no representativa de la población general. En cualquier caso, que tal diferencia se agudice en la dimensión "**Urgencia del tiempo**" nos hace suponer, como hacen Sender y col (1993) *"que las mujeres A configuran su patrón conductual a expensas de los componenetes energéticos (actividad, urgencia del tiempo, impaciencia) que no son tan heredables en función del género"* (p.72).

También interesa resaltar la particular distribución del PAC entre los grupos de **Edad** aquí estudiados. Se observa en el grupo más joven la mayor prevalencia del Tipo A1, frente a la más baja presentada por el grupo de mayor edad. Tal vez la inseguridad laboral, una mayor competitividad y el deseo de una pronta promoción profesional entre los jóvenes, frente a la pérdida o disminución de expectativas y de capacidad energética entre lo mayores, pudiera explicar estas diferencias. Resultados similares fueron

hallados por Flores y col. (1985).

En cuanto al **Estado Civil** de los sujetos, parece que son los casados los que muestran la tasa más elevada de Tipo A1 frente a la menor incidencia encontrada entre los viudos. La mayor presencia de Tipo B puro entre los solteros podría deberse, tal vez, a que las presiones socioeconómicas y familiares son sensible-mente menores en esta subpoblación a diferencia de lo que suele ocurrir entre los casados y separados/divorciados, tal como sugieren Flores y col (1985).

En cuanto al **Hábitat**, la prevalencia del Tipo A1 es muy similar en el medio urbano y rural, y está próxima al promedio de la muestra total. Todo apuntaría al hecho de los Centros de Salud del medio rural suelen ser destinos laborales transitorios para jóvenes profesionales que aspiran a promocionarse hacia la ciudad. Por otro lado, la mayor prevalencia de los sujetos Tipo B4 en el medio rural podría apoyar la idea tradicional de que en el campo se fomentan estilos de vida más relajados, menos competitivos y con menos sensación de prisas.

Respecto a las variables sociolaborales, el **Status o categoría profesional** de los sujetos merece nuestra consideración, ya que nuestros resultados no parecen corroborar demasiado la idea vertida en otros estudios (Cfr. Flores y col. 1985) de que el PAC, como factor de riesgo de las coronopatías, estaría ligado a determinados perfiles profesionales, concretamente a los de mayor responsabilidad y de status más alto. Por nuestra parte, hemos encontrado una mayor prevalencia de Tipo A1 en los sujetos de status o categoría profesional más baja, como son los celadores frente a la menor incidencia entre los profesionales de la salud con status más elevado, como son los médicos. Entre el personal de Enfermería, la prevalencia del Tipo A1 se sitúa en el 16,7%, algo superior a la hallada en el personal Auxiliar.

Por lo que respecta al **Tipo de Centro**, lo más destacable es que constituye la única variable donde podemos encontrar diferencia significativa en la distribución del PAC. Por lo demás, la mayor prevalencia de sujetos Tipo A1 en Centros Hospitalarios, viene a confirmar los hallazgos de otros estudios (Reig y Caruana, 1990a), así como la creencia de que el contexto hospitalario resulta para los profesionales de la salud más estresante, competitivo y donde viven más intensamente la urgencia del tiempo en comparación con los centros no hospitalarios.

En cuanto al **Régimen laboral** de los sujetos, la mayor incidencia de Tipo A1 ocurre entre los **funcionarios** (18,4 %) frente al personal contratado (13,87 %). Pero lo que más nos llama la atención es la elevada tasa de Tipo B4 en el grupo de "Otro" (37,5 %), lo que nos induce a pensar que los suje-

tos de este grupo profesional estarían relativamente exentos de las exigencias técnicas y administrativas, competitividad y urgencia del tiempo que afectarían en mayor medida al personal funcionario y contratado de los servicios de salud andaluces.

La clase de **Servicio** (Especialidad o Departamento donde los sujetos realizan su labor profesional), nos muestra una distribución del PAC bastante compleja y variada.

No obstante, los resultados parecen señalar ciertos servicios como caracterizados por una mayor prevalencia del Tipo A1 (**Diagnóstico y Tratamiento, Cirugía y Obstetricia**) frente a otros con una clara prevalencia de los sujetos Tipo B4 (**Otros, Salud Mental y Consultas Externas**). Los restantes Servicios presentan tasa de Tipo A y B moderadas y equiparables. Llama la atención que en este grupo intermedio aparezcan Servicios como **UCI y Urgencias**, tradicionalmente considerados como profesionalmente estresante, especialmente para el personal de Enfermería (Foxall y col., 1990).

La última variable sociolaboral en la que hemos explorado la distribución del Patrón A de conducta, ha sido la relativa a los **Años de Experiencia**. Se observa una tendencia a aumentar la prevalencia de los sujetos Tipo A1 conforme aumentan los años de experiencia, pero a partir de una experiencia profesional de más de 20 años, tal tendencia se quiebra llegando al punto mas bajo de su incidencia. Tal inflexión no resulta fácil de explicar y necesita una mayor investigación. Provisionalmente, los datos podrían apuntar la idea de que los profesionales Tipo A puros tienen una probabilidad de mantenerse en el ejercicio profesional tres veces inferior a la de los Tipo B4, lo que nos inclina a pensar que estaría relacionado con el ya clásico síndrome "burn-out", (Maslach, 1982) considerado como uno de las principales causas de abandono especialmente entre el personal de Enfermería. En opinión de Thomas y Jozwisk (1990), las enfermeras Tipo A "*tienen mayor probabilidad de experimentar el síndrome burnout*" (pg.478). (may be more likely to experience burnout).

Por otra parte, el análisis diferencial ha puesto de relieve que las puntuaciones de los sujetos en el BORTNER difieren significativamente en razón de los años de experiencia: los sujetos con una experiencia profesional entre 11 y 20 años presentan en mayor medida las características conductuales del Tipo A que los que tienen más de 20 años o menos de 1 año de experiencia.

Así, pues, los resultados apuntan la idea de que entre los profesionales de la salud la prevalencia y desarrollo del Patrón A de conducta tiene

mucho que ver con el tiempo que se lleva ejerciendo la profesión . En cierto sentido, la duda planteada por Jacobson (1983) al afirmar que *"no sabemos si las personas Tipo A escogen la profesión de Enfermería o si la Enfermería convierte a la gente en personalidades Tipo A"*, queda, en buena parte, despejada por nuestros resultados que nos llevan a detectar ciertos indicios de que la profesión sanitaria, en su conjunto, favorece el desarrollo y el incremento de las características conductuales propias del Tipo A, hasta un determinado límite de años de ejercicio profesional. Es posible que un cierto "desgaste profesional" ligado al fenómeno "burn-out" tenga que ver con tal límite temporal. Pero una conclusión definitiva al respecto, sólo puede extraerse de una investigación más profunda y contrastada.

El último aspecto que hemos pretendido explorar en el presente trabajo ha sido el valor predictivo de las variables demográficas y sociolaborales con respecto al Patrón A de conducta en la población de profesionales de la salud andaluces. Los resultados obtenidos y reflejados en la Tabla 3 nos llevan a la conclusión de que en la población estudiada, el Patrón A de conducta, evaluado globalmente o en sus principales componentes, es prácticamente independiente de las condiciones demográficas del sujeto, tales como Sexo, Edad, Estado Civil y Hábitat, así como de ciertas situaciones sociolaborales, tales como el status o categoría profesional, el Tipo de Centro, el régimen laboral, el servicio y los años de experiencia.

Este hecho nos sitúa en la alternativa de considerar el PAC, primordialmente, como una "característica o cualidad personal" que configura la forma de ser o estilo de vida del profesional de la salud. Tal enfoque conlleva importantes implicaciones tanto para la práctica profesional como para la selección y formación de los futuros profesionales de la salud tal como ha sugerido McCuee, (1985).

CONCLUSIONES

Los resultados sobre prevalencia del Tipo A en Profesionales de la salud ponen de relieve los siguientes aspectos:

- 1) La prevalencia del Patrón A de conducta otorga a los profesionales de la salud un índice de riesgo para las coronopatías superior al atribuido a la población general.
- 2) Las tasas de incidencia del Patrón A de conducta observadas en la muestra total pueden generalizarse a la mayoría de las submuestras forma-

das según categorías de tipo demográfico (como Sexo, Edad, Estado Civil y Hábitat) como de tipo sociolaboral (status, régimen laboral, servicio y experiencia profesional, con excepción del Tipo de Centro).

3) Si exceptuamos los Años de Experiencia y, en menor medida, el Sexo de los sujetos, no se observan diferencias significativas en las puntuaciones de los sujetos en el instrumento de evaluación del PAC utilizado (Cuestionario Bortner).

4) El escaso valor predictivo de las variables demográficas y sociolaborales sobre el PAC consolida a éste como una "característica de personalidad" muy poco ligada, al menos directamente, a la situación o al contexto profesional. Este hecho puede tener importantes implicaciones para los profesionales de la salud.

5) Se requiere una mayor investigación sobre la prevalencia del Tipo A de conducta en profesionales de la salud que permita establecer comparaciones entre países y entre categorías profesionales; está sin investigar las relaciones entre Tipo A y "burn-out" en estos profesionales.

REFERENCIAS

- Baum A y Singer J. *Handbook of Psychology and Health. Vol. 5: Stress*. New York: Lawrence Erlbaum Assoc. Publishers, Hillsdale, 1987
- Bortner RW. A short rating Scale as a potential measure of pattern A behavior. *Journal of Chronic Disease*, 1969, 22: 87-91.
- Boot-Kewley S y Friedman H. Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychol Bull*, 1987,101: 347-362.
- Cronin Stubbs D y Velsor Friedrich B. Professional and Personal Stress: A survey. *Nurse Leadership*, 1981, 4(1): 19-26.
- Cooper CL y Marshall I. Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease. *J Occup Psychol*, 1976, 49:11-18.
- Davidson MJ y Cooper CL. Type A and B behavior pattern in the work environment. *J Occup Med*, 1980, 22: 375-380.
- Dixon WJ. *Biomedical Computer Programs*. Los Angeles: University of California Press, 1990.
- Foxall MJ, Zimmerman L, Standley R y Bené B. A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *J Adv Nurs*, 1990, 15(10): 577-584.

- Flores T de, Valdés M, Tresena J, Garcia-Esteve I y Nuñez P. Cuestionario Bortner para la detección del Patrón A de conducta: validación española. *Revista del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina de Barcelona*, 1985, 12(4): 227-239.
- Friedman HS y DiMatteo MR. *Health Psychology*. New Jersey: Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs, 1989.
- Friedman M y Rosenman RH. *Type A behavior and your heart*. New York: Alfred A. Knopf, 1974.
- Friedman M y Rosenman RH. Association of specific over behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA*, 1959, 169: 1286.
- Friedman M y Ulmer D. *Treating Type A behavior and your heart*. New York: Alfred A. Knopf, 1984.
- Hingley P y Cooper CL. *Stress and the nurse manager*. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd, 1986.
- Houston BK y Kelly KE. Type A behavior in housewives : relation to work, marital adjustment, stress, tension, health, fear-of-failure and self-esteem. *J Psychosom Res*, 1987, 3(1) : 55-63
- Jacobson SF. An overview of coping. En: Jacobson SF y Grath HM (eds.). *Nurses under stress*, cap. 2, pp. 26-46. New York: John Wiley, 1983.
- Jenkins CD, Zyzanski SJ y Rosenman RH. *Jenkins Activity Survey Manual*. New York: Psychological Corporation, 1979.
- Jimenez C, Sanchez JL y Delgado MC. Patrón de conducta Tipo A y preferencias de estrategias competitivas-cooperativas en estudiantes de Enfermería. En: *Comunicaciones al II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Area 5: Psicología de la salud*. Valencia. 15-20 de abril; vol 5, pp. 44-49, 1990a.
- Jiménez C, Pérez J y Sanchez JL. Componentes del Patrón de conducta Tipo A: estructura factorial del Cuestionario Bortner. En: *Comunicaciones al III Congreso Nacional de Psicología Social*. Santiago de Compostela, 19-21 de Septiembre; vol I, pp. 96-105, 1990b.
- Kelly KE y Houston BK. Type A Behavior in Employed Women: relations to Work, Marital and Leisure Variables, Social Support, Stress, Tension and Health. *J Pers Soc Psychol*, 1985, 48(4):1067-1079
- Ketterer MW, Stoeve WW, Pickering EG y Carney MP. The Type A behavior pattern: a review for the primary care physician. *J Am Osteopath Assoc*, 1985, 85(10):649-656.

- King H. Health in the Medical and other Learned Professions. *Journal of Chronic Diseases*, 1970, 23: 257-281.
- Lazarus RS y Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca, 1986.
- Maslach C. *Burnout : The Cost of Caring*. New Yersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1982.
- McCuee JD. Influence of medical and premedical education on important personal qualities of physician. *Am J Med*, 1985, 78(6 pt, 1):985-991.
- Payne R y Firth-Cozens J. *Stress in Health Professionals*. Chichester: John Wiley and Sons, 1987.
- Porter AM, Howie JGR y Levinson A. Stress and the General Practitioner. En: Payne R y Firth-Cozens J (eds.). *Stress in Health Professionals*. cap. 3, pp.45-69. Chichester: John Wiley, 1987.
- Reig A, Bertomeu V y Caruana A. Prevalencia del Patrón A de comportamiento y su relación con factores de riesgo cardiovascular en dos colectivos laborales. En: *Comunicaciones al II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Area 5: Psicología de la Salud*. Valencia, 15-20 de Abril. Vol 5, pp.40-44, 1990.
- Reig A y Caruana A. Insatisfacción laboral, patrón A de comportamiento, estrés laboral y estado de salud en médicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1990, 16(49): 345-375.
- Reig A y Caruana A. Estrés ocupacional y patrón A de comportamiento como predictores de insatisfacción laboral y de estado de salud en personal de Enfermería de hospital. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1989, 14:147-162.
- Reig A, Caruana A y Peralba JI. Estudio comparativo de estresores profesionales en personal de Enfermería español y norteamericano. *Enfermería Científica*, 1989, 91: 4-14
- Rosenman RH. The Interview Method of Assessment of the Coronary-Prone Behavior Pattern En: Dembroski TM, Weiss SM, Shiellds JL, Haynes SG y Feinlieb M (eds.). *Coronary-prone behavior*, pp. 55-69. New York: Spring-Verlag, 1978.
- Russek HI. Emotional Stress and Coronary Heart Disease in American Physicians, Dentists and Lawyers. *Am J Med Sci*, 1962, 243: 716-726.
- SAS (Servicio Andaluz de Salud). Delegación Provincial de Córdoba, 1991. Comunicación personal.

- Sender, R.; Valdés, M.; Riesco, N. y Martín, M.J. (1993) *El patrón A de conducta y su modificación terapéutica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Shoham-Yakubovich Y, Ragland DR, Brand RJ y Syme SL. Type A behavior pattern and health status after 22 years of follow-up in the Western Collaborative Group Study. *Am J Epidemiol*, 1988, 128: 579-588.
- Smith T y Anderson N. Models of personality and disease: An interactional approach to Type A behavior and cardiovascular risk. *J Pers Soc Psychol*, 1986, 50: 1166-1173.
- Sulls J y Sanders GS. Type A behavior as a general risk factor for physical disorder *J Behav Med*, 1988, 11: 201-226.
- Thomas SP y Jozwisk J. Self-attitudes and behavioral characteristics of Type and B female registered nurses *Health Care for Women International*, 1990, 11: 477-489
- Verderber A, Shiverly M y Fitzsimmons L. Coping and heart disease *J Cardiovasc Nurs*, 1990, 5(1): 74-78.
- Waldron I. The coronary-prone behavior pattern, blood pressure, employment and socioeconomic status in women. *J Psychosom Res*, 1978, 22: 79-87.
- Wright L. The Tipe A Behavior Pattern and Coronary Artery Disease *Am Psychol*, 1988, 43(1): 2-15.
- Wezesniewski K, Wonicki J y Turlejski J. Type A Behavior pattern and illness other than coronary heart disease *Soc Sci Med*, 1988, 27(6): 623-626.

ANEXO

CUESTIONARIO BORTNER (Adaptación experimental)

Nombre.....Sexo.....Edad.....
Profesión.....Años que lleva ejerciéndola.....
Centro.....Servicio.....

A continuación le presentamos una serie de *autodescripciones extremas* de ciertos comportamientos habituales en la vida de cualquier persona. Todos podemos situarnos en un algún punto a lo largo de la *línea continua* entre los dos extremos. Nos gustaría que Vd. hiciera una "marca" o señal (una rayita vertical) en el lugar de la línea donde Vd. situaría su *manera*

habitual de comportarse entre los extremos que se indican.

Por favor, lea cada cuestión detenidamente y contéstela **por separado**, sin esperar a leer todas las demas. Muchas gracias por su colaboración.

No llego nunca tarde	_____	Soy despreocupado con las citas
No soy competitivo	_____	Soy muy competitivo
Me anticipo a lo que otros van a decir	_____	Soy un buen oyente
Siempre tengo prisa	_____	Nunca tengo prisa
Tengo paciencia para esperar	_____	Me impaciento mientras espero
Cualquier cosa me preocupa	_____	Soy despreocupado

Hago una cosa después de otra	_____	Trato de hacer varias cosas a la vez
Soy enérgico en las conversaciones	_____	Soy lento y reflexivo al hablar
Quiero que el trabajo bien hecho sea reconocido	_____	Sólo me importa estar satisfecho conmigo mismo
Soy rápido haciendo las cosas	_____	Soy tranquilo haciendo las cosas (comer, andar...)
Tengo buen carácter	_____	Soy difícil de tratar
Reprimo mis sentimientos	_____	Los expreso abiertamente
Me interesan muchas cosas	_____	Me interesan pocas cosas fuera de mi trabajo
Estoy satisfecho con mi trabajo	_____	Soy ambicioso