

**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN”
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**PATRONES DE CONDUCTA A-B Y MODOS DE AFRONTAMIENTO AL
ESTRÉS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES DEL HOSPITAL BASE II - ESSALUD-
HUÁNUCO 2019**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

TESISTAS:

PALOMINO RIVERA, BRENDA YHAMINA
RAMOS TRUJILLO, GHISLEY VALENTINA

ASESORA:

Dra. AYALA ALBITES, FLOR MARÍA

HUÁNUCO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo incondicional. Gracias, por su guía, apoyo y amor durante todo este tiempo.

A mi abuela Valentina por cuidarme desde siempre.

Ghisley

A Dios por su infinito amor.

A mis padres, mis abuelos y hermano, quienes me han brindado su apoyo en todo momento. Que con su ejemplo, dedicación y palabras de aliento nunca bajaron los brazos para que yo tampoco lo haga.

Brenda

AGRADECIMIENTOS

A Dios por acompañarnos todos los días guiando cada uno de nuestros pasos y por darnos la fortaleza necesaria para seguir adelante.

A nuestros padres por su apoyo incondicional en todo lo que nos proponemos, por alentarnos cuando se presentaban momentos difíciles, por su paciencia y amor infinito.

A la Dra. Flor Ayala Albites por su dedicación, paciencia, y valiosos consejos a lo largo de todo este proceso.

Al Dr. Miguel Carrasco, Dra. Edith Beraun, Mg. Jesús Calle y Psic. Elizabeth Huamán por su valiosa orientación durante este proceso.

Al Dr. Genaro Vilcarromero Arbulu por el apoyo en la recolección de la muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Finalmente, deseamos agradecer a todos los que de una y otra forma han hecho posible que este trabajo se haya culminado con éxito.

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de la presente investigación fue determinar si existe asociación entre los Patrones de conducta A-B y los Modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cardiovascular del Hospital – Base II – ESSALUD - Huánuco, 2019.

METODOLOGÍA: El diseño utilizado corresponde al tipo descriptivo correlacional, contó con la participación de 89 pacientes con enfermedad cardiovascular atendidos en el Hospital – Base II – ESSALUD que cumplieron con los criterios de inclusión. El muestreo fue No Probabilístico según Baptista Fernández & Hernández (2010). Se aplicó el Cuestionario de Patrón de conducta A-B y el Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE) con criterios de validez y confiabilidad para el Perú. Así mismo para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 22.0 en español, para el análisis inferencial se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado para contrastar las Hipótesis General y específicas.

RESULTADOS: “Existe una asociación estadísticamente significativa entre el Patrón de conducta A-B y modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cardiovascular del Hospital – Base II – ESSALUD - Huánuco, 2019”; con un p valor de 0,002 ($p < 0,05$) por lo que se aceptó la Hipótesis general. “Existe una asociación estadísticamente significativa entre el patrón de conducta tipo A y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cardiovascular del Hospital Base II – ESSALUD –

Huánuco, 2019”, con un p valor de 0,036 ($p < 0,05$). Finalmente, “No existe asociación estadísticamente significativa entre el Patrón de conducta tipo B y los modos de afrontamiento al estrés debido al p valor de 0,326 ($p < 0,05$).

PALABRAS CLAVE: Patrones de conducta A-B, Modos de afrontamiento al estrés y Enfermedad cardiovascular.

SUMMARY

OBJECTIVE: The objective of this research was to determine if exists the association between the A-B Behavior Patterns and the Modes of coping with stress in patients with cardiovascular disease of the Hospital - Base II - ESSALUD - Huánuco, 2019.

METHODOLOGY: The design used corresponds to the descriptive correlational type, with the participation of 89 patients with cardiovascular disease treated at the Hospital - Base II - ESSALUD who met the inclusion criteria. The sampling was Not Probabilistic according to Baptista, Fernandez & Hernandez (2010). The A-B Type of Behavior Pattern Questionnaire and the Ways of Coping with Stress (COPE) Questionnaire were applied with validity and reliability criteria for Peru. Likewise, for the data analysis the statistical package SPSS, version 22.0 in Spanish was used, for the inferential analysis the Chi-square statistical test was used to contrast the General and specific Hypotheses.

RESULTS: “There is a statistically significant association between the A-B Behavior Pattern and ways of coping with stress in patients with cardiovascular disease of the Hospital - Base II - ESSALUD - Huánuco, 2019”; with a p value of 0.002 ($p < 0.05$) so the general hypothesis was accepted. “There is a statistically significant association between the type A behavior pattern and the ways of coping with stress in patients with

cardiovascular disease at the Base II Hospital - ESSALUD - Huánuco, 2019”, with a p value of 0.036 ($p < 0.05$). Finally, “There is no statistically significant association between the Type B Behavior Pattern and the ways of coping with stress due to the p value of 0.326 ($p < 0.05$).

KEY WORDS: A-B Behavior Patterns, Stress Coping, Cardiovascular disease.

INTRODUCCIÓN

Desde las últimas dos décadas la psicología está muy involucrada en los temas de salud, partiendo del argumento de que salud no sólo debe ver aspectos físicos, sino también los aspectos conductuales y emocionales. En tal sentido la psicología de la salud es llamada a contribuir con la prevención y tratamiento de las enfermedades utilizando los mecanismos conductuales como herramientas para influir de manera positiva en la salud de las personas (Matarazzo, 1980 citado por Lamas; H & Rodríguez; R, 2010).

La OMS, es la encargada de liderar un "Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020". El citado plan tiene por objeto reducir para el 2025 el número de muertes prematuras asociadas a las ENT (enfermedades no transmisibles) en un 25%, y ello a través de nueve metas mundiales de aplicación voluntaria. Dos de esas metas mundiales se centran directamente en la prevención y el control de las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), centrándose no sólo en factores de riesgo físico como: dieta inadecuada, falta de ejercicios o tabaquismo, por el contrario, es preocupación vigente estudiar los factores comportamentales, calidad de vida y predominio de emociones.

En el Perú, se estima que, de todas las causas de muertes, el 15% son causadas por enfermedades cardiovasculares (Hernández-Vásquez, 2016), a su vez tenemos estadísticas alarmantes en cuanto al estrés, según el Instituto de análisis Integración (2015) un 58% de la población peruana ha

sentido que su vida ha sido estresante y que no han encontrado maneras adecuadas de afrontarlo. Además, diversos estudios han destacado la importancia de identificar los procesos psicosociales que influyen sobre el malestar psicológico asociado a las ECV (Enfermedad cardiovascular). Entre estos factores han recibido una especial atención determinados rasgos de personalidad, patrones de conducta y las estrategias o modos de afrontamiento (Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2003).

Por las razones teóricas y estadísticas expuestas nos trazamos como objetivo realizar un estudio correlacional entre los patrones de conducta y los modos de Afrontamiento al Estrés en el hospital base II- ESSALUD.

La presente investigación está distribuida en 05 capítulos. El Capítulo I: Planteamiento del Problema; en el que se describe la fundamentación del problema, formulación del problema, los objetivos tanto generales como específicos, justificación e importancia y limitaciones. En el Capítulo II: El Marco Conceptual; se describe los antecedentes, fundamentación teórica, definiciones conceptuales, sistemas de variables, definiciones operacionales, e hipótesis. Seguidamente el Capítulo III: Marco Metodológico; nivel, tipo y método de la investigación, diseño de investigación, ámbito, población y muestra, técnicas e instrumento y procedimiento de recolección de información y técnica de procesamiento de datos. En el Capítulo IV: presentación de resultados, análisis e interpretación de resultados, verificación de hipótesis y discusión de resultados. Y por último tenemos el

Capítulo V: conclusiones y recomendaciones. Luego se presentan las referencias bibliográficas y anexos.

ÌNDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	III
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE DE CONTENIDO	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Fundamentación del problema	17
1.2 Formulación del problema	22
1.3 Objetivos: Generales y Específicos	23
1.4 Justificación e importancia	24
1.5 Limitaciones	25
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
2.1 Antecedentes (Revisión de estudios realizados)	26
2.1.1 Antecedentes internacionales	26
2.1.2 Antecedentes nacionales	29
2.1.3 Antecedentes regionales	35
2.2 Fundamentación teórica	42
2.2.1 Conducta y Salud	42
2.2.2 Patrón de conducta A-B	47
2.2.2.1 Patrón de conducta A	50
2.2.2.2 Patrón de conducta B	57

2.2.3 Afrontamiento	59
2.2.4 Estrés	62
2.2.5 Modo de Afrontamiento al estrés	70
2.2.6 Salud y enfermedad	75
2.2.7 Enfermedad Cardiovascular	77
2.2.8 Perfil psicológico de pacientes cardiovasculares	86
2.3 Definiciones conceptuales	87
2.4 Sistema de Variables (dimensiones e indicadores)	90
2.5 Definición operacional de las variables.	93
2.6 Hipótesis	95
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Nivel, tipos y método de investigación.	97
3.1.1 Nivel	97
3.1.2 Tipos	97
3.1.3 Método de investigación.	98
3.2 Diseño de investigación	98
3.3 Ámbito de la investigación	99
3.4 Población y Muestra	101
3.5 Instrumentos de estudio	103
3.6 Procedimiento de la recolección de información	109
3.7 Técnica de procesamiento de datos	110
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 Presentación de resultados descriptivos	111
4.2 Análisis e interpretación de resultados	111

4.3 Verificación de hipótesis	118
4.4 Discusión de resultados	127
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	133
5.2 Recomendaciones	134
BIBLIOGRAFÍA	137
ANEXOS	
Anexo N°1: Matriz de consistencia	152
Anexo N°2: Cuestionario de Patrón de Conducta A-B	154
Anexo N°3: Cuestionario de modos de Afrontamiento al Estrés	156
Anexo N°4: Consentimiento informado	159
Anexo N°5: Ficha Sociodemográfica	161
Anexo N°6: Fiabilidad del Instrumento	162
Anexo N°7: Tabla de contingencia	164
Anexo N°8: Estadística no paramétrica	164
Anexo N°9: Estadística no paramétrica	165
Anexo N°10: Estadística no paramétrica	166

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: Distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según género.....pág. 111

Tabla N° 02: Distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según edad.....pág.112

Tabla N° 03: Distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según diagnostico especificopág. 113

Tabla N° 04: Distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según ocupación.....pág. 114

Tabla N° 05: Patrón de Conducta A-B según la distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular del Hospital – Base II. ESSALUD, Huánuco.....pág. 116

Tabla N°06: Modos de afrontamiento al estrés según la distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular del Hospital – Base II. ESSALUD, Huánuco.....pág. 117

Tabla N° 07: Asociación entre Patrón de Conducta A-B y Modos de Afrontamiento al Estrés en pacientes con enfermedad cardiovascular evaluados del Hospital – Base II. ESSALUD, Huánuco..... pág. 119

Tabla N° 08: Asociación entre el patrón de conducta tipo A y modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares evaluados del Hospital – Base II. ESSALUD, Huánuco.....pág 121

Tabla N° 09: Asociación entre el patrón de conducta tipo B y modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares evaluados del Hospital – Base II. ESSALUD, Huánuco.....pág. 122

Tabla N°10: Asociación entre los modos de afrontamiento al estrés y diagnóstico de enfermedad cardiovascular en pacientes evaluados del Hospital – Base II. ESSALUD, Huánuco.....Pag. 123

Tabla N° 11: Distribución porcentual del patrón de conducta tipo A-B, modos de afrontamiento al estrés y enfermedad cardiovascular en pacientes evaluados.. del Hospital – Base II. ESSALUD, Huánuco.....pag. 124

Tabla N° 12 Asociación del patrón de conducta tipo A- B, modos de afrontamiento al estrés y enfermedad cardiovascular en pacientes evaluados del Hospital – Base II. ESSALUD, Huánuco.....pág. 126

Tabla N° 13 Asociación del diagnóstico de enfermedad cardiovascular y el género, en pacientes evaluados del Hospital Base II. ESSALUD, Huánuco.....pág. 127

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 01: Distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según género.....pág. 111

Figura N° 02: Distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según edad.....pág. 112

Figura N° 03: Distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según diagnostico especificopág. 113

Figura N° 04: Distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según ocupación.....pág. 115

Figura N° 05: Patrón de Conducta A-B según la distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular del Hospital – Base II. ESSALUD, Huánuco.....pág. 116

Figura N°06: Modos de afrontamiento al estrés según la distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular del Hospital – Base II. ESSALUD, Huánuco.....pág. 117

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), comprende un conjunto de patologías relacionadas directamente con el corazón y el sistema vascular, tales como: infarto agudo de miocardio, aterosclerosis, aneurisma, accidentes cerebrovasculares, arritmia, hipertensión y otras, citadas como la principal causa de muerte en todo el mundo, cada año mueren más personas por esta enfermedad que por cualquier otra. Se calcula que en 2015 murieron por esta causa 17,7 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria (OMS, 2018). Dicha situación es de preocupación debido a las elevadas tasas de morbilidad, grado de discapacidad, menoscabo económico y social producido como consecuencia.

Azañero (2019) refiere que la incidencia nacional de las cardiopatías representa la segunda causa de muerte y su prevalencia es cada vez más alta, mostrando así las insuficientes políticas de prevención sobre estas enfermedades. Se sabe que algunos factores de riesgo como la alta ingesta de alcohol y tabaco, la baja actividad física predisponen a las personas a poder sufrir una Enfermedad

Cardiovascular, también se remarcan las condiciones de estrés económico y social como predisponentes.

De esta forma, el estrés es capaz de provocar enfermedad en el sistema cardiovascular una serie de cambios característicos mediados por la activación del sistema nervioso simpático. Esto incluye incremento de la frecuencia cardíaca y la constricción de las arterias principales envueltas en pequeños músculos inervados al SNA, que provocan el aumento de presión arterial, tal como se ha comprobado en el incremento de patologías como son, angina de pecho, infarto de miocardio, insuficiencia renal o trombosis cerebral, siendo situaciones puntuales de estrés, entre otros factores (Amigo, 2012, p.115).

En tal sentido, la Organización Mundial de la Salud (2008) reconoce la participación de otros factores emocionales relacionados con la actuación de las personas con ECV, como es el caso de la personalidad que caracteriza a dichos pacientes, es así que define la personalidad como “Patrones de comportamiento que tienden a ser estables y a afectar múltiples dominios conductuales”. A su vez (Larsen & Buss, 2005) definen a la personalidad como “el conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos dentro del individuo que son organizados y relativamente estables, los cuales influyen en sus interacciones y adaptaciones al ambiente intrapsíquico, físico y social”

Moyano, Icaza, et al (2011) en un artículo para la Revista Latinoamericana de Psicología nos mencionan que Friedmann y Rosenman fueron los primeros que describieron un estilo de comportamiento que llamaron patrón de conducta tipo A, que al parecer constituye un factor de riesgo para enfermedades cardíacas. Estas personas tienen 2,5 veces más probabilidades de presentar angina de pecho o infarto de miocardio. Algunas características, según dichos autores son: la intensa ambición, impulso competitivo, son personas que se tornan impacientes, irritables, hostiles y furiosos y otros.

Con respecto a los modos de afrontamiento al estrés, es necesario reconocer que el estrés se genera cuando el sistema de respuestas del individuo es inapropiado para la presión y exigencias demandadas por el trabajo, propiciando un desequilibrio, o alteración que resulta contraproducente para la salud.

Por tanto, el estrés se genera cuando respondemos a un nivel inapropiado de presión, propio de una situación en la que hay un desequilibrio o una discrepancia significativa entre las demandas externas y las internas sobre una persona y los recursos adaptativos de la misma. Para Lazarus y Folkman (1991) definen en este sentido “el estrés psicológico es el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”, se

centran en la relación entre la persona y su entorno, y en la apreciación por parte de la persona de que su entorno le exige demasiado o sobrepasa sus recursos y es perjudicial para su bienestar. Por lo tanto, la forma en que la persona aprecia la situación determina que sea percibida como estresante. Hay que tener en cuenta que las diferencias individuales juegan un papel significativo en los procesos de estrés. Los factores individuales tales como características predisponentes, motivaciones, actitudes y experiencias determinan cómo las personas perciben y valoran las demandas; esta evaluación influye sobre los modos de afrontamiento.

Lazarus menciona que el afrontamiento es el proceso por el cual un individuo se esfuerza cognitivamente y conductualmente para enfrentar una situación considerada estresante para después ejecutar una acción (Lazarus, 1991). Su función principal es reducir la tensión y devolver el equilibrio (la homeostasis general) al organismo. Así mismo, Rodríguez (2012) en su tesis menciona que las personas realizan dos tipos de evaluaciones de acuerdo a la situación de estrés: la evaluación primaria, en la cual se percibe un evento como una amenaza y la evaluación secundaria, en la cual se elaboran las posibles respuestas ante el evento percibido como amenazante. El afrontamiento sucede en la segunda cuando el individuo despliega sus recursos para enfrentar el estrés.

Por otro lado, los recientes reportes estadísticos, nos muestran que los porcentajes de morbilidad por trastornos cardiovasculares se ha visto incrementado, llamando poderosamente la atención ya que dichas personas tienen características comunes en lo que respecta al tipo de comportamiento que adoptan en las diversas situaciones de su vida cotidiana ;presencia de un cuadro de estrés negativo que está presente en cada uno de estas personas con dicho patrón conductual comprobaremos que lo que refleja la epidemiología está acorde a la realidad presentada, constituyendo de esta manera en un factor de riesgo para la salud y un reto para el trabajo profesional del psicólogo.

Finalmente, es una preocupación la presencia de estilos de conducta y de afrontamiento al estrés inadecuados que tiene relación con la forma como el ser humano afronta acontecimientos vitales críticos, los estilos de acción, la dureza de su proceder, los altos niveles de estrés suponen riesgos en el estado de salud (Kobasa, 1981). Por todo lo expuesto, nos formulamos las siguientes interrogantes de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1 General

¿Existe asociación entre los patrones de conducta A-B y los modos de Afrontamiento al Estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019?

1.1.2 Específicos

1 ¿Cuál es la incidencia de los patrones de conducta A-B en pacientes con enfermedades cardiovasculares del hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019?

2. ¿Cuáles son los modos predominantes del Afrontamiento al Estrés, en pacientes con enfermedades cardiovasculares del hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019?

3. ¿Existe asociación entre el patrón de conducta A y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019?

4. ¿Existe asociación entre el patrón de conducta B y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Determinar si existe asociación entre los patrones de conducta A-B y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019.

1.3.2. Objetivos específicos:

1. Describir la incidencia de los patrones de conducta A-B en pacientes con enfermedades cardiovasculares del hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019?
2. ¿Describir los modos predominantes del Afrontamiento al Estrés, en pacientes con enfermedades cardiovasculares del hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019?
3. Establecer si existe asociación entre el patrón de conducta A y el modo de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019.
4. Establecer si existe asociación entre el patrón de conducta B y el modo de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La presente investigación brindará un aporte teórico que nos permitirá conocer los patrones de conducta tipo A y B relacionado con el afrontamiento al estrés puesto que no existe antecedentes de investigación de este tipo en nuestro medio. Por otro lado la población a investigar es una población que está en riesgo porque no cuenta con medidas de psico educación, su abordaje se reduce al tratamiento médico, farmacológico, es decir los pacientes desconocen cómo protegerse y prevenir las enfermedades cardiacas.

Lévano (2003) menciona que dentro de algunas facetas psicológicas como los procesos de interacción social, la expresión de las emociones o manifestaciones conductuales, y dentro de ellas el Patrón de conducta de las personas que de acuerdo a algunas investigaciones y autores constituyen factores de riesgo para determinadas enfermedades físicas.

En tal sentido, los hallazgos permiten que los pacientes puedan conocer los patrones de conducta que deben evitar y cuales deberán estar orientados a promover su propio cuidado para disminuir el impacto de las conductas en la enfermedad cardiovascular.

El aporte metodológico es la fiabilidad del instrumento (patrón de conducta A-B) en los pacientes cardiovasculares atendidos en el Hospital Base II –Essalud, y podrá ser aplicado en nuestro medio.

El trabajo es novedoso porque no existen antecedentes de dicha investigación relacionado a los patrones de conducta. Finalmente, en el aspecto práctico, los hallazgos permiten hacer propuestas saludables sobre el cuidado del paciente que incluya adecuadas formas de afrontamiento al estrés, estilos de vida, estilos de personalidad y como parte de la prevención primaria y secundaria.

1.5. LIMITACIONES

- Los hallazgos de antecedentes regionales en relación al estudio de variable patrón de conducta A-B, fue difícil de encontrar.
- Los resultados fueron válidos en relación a la muestra de estudio, es decir no se podrán generalizar para la población del Departamento de Huánuco.
- Las investigadoras estuvieron sometidas al horario de consulta externa del Servicio de Cardiología y a la evaluación individualizada con respecto a los pacientes para determinar que cumplan con los criterios de inclusión.
- El instrumento de patrón de conducta A-B utilizado, requirió un periodo de tiempo adicional para la fiabilidad de dicho instrumento.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

-Valls & Rueda (2013) en una investigación titulada Personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular realizada en Madrid, tuvo como objetivo analizar y evaluar desde atención primaria qué factores psicológicos podrían estar implicados en el hecho de que los pacientes crónicos, y en particular los pacientes con Enfermedad cardiovascular, puedan ser más vulnerables al desarrollo de esta enfermedad, o tengan una peor evolución una vez que el trastorno está ya establecido y de esta forma se trata de ofrecer una prevención y una rehabilitación cardiaca que mejore los resultados terapéuticos. Los resultados fueron con respecto a la patología cardiovascular, el infarto agudo de miocardio y el TCV (el cual incluía la insuficiencia cardiaca, angina de pecho y la cardiopatía isquémica) representaron las causas principales por las que los participantes estaban siendo asistidos en la especialidad de cardiología. Atendiendo a los rasgos de personalidad, la media obtenida en afabilidad fue la más elevada (M= 80.2), seguida de la energía (M=74.6) y de la estabilidad

emocional (M=68.6). En cuanto a las estrategias de afrontamiento, las más utilizadas fueron las referidas a la aceptación, el afrontamiento activo, la planificación, el uso de apoyo tanto emocional como instrumental y la reevaluación positiva. Las menos usadas fueron las relativas al uso de sustancias, el desenganche conductual, la negación y el sentido del humor.

-Richard's & Urquijo (2006) realizaron un trabajo en Argentina, con el propósito de establecer la existencia de relaciones entre la presencia de trastornos de personalidad y la probabilidad de padecer episodios agudos isquémicos cardiovasculares. Se trabajó con 286 sujetos, de ambos sexos (36 a 80 años), divididos en dos grupos: un grupo clínico de 143 sujetos internados a causa de episodios agudos isquémicos y un grupo control de 143 sujetos sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares, pareados por sexo, edad, nivel socioeconómico y educacional. Los resultados mostraron que el padecimiento de un trastorno de personalidad se relaciona con un aumento del riesgo de presentar un episodio isquémico en más de cuatro veces. Las estimaciones de riesgo permitieron obtener evidencia de que la presencia de un trastorno de personalidad por evitación, dependiente y/o autodestructivo

aumenta el riesgo de padecer un episodio isquémico, en tanto que el trastorno de personalidad histriónico reduce la probabilidad de padecerlo.

-Pittner et. al. (1983, Citado por Bensabat, S. 1987) encontraron que en situaciones de estrés los individuos de conducta tipo A tenían en comparación con los de conducta tipo B más pulsaciones y presión sistólica y diastólica.

-Furnham, A. & Linfoot, J. (1987), realizaron un estudio correlacional entre el patrón de conducta tipo A, la necesidad de aprobación y la necesidad de aprobarse a sí mismo; 102 sujetos completaron 4 cuestionarios: 2 median conducta tipo A, uno deseabilidad social, y uno la creencia en la necesidad de probarse a sí mismo. Los resultados muestra que los de tipo A tienen significativamente baja la necesidad por la aprobación comparado con los de tipo B, aunque parecen mostrar intereses altos por comparar sus logros con los de otras personas .En conclusión, los de tipo A no tienen alguna especial necesidad de probar su valor a otros, pero es cierto, ellos deben constantemente demostrarse su propio valor a sí mismos.

-Flynn (1983), menciona que la unidad de cuidados intensivos coronarios constituye un entorno estresante, a pesar de la aparente ausencia de actividad febril, ya que parece ser

que estas personas tienen mayores expectativas y sensibilidad hacia las condiciones de trabajo y se sienten más vulnerables que el resto de asistentes.

-Murphy (1983) considera que el entrenamiento para el manejo del estrés produce una mejoría en el afrontamiento al estrés y una mayor satisfacción laboral.

-Clelan (1965), citado por Velaochaga (1985), señala la importancia de que la personal de salud reconozca los signos de estrés en diversas manifestaciones como dolores de cabeza, fatiga, olvidos y tendencias a menciones excesivamente a un paciente. En donde estas personas ante dichas circunstancias deben crear técnicas que le permitan enfrentar al estrés excesivamente y conservar su propia salud.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

-Barreda (2012) llevó a cabo un estudio titulado “Depresión y Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cerebrovascular” en Lima, que tuvo por objetivo describir la relación entre la depresión y los estilos de afrontamiento al estrés en una muestra de 50 pacientes con enfermedad cerebrovascular, atendidos en consulta externa en el servicio de neurología del hospital Daniel Alcides Carrión.

Utilizándose para ello el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Estimación de Afrontamiento en su forma disposicional breve de Carver. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre las variables depresión y estilos de afrontamiento al estrés evitativo, sin embargo, no se hallaron correlaciones significativas entre las variables depresión y estilos de afrontamiento al estrés centrados en el problema y centrados en la emoción respectivamente.

-Lévano Muchotrigo (2003) investigó la relación entre el patrón de conducta tipo A y tipo B y los estilos de afrontamiento al estrés en una muestra de personal militar, utilizando el Cuestionario de Conducta tipo A y Tipo B y Modo de afrontamiento a estrés, donde los objetivos del estudio eran: (1) identificar la relación entre el Patrón de conducta tipo A y Tipo B con los estilos y las estrategias de afrontamiento al estrés, (2) Detectar las diferencias de los estilos y las estrategias de afrontamiento al estrés en personas con patrón de conducta tipo A y tipo B, en una muestra constituida por 164 militares en actividad de la Fuerza Aérea del Perú, de sexo masculino, cuyas edades están comprendidas entre 30 y 60 años que laboran en la Base Aérea "Las Palmas" en las diferentes unidades existentes allí, oficiales y subalternos, con diferente estado civil.

El tipo de muestreo fue No Probabilístico y con criterio de espera con razón variable. Los instrumentos utilizados fueron: el Cuestionario de Conducta Tipo A – Tipo B de Eysenck y Fulker y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE) de Carver. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron media aritmética, Ji Cuadrado, razón crítica de diferencia de correlaciones. Entre los principales resultados se encontró que (A) los estilos de afrontamiento al estrés y el patrón conductual no están asociados, es decir, son variables independientes; (B) el patrón de conducta tipo A no se encuentra relacionado con las estrategias de afrontamiento al estrés; (C) el patrón de conducta tipo B se relaciona con las estrategias búsqueda de apoyo social por razones instrumentales y búsqueda de apoyo social por razones emocionales. Pero esta correlación no es significativa; (D) se halló un valor Ji Cuadrado de 0,065 que para dos grados de libertad no es significativo. Las implicancias de los resultados son discutidos en función de los objetivos planteados, la realidad social y los aspectos teóricos del mismo.

-Arias (1998) desarrollo una tesis titulada “Modos de afrontamiento al estrés en residentes de medicina”, aplicó el Inventario de modos de afrontamiento al estrés de Carver, a todos los 49 residentes del Departamento de Medicina del

Hospital Nacional Cayetano Heredia, registrándose además: la edad, año de estudios, sexo, estado civil, especialidad, y lugar de nacimiento. Los resultados se analizaron estadísticamente; los afrontamientos al estrés inadecuados de mayor uso por los residentes, fueron aquellos enfocados en la emoción, empleando el 67.3% la aceptación – resignación. Algunas de las características de los residentes influyeron en el empleo de la búsqueda de apoyo social por razones instrumentales y en el recurrir a la religión. El 32.7% de los residentes usaron con regular frecuencia los afrontamientos inadecuados enfocados en el problema y el 42.9% los enfocados en la emoción. Los residentes más inadecuados en el afronte de la emoción eran más jóvenes que el resto o cursaban en su mayoría el 1º año. Casi la mitad de los residentes tienen dificultades en el aspecto emocional del estrés, hecho que afecta negativamente la relación médico - paciente y su rendimiento, razones por las que debe disminuirse el estrés hospitalario o brindarle al residente estrategias que fortalezcan su capacidad para afrontarlo.

-Soberón (1990), investigó la conducta tipo A en un grupo de auxiliares de educación de la USE - 11. En el estudio se plantea que existen relaciones significativas en la frecuencia de

conducta en la actividad laboral en el sector educación. La muestra la conforman 4 auxiliares de educación de la USE- 11, de ambos sexos cuyas edades oscilan entre 25 y 35 años. El muestreo es de tipo intencional, mientras que el diseño descriptivo comparativo; se aplicó el cuestionario de conducta tipo A - tipo B de Eysenck y Fulker. Los resultados obtenidos muestran que si existen diferencias significativas de frecuencia de conducta tipo A en la muestra estudiada. No se trata de señalar que porcentaje de la muestra posee conducta tipo A; se trata más bien de dar a conocer una información cualitativa y su relación con la actividad laboral.

-Romero (1988), realizó un estudio acerca de la validez y confiabilidad del cuestionario de conducta tipo A tipo B de Eysenck y fulker. El trabajo da a conocer algunos aspectos teóricos acerca del concepto de concepto de conducta tipo A-tipo B, planteándose como objetivo central el estudio de un instrumento que permita su medición de manera valida y confiable. Por ello se administró el cuestionario de conducta tipo A- tipo B a 500 adolescentes, 250 hombres y 250 mujeres, cuyas edades oscilan entre los 14 y 18 años. Los resultados obtenidos concluyen que el cuestionario es un instrumento cuyo ítems miden adecuadamente el fenómeno tipo A, discriminando entre

puntajes extremos. Se concluyó que los niveles de confiabilidad del reactivo en general y de los factores podría considerarse aceptables. Finalmente se presenta algunos criterios de calificación y algunas sugerencias para la interpretación de los puntajes obtenidos a través del reactivo estudiado.

-Loret de Mola (1987), investigo las relaciones entre la conducta tipo A y la frustración; de un grupo de 23 pacientes con enfermedades coronarias y 21 sujetos en estado de salud optima que actuaron como grupo control; los instrumentos utilizados fueron el inventario de Jenkins-Forma C para medir la conducta tipo A y el test de Rosenweig para medir la frustración, tesis sustentada en la Universidad Católica del Perú. En la investigación se confirmó una vez mas a relación entre la conducta tipo A y la enfermedad coronaria, además se halló una relación inversa entre la edad de los sujetos y la conducta tipo A; el factor S (rapidez e impaciencia) y el factor J(implicación en el trabajo). Por otro lado los hallazgos indican que los pacientes coronarios inhiben su agresión hacia el exterior, es decir, manifiestan un elevado índice de autoagresión como factor inherente a su personalidad, Por último se encontró que no existe relación entre la manifestación de la agresión y la conducta tipo A.

-Velaochaga (1985) investigó la relación existente entre las características de personalidad de las enfermeras psiquiátricas que las distinguen de otras especializadas y las condiciones estresantes de trabajo en instituciones de salud mental que también difieren de otras actividades de trabajo, tanto en instituciones estatales como particulares, para lo cuál aplicó el inventario de personalidad de los 16 factores de Cattell y el cuestionario de condiciones estresantes de trabajo, en donde concluyó lo siguiente: las condiciones estresantes de trabajo difieren según la especialidad de enfermería siendo las enfermeras que trabajan en psiquiatría las más afectadas, el factor G (fuerza del super yo) de la personalidad presenta puntajes más elevados en enfermeras que trabajan en psiquiatría, así como el factor L (confianza - desconfianza); por el contrario un puntaje bajo en el factor N (inseguridad -astucia).

2.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES

No existe ningún antecedente local con respecto a la variable Patrón de conducta tipo A-B, pero consideramos igual de importante considerar las investigaciones acerca de los modos de afrontamiento al estrés.

-Aire F. (2018) realizó una investigación titulada “Rasgos de personalidad y los modos de afrontamiento al estrés en las

mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Yanacancha-Pasco”. Así mismo, como objetivos específicos, describir los rasgos de personalidad de acuerdo al modelo de Eysenck; identificar los modos de afrontamiento al estrés y además, establecer la relación entre los rasgos de personalidad y los modos de afrontamiento al estrés en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Yanacancha- Pasco. La metodología que se utilizó fue correlacional descriptiva, la variable Rasgos de Personalidad fue medida por el inventario de personalidad de Eysenck forma B y la variable Modos de Afrontamiento al estrés fue medida por el cuestionario de modos de Afrontamiento del estrés de Carver; la población estuvo conformada por 200 mujeres. La conclusión es que no existe relación significativa entre los rasgos de personalidad y afrontamiento al estrés en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Yanacancha – Pasco.

-Celis & Pozo (2018) Realizaron una investigación titulada “Factores de personalidad y modos de afrontamiento al estrés en los estudiantes de la facultad de psicología de la universidad nacional Hermilio Valdizan Huánuco – 2018” de tipo descriptivo correlacional tuvo como objetivos conocer los factores de personalidad y los modos de afrontamiento al estrés que tienen

los alumnos de la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco - 2018 y determinar la relación que existe entre dichas variables. Se aplicaron el Inventario de Personalidad Big Five y el Inventario de Modos de Afrontamiento al Estrés a una muestra de 164 estudiantes y se llegó a las siguientes conclusiones

1. Los estudiantes tienen factores de la personalidad puros y mixtos con dos, tres y hasta cuatro factores identificándose 211 factores de personalidades.
2. Los factores de estabilidad emocional, afabilidad y apertura mental se encuentran en porcentajes altos y energía y tesón en porcentajes bajos.
3. Existen modos de afrontamiento puros y mixtos, siendo los más destacados el modo centrado en la emoción, con estrategias de reinterpretación positiva, la búsqueda de apoyo social por razones emocionales, la aceptación y en término medio acudir a la religión, enfocar y liberar emociones; el afrontamiento centrado en el problema, con estrategias de búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, afrontamiento activo, planificación y supresión de actividades y en menor porcentaje otros modos de afrontamiento con las estrategias de desentendimiento mental y enfocar y liberar emociones, que son de alto riesgo.
4. Solo existe relación positiva y significativa entre energía y otros modos de

afrontamiento, entre estabilidad emocional y los afrontamientos centrados en el problema y centrado en la emoción; entre tesón y el afrontamiento centrado en el problema y entre éste con apertura mental, pero las correlaciones son débiles

-Chuquiyaury & Solsol (2017) llevaron a cabo la investigación titulada "Relación entre los modos de afrontamiento al estrés y el bienestar psicológico en los trabajadores mineros de la Empresa Contratista minera IESA S.A en la U.M. El Porvenir - Cerro de Pasco 2016" para la Universidad Nacional "Hermilio Valdizan" de la Facultad de Psicología cuyo objetivo fue conocer la relación entre los modos de afrontamiento al estrés y el Bienestar Psicológico en los trabajadores mineros de la Empresa Contratista Minera IESA S.A. en la U.M. "El Porvenir" – Cerro de Pasco, 2016. El método de investigación que fue utilizado es descriptivo - correlacional y la muestra fue de 98 trabajadores mineros, a quienes le aplicaron el Cuestionario de modos de Afrontamiento al Estrés (COPE) y Escala de bienestar psicológico (EBP), según los resultados la predominancia del estilo de afrontamiento enfocado a la emoción es de 15.20 siendo esta la media, y una desviación estándar de 2.80 respectivamente. Esto se pueda deber a que el trabajador responde frente al estrés de manera

emocional a reducir los sentimientos negativos frente a un estresor ya que muchos de ellos son empáticos entre compañeros de trabajo. También la empresa cuenta con áreas como el área de bienestar social, el cual se encarga de dar condiciones a nivel personal, social y familiar adecuadas a sus trabajadores; también se encuentra el área de psicología la cual brinda realiza evaluaciones constantes de bienestar psicológico, salud preventiva en el trabajo, talleres motivacionales de prevención del estrés y bienestar psicológico. También se puede apreciar en los resultados que predominan planificación y búsqueda de apoyo social, lo cual nos indica que las personas prefieren hacer un plan de acción para superar determinadas circunstancias, y búsqueda de factores protectores como el entorno social, esto se puede deber a que la contrata y el área de Seguridad y Salud en el trabajo han venido desarrollando todo este tiempo un programa de capacitación de liderazgo en los trabajadores.

-Flores (2014) desarrolla la investigación titulada "Personalidad y Modos de afrontamiento al estrés en personas que frecuentan el Gimnasio" para la Universidad Nacional "Hermilio Valdizan" Facultad de Psicología, cuyo objetivo fue determinar la relación entre los factores de personalidad

(evaluado con el cuestionario “Big Five”) y los modos de afrontamiento al estrés en personas que frecuentan el Gimnasio MILY GIM en la ciudad de Lima. El método de Investigación que utilizo es descriptivo - correlacional y la muestra fue de 35 personas que asisten al gimnasio, a quienes se les aplicó el cuestionario BFQ de los cinco factores de personalidad y el cuestionario de Modos de afrontamiento de Carver, obtuvo los siguientes resultados que no existe relación significativa entre los modos de afrontamiento al estrés y la dimensión energía, afabilidad, tensión y apertura mental de la personalidad. Existe relación entre los modos de afrontamiento al estrés y la dimensión Estabilidad Emocional de la personalidad en las personas que asisten al Gimnasio Milly GYM Spa de Lima. En relación a los estilos de afrontamiento enfocados al problema, las formas más frecuentes de afrontar el estrés, fueron mediante la búsqueda de apoyo social, seguido por el afrontamiento activo y la planeación. También analizaron los estilos de afrontamiento enfocado a la emoción, encontraron que las formas más frecuentes de afrontar el estrés son mediante la reinterpretación positiva y desarrollo personal, y en otros estilos de afrontamiento depende de las circunstancias es mediante la distracción, en este caso acudir al gimnasio.

-Camayoc (2013) llevó a cabo la investigación titulada "Razones para vivir y modos de afrontamiento al estrés en internos del Pabellón IX y de Mujeres del Establecimiento Penitenciario de Huánuco - 2013" para la Universidad Nacional "Hermilio Valdizán" de la Facultad de Psicología, cuyo objetivo fue determinar las dimensiones y los niveles de importancia predominantes de las razones para vivir y el determinar los modos predominantes del afrontamiento al estrés en las internas del pabellón IX del Establecimiento Penitenciario de Huánuco y de manera específica determinar la predominancia según edad, tipo de delito y situación jurídica en ambas partes. El tipo de investigación es de nivel descriptivo de tipo cuantitativo, con un diseño transaccional descriptivo, la muestra fue de tipo no probabilística intencional contando así con 88 sujetos. Según los resultados obtenidos las razones más importantes para vivir fueron supervivencia y afrontamiento (53,4%) y preocupación por los hijos (52,3) priorizando el nivel de mucha importancia ($\bar{x}=26,17$). El modo de afrontamiento más predominante es el de otros estilos ($\bar{x}=45,7$), con la estrategia de distraimiento (86,4%) dentro de la categoría dependiendo de las circunstancias ($\bar{x}=35,76$).

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. Conducta y personalidad

2.2.1.1 Conducta

Según (Anaya, 2010) en el Diccionario de Psicología, la conducta es la reacción global del sujeto frente a las diferentes situaciones. Toda conducta es una comunicación, que a su vez no puede sino provocar una respuesta, que consiste en otra conducta-comunicación...Respuesta o acto observable o mensurable (p. 53).

2.2.1.2 Conducta y salud

En la actualidad se empieza a reconocer la conexión que existe entre salud/ enfermedad y la conducta, en los últimos años se ha hecho hincapié en que son los estilos de vida los que contribuyen a promover la salud y prevenir la enfermedad. Esto ha llevado a algunos autores a afirmar que: “La salud, es comportamental o no es nada; del mismo modo que, en otro tiempo, la enfermedad o era lesión orgánica o no era nada. Si antes se definió la salud en función de la patología, ahora la salud se define en función de la conducta” (Polaino-Lorente, 1987, citado por Moscoso, 1989). Desconocemos cómo se puede conceptualizar la salud de una forma que sea unánime y aceptada por todos. Existen diversas aproximaciones, pero

cada una de ellas no constituye más que una perspectiva parcial. Aunque se pueden establecer criterios generales y transculturales de lo que se puede entender por salud o sentirse sano, actualmente todavía no se ha hecho.

El rol que la conducta cumple dentro de los más serios problemas de salud ha significado un reto para el modelo médico tradicional, el cuál considera a la enfermedad como un fenómeno puramente biológico, es decir, como el producto de agentes patógenos específicos o disfunciones del organismo; ello actualmente es obsoleto, porque el modelo biopsicosocial, en su concepción de salud y enfermedad involucra variables psicológicas y sociales y su interacción con procesos biológicos (Engell, 1977; Miller, 1983, citado por Amiel, 1997). Estudios de investigación recientes han permitido reconocer que la relación entre estrés y enfermedad no es simple, existen una serie de variables disposicionales, de personalidad, modos de afrontamiento, percepción y evaluación cognitiva, soporte social, y recursos personales a disposición los cuales cumplen un rol importante dentro del proceso salud-enfermedad. (Cohen et. al. 1982, citado por Buendía, 1993).

2.2.1.3 Personalidad

Personalidad representa esencialmente la noción de unidad integradora de una persona, con todas sus características diferenciales permanentes (inteligencia, carácter, temperamento, constitución, entre otras) y con sus modalidades únicas de comportamiento (Peña, 2011).

Así, las características de la personalidad que son los rasgos o los patrones de conducta de una persona, han sido objeto de análisis del comportamiento desde los principios de la Psicología. Muchos teóricos de los rasgos asumen que los mismos tienen ligación directa con el comportamiento, aun que cambie el modo como los dos se relacionan. Son factores importantes en el transcurrir del desarrollo de la vida de una persona, juntamente con las etapas esperadas en la misma, como la escolar, el enamoramiento, la salida de casa, la entrada en la universidad y la adultez (Feist & Feist, 2006).

2.2.1.4 Modelos teóricos de la personalidad

La clasificación propuesta por Bermúdez, Pérez, Ruiz y San Juan (2003) se hace según los factores de personas-situación:

- a) El modelo interaccionista, dónde el comportamiento está

determinado por la interacción de las características personales, con las variables situacionales. Conforme los autores el principal representante es Mischel, que sostiene que cada persona debe ser estudiada de forma individual, analizando la persona en el contexto, así el análisis de la conducta depende de la integración de las características personales con las variables situacionales. Se destacan las teorías cognitivas-sociales como las más aceptadas.

b) el modelo personalista, donde la conducta está determinada por variables personales constitutivas del individuo. Se espera que la conducta sea estable y consistente a través de distintas situaciones. En ese modelo, hay dos líneas teóricas distintas: la teoría del estado, que argumenta que la conducta viene determinada por los estados internos del individuo, que serían los elementos afectivos y cognitivos, posiblemente en conflicto, a explicar el comportamiento. Según Bermúdez Pérez y San Juan (2003), pertenecen a ese modelo la Psicoanálisis de Freud, donde la personalidad se deriva del conflicto permanente entre sus tres componentes: el ello, el yo y el superyó. El desarrollo de la personalidad se explica como el

desarrollo de la libido. Los autores refieren que también pertenece a ese modelo la teoría de Jung, que propone cuatro funciones psicológicas fundamentales: pensar, sentir, intuir y percibir. Propone tipos psicológicos como categorías para clasificar los individuos, donde están los racionales, orientados por el pensar y el sentir, los irracionales, orientados para intuir y percibir, los extrovertidos y los introvertidos. Relatan que hay la psicología humanista de Rogers, que dice que la persona tiene recursos para el autoconocimiento y para dirigir por sí mismo su conducta, y la teoría de los constructos personales. Estos autores proponen que la conducta del individuo depende de una serie de patrones de respuestas, denominado rasgos. Estos son unas tendencias globales, que actúan independientemente de la situación. Existen diferentes teorías de los rasgos, pero todos los usan para explicar la consistencia de la conducta.

c) El modelo situacional, donde el ambiente en el cual ocurre la situación es lo que determina la conducta. La estabilidad de la conducta se explicaría por la estabilidad del ambiente. Identificado con el conductismo, su principal representante, Skinner (Bermúdez Pérez y San Juan, 2003), argumenta

que las variables relevantes de la conducta están en el medio ambiente, no en el individuo. La evaluación de la situación se hace distinguiendo la situación real y la situación percibida. La consistencia en la conducta es explicada por la similitud de las situaciones que vive el individuo.

2.2.2. Patrón de conducta A-B

El patrón de conducta es un modelo que integra rasgos y características de valores, actitudes, conductas y una determinada activación fisiológica (American Psychiatric Association, 2014). Así, los comportamientos son impulsados y motivados por los rasgos (Hall, Lindzey y Campbell, 2000) que representan una predisposición a comportarse de determinada forma (Natividade, Aguirre, Bizzarro y Hutz, 2012). Es notorio que al pasar los años la psicología se ha ido interesando más en saber sobre los patrones de conducta ya que es una configuración observacional que reúne distintas variables como: conductas , estilo de vida y actitudes.

A. Tipologías del Patrón de Conducta

Friedman y Rosenman, proporcionan como instrumento diagnóstico para detectar sujetos tipo A la entrevista semiestructurada, la misma que permite ubicar al sujeto en 2

categorías: A y B, dichas tipologías se caracterizan por lo siguiente:

TIPO A

1. Expresión general de alerta, energía y confianza en sí mismo en un grado muy evidente.
2. Voz alta y enérgica.
3. Lenguaje escueto. Respuestas breves y concisas.
4. Omisión del final de frases o palabras.
5. Lenguaje rápido y acelerado, sobre todo al final de frases largas.
6. Lenguaje explosivo (ciertas palabras se pronuncian con mucho énfasis, no ocasionalmente sino como característica general del habla) y posibilidad de interjecciones.
7. Interrumpe con respuestas rápidas antes de que el interlocutor acabe.
8. Presiona al otro.
9. Reacciones impetuosas y crispadas ante las preguntas que se refieren a situaciones de espera (atascos, colas).
10. Respuestas habitualmente breves, pero no concisas, bruscas o de una sola palabra
11. Ocasionalmente omite finales de frases o palabras.

12. Habla rápido o acelerado algunas veces.
13. Interrumpe algunas veces.
14. Urge al otro a terminar las preguntas a menudo pero no de forma continua.
15. Reacciones fuertes de impaciencia de forma ocasional.
16. Hostilidad hacia el entrevistador o hacia la entrevista muy infrecuente, pero le molestan los atascos y las colas.
17. Respuestas enfáticas y bruscas ocasionales.

TIPO B

1. Expresión general de relajación, calma y atención tranquila.
2. Voz suave, usualmente de volumen bajo.
3. Respuestas extensas y prolijas.
4. No omite finales de frases o palabras.
5. Pocas inflexiones en la voz, monotonía.
6. Casi nunca interrumpe.
7. No presiona al otro a que acabe.
8. Indiferencia ante atascos, colas, esperas.
9. Hostilidad ausente o muy rara.
10. Ausencia de respuestas de una sola palabra.

2.2.2.1. Patrón de conducta tipo A

Este patrón fue identificada primero por Friedman & Rosenman en el año 1976 quienes señalaron que el tipo A está caracterizado por un impulso competitivo excesivo, impaciencia, hostilidad, lenguaje vigoroso y movimientos motores rápidos (Yarnold y Grimm, 1986). Así mismo ellos también describen al modelo de Conducta Tipo A, como una característica Emoción – Acción compleja la cuál es exhibida por aquellos individuos quienes son comprometidos en luchas relativamente crónicas por obtener un ilimitado número de cosas, en el periodo de tiempo más corto y necesariamente, contra los efectos opuestos de otras cosas o personas en el mismo ambiente. Personas que manifiestan este modelo conductual en un alto grado son llamados Tipos A, opuestamente, personas que tienden a mostrar una conducta de relajación, serenidad y falta de urgencia de tiempo son designados como Tipo B (referidos por Moscoso, 1989). Hansson et.al 1983, citado por Eysenck, H. 1983), notaron en el tipo A una sobre – sensibilidad hacia el fracaso y una exagerada sensación de pérdida de control sobre el ambiente. Proponen que los individuos del tipo A están careciendo de habilidades sociales tales como la empatía y atender los

principios normativos por los cuales los demás se guían; además perciben el ambiente social como agresivo, hostil, e intratable.

Ibáñez (1998), señala que la Conducta Tipo A consiste en una serie de patrones conductuales caracterizados por presentar una necesidad de respeto por autoridad y aspiraciones hacia la misma, rasgos de actividad constante, planeamiento cuidadoso, preferencia por actividades intelectuales, tendencia a la inseguridad y a la competitividad compulsiva, vulnerabilidad ante el fracaso, así como tendencia a la dominación, a la agresión y a “guardarse los problemas para sí mismo” con la consiguiente tensión y depresión.

En este sentido, el patrón de conducta tipo A se constituye en una mezcla compleja de estos factores. Definiría a aquellas personas que tienen una forma de vida competitiva con una gran implicación en el trabajo o con una gran sensación de urgencia en las actividades que realizan y que presentan una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades coronarias e infarto de miocardio en particular.

Desde esta visión multidimensional, en el patrón de conducta tipo A deberíamos destacar tres características (Friedman y Rosenman, 1976):

- A. Orientación de logro competitivo.- Las personas con este patrón de conducta tienden a ser muy autocríticas y a esforzarse mucho por conseguir sus metas, sin acompañar sus esfuerzos con sentimientos de alegría. Perciben el entorno como opuesto a sus objetivos, con un nivel de reto elevado, interpretan el contexto de forma amenazante para su autoestima y necesitan autoafirmarse y recuperar la sensación de control a través de sus logros personales.
- B. Urgencia temporal.- Estas personas parecen estar luchando permanentemente contra el tiempo, son muy intolerantes con los retrasos, con las pausas improductivas e intentan hacer más de una cosa a la vez.
- C. Sentimientos de ira y hostilidad, que no necesariamente se manifiestan explícitamente pero que definiríamos como el factor más pernicioso. De acuerdo con los estudios al respecto (Rodríguez, 1995), las personas con este patrón de conducta responden más rápidamente y con más fuerza a los estresores, interpretándolos frecuentemente como amenazas a su control personal. Además, el propio patrón comportamental puede incrementar la probabilidad de percepciones estresantes, Byrne y Rosenman citado por Gil-lacruz & Izquierdo (2004)

El sujeto presenta ciertos rasgos de personalidad que, en conjunto con algunos acontecimientos en la vida o en el ambiente, producen patrones de conducta tipo A (Friedman y Rosenman, 1976). Así, el Patrón de conducta tipo A está caracterizado por un marcado rasgo para la acción y emoción, resultando en una actitud de continuada y vigorosa lucha en dirección a los objetivos, minusvalorando las eventuales circunstancias adversas y apreciando el aprovechamiento laboral del tiempo.

Individuos con Patrón de conducta tipo A suelen ser descritos como quienes procuran al estrés, quienes tienen un estilo de vida que los coloca en situaciones llenas de acontecimientos estresantes (Certo, 2009). Sus conductas se caracterizan por comportamientos que traducen una violencia interna, una voluntad de expresar abiertamente su cólera y su agresividad, un sentimiento de urgencia permanente y una actitud de desconfianza a respecto de los otros (Gutiérrez, 2001). Aunque no haya consenso, se intenta caracterizar el tipo A como la “personalidad de la hostilidad” o de la necesidad de control, del autodominio o de la fuerza del carácter (Fontaine, Kulbertus y Étienne, 1998). La personalidad tipo A busca aumentar su control mediante el hipercontrol de su ambiente social. Tal dimensión de

hipercontrol se integra perfectamente en el concepto de “estilo adaptativo” o aún de “emoción/resolución de problemas”.

Características fisiológicas del patrón de conducta tipo A

Fontaine, Étienne y Brouette, 1998 citado por Madureira, A (2003) realizaron una revisión de la literatura y evidenció que la relación entre el estrés, la personalidad de tipo A y la enfermedad coronaria todavía plantea algunas dudas. Hoy en día, la mayoría de los autores coinciden en que el estrés induce cambios en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, niveles de adrenalina, noradrenalina, cortisol y la hormona tiroidea. Del mismo modo, la tensión emocional prolongada eleva el nivel de fibrinógeno y anticipa la ansiedad o el estrés consecutivo, aumentando la agregación plaquetaria. Algunos estudios realizados por Friedman y Rosenman (1959, 1976) demuestran que los comportamientos de tipo A desencadenan una reactividad fisiológica particular en situaciones muy específicas. Por lo tanto, estos individuos reaccionan a través de un aumento en la colesterolemia y los triglicéridos, a un estrés específico, vinculado a una situación de emergencia que consiste en completar una tarea en un momento dado. Estas alteraciones son menos agudas en individuos del tipo B. también existe en su

excreción renal diaria, un nivel más alto de catecolaminas (noradrenalina) (Fontaine, Kulbertus y Étienne, 1998). Los niveles de hormona de crecimiento aparecen significativamente más bajos en los tipos A que en los tipos B. esta hormona desempeña un papel esencial en el mantenimiento de colesterol en niveles normales. El aumento en la secreción de catecolamina también se observa en respuesta a los desafíos (Friedman & Rosenman, 1959). Por lo tanto, en individuos colocados experimentalmente en situaciones competitivas, se observa un aumento en la secreción de adrenalina. Del mismo modo, el cólera y la hostilidad están asociados con el tipo A, un aumento de noradrenalina significativamente mayor que en los individuos del tipo B. cuando el individuo se siente amenazado en su entorno, organiza sus comportamientos con el fin de restaurar y mantener el control. Esta situación medioambiental se comporta como un agente de estrés. Por lo tanto, una reacción provocada por el estrés provoca Aumento de la descarga de noradrenalina, mientras que el estado pasivo causa su disminución. Según (Castro, 1993) esta alternancia aumento/disminución de las catecolaminas y los rápidos cambios entre la reactividad de los sistemas simpático y parasimpático podrían constituir el proceso intermediario por el cual las reacciones a los eventos de

generación de estrés, induciría fenómenos bioquímicos y fisiopatológicos que conducen a la enfermedad coronaria. El patrón de conducta A también es probable que cause una elevación en la frecuencia cardíaca y sistólica.

Patrón de conducta Tipo A en mujeres

León (1996) atribuyen influencia de las señales y síntomas del Patrón de conducta tipo A a las condiciones sociales y de género, y en su estudio las mujeres presentaron más puntuación en el Patrón de conducta tipo A. Existen estudios antiguos donde apuntan que las características del Patrón de conducta tipo A está más vinculadas al hombre, pues este era culturalmente más competitivo y agresivo. Las mujeres, socialmente más colaborativas, dulces y con baja competitividad, se asociaban más a las características típicas del Patrón de conducta tipo B. Pero con la participación activa de las mujeres en la fuerza laboral actual, evidentemente ella se volvió también vulnerable a algunos estados patológicos previamente exclusivos de los hombres. Por lo tanto, la mujer también tuvo altas tasas de mortalidad debido a la enfermedad arterial coronaria. Se sabe que algunos tipos de ocupación favorecen la manifestación de la personalidad tipo A, y como la gran mayoría de las ocupaciones dejaron de ser un monopolio masculino, esta

personalidad tipo A comenzó a centrarse prácticamente en igualdad de género. Por lo tanto, se observa que la ocupación del Ejecutivo aumenta el riesgo de coronariopatía en las mujeres. Una de las curiosidades de la investigación sobre la personalidad tipo A en las mujeres muestra que el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria en las mujeres de tipo A es mayor entre las mujeres con funciones ejecutivas y, simultáneamente, con asignaciones de trabajo doméstico, que Aquellos con trabajo externo pero no involucrados en el trabajo doméstico. Teniendo en cuenta el tipo de mujeres con trabajo externo y los hombres tipo B, también con el trabajo externo, también hay un mayor riesgo de enfermedad en las mujeres tipo A (Riegel y Gocka, 1995). Varios autores han sugerido que tanto las mujeres como los hombres tipo A presentan un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo del tipo simpático cotónico (con predominio de las actividades adrenérgicas), un hecho que no se encuentra en las personas que se consideran tipo B. Madureira (2003).

2.2.2.2. Patrón de conducta B

El "Patrón de Conducta Tipo B" caracteriza personas con una menor reactividad fisiológica frente a situaciones de estrés y sin una hiperactividad motora (Pulido y Fonseca, 2009).

Friedman y Rosenman (1959) encontraron que las personas que tenían el patrón de conducta tipo B, se veían mínimamente afectadas por ataques cardíacos al llegar a la edad madura a su vez concluyeron que son más tranquilas, relajadas, con mayor capacidad de delegar tareas, con menos ambición y seguros tanto en los demás como en sí mismos. Es decir, las personas con patrón de conducta tipo B son el opuesto a las personas con patrón de conducta tipo A, lo que las hacen menos propensos al estrés, o cuando tienen ese problema, manejan con la situación. Esto no quiere decir que las personas que tengan el Patrón de conducta tipo B no se sientan presionados, solo que no lo llevan a niveles compulsivos. Tiene una manera de darse cuenta, es exigente y trata la presión con baja auto-exigencia. Es característico de esa personalidad reflejar de manera racional sobre los temas, no actuar por impulso y trabajan con menor ritmo Bermúdez, Sanchez & Pérez (2003). El paciente que tiene por predominante el patrón de conducta tipo B se toma el tiempo para pensar en sus actitudes, deteniéndose para analizarlas y comprenderlas, y para mirar la situación con frialdad. Tienen facilidad en buscar soluciones y reducir la tensión, son más suaves o dulces León (1996). Así, las personas del Tipo B están dispuestas de manera inversa que las personas del tipo A.

2.2.3. Afrontamiento

García (2006) cita a Lazarus y Folkman que formulan al afrontamiento como "esfuerzos [actos, procesos] cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes [adaptativos, flexibles] para manejar las demandas específicas externas o internas apreciadas como excedentes o que desbordan los recursos del individuo".

A su vez Camayoc, N (2015) cita a Morrison & Bennett, (2008), quienes mencionan que el afrontamiento se considera un proceso dinámico, que va a incluir una serie de conocimientos y conductas que derivan de valoraciones acerca de los sucesos y de las emociones relacionadas a ellos, el afrontamiento no consigue suprimir el estresor, sino que permite superar la situación de diversas maneras, tratando de conseguir la adaptación.

2.2.3.1 Tipos de Afrontamiento

Carver et al (1989) planteó tres tipos de afrontamiento: enfocado en la emoción y en el problema y evitativo:

1. Focalizarse en el problema.- se presenta cuando la persona busca cambiar la relación existente, sea alejando o disminuyendo el impacto de la amenaza.

2. Focalizarse en la emoción.- está dirigido a disminuir o eliminar las reacciones emocionales desencadenadas por la fuente estresante. Esta asume que la situación tiene una condición estresante que es inmodificable y por ello centra toda su atención en disminuir el malestar emocional que se va a generar.

3. Evitativo.- Se enfoca en liberar emociones, es decir, liberar las emociones de manera abierta; en el desentendimiento conductual como dejar de actuar a fin de solucionar el problema; y desentendimiento mental, es decir, tratar de distraerse para no pensar en el problema.

2.2.3.2 Afrontamiento: carácter estable o situacional

En la literatura se plantean dos enfoques en el estudio de este tema (Sandín, 1995)

Afrontamiento como un estilo personal de afrontar el estrés, lo cual significa que es relativamente estable. Afirman que las personas llevan consigo un conjunto de estrategias de afrontamiento que podríamos considerar estilos o afrontamiento disposicional, los cuales permanecen relativamente estables a través del tiempo y de las circunstancias. Otros autores, postulan que estas estrategias provienen de las dimensiones de

personalidad (rasgos).

El afrontamiento como un proceso cambiante y dinámico

Levano (2003) cita a Carver et.al (1989) donde enfatizan el carácter situacional de las estrategias de afrontamiento. Están de acuerdo con la postura inicial de Lazarus y Folkman (1986) quienes conceptualizan el afrontamiento como un proceso cambiante en el cuál las personas afrontan las situaciones estresantes de forma compleja, combinando distintos enfoques y aplicándolos de múltiples formas en diferentes situaciones. Esto no quiere decir que descarten la postura del afrontamiento de carácter disposicional.

2.2.3.3 Los Recursos de Afrontamiento

Son los elementos y/o capacidades, internos o externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas del acontecimiento o situación potencialmente estresante. De acuerdo con la clasificación cabe distinguir:

1. Físicos / Biológicos; que incluyen todos los elementos del entorno físico de la persona (incluyendo su propio organismo biológico) que están disponibles para ella.
2. Psicológicos / Psicosociales; que van desde la capacidad intelectual de la persona hasta su sentido de la autoestima, nivel de independencia o autonomía y sentido del control. También

incluyen las creencias que pueden ser utilizadas para sostener la esperanza, destrezas para la solución de problemas, la autoestima y la moral.

3. Culturales; que tienen que ver con las creencias de la persona y con los procesos de atribución causal. Tales creencias, normas, valores, símbolos, vienen dadas por la cultura propia del individuo.

4. Sociales; que incluyen la red social del individuo y sus sistemas de apoyo social, de los que puede obtenerse información, asistencia tangible y apoyo emocional. Son cruciales para la capacidad de afrontamiento del estrés; incluyen ingresos adecuados, residencia adecuada, satisfacción con el empleo.

2.2.4. Estrés

El término estrés ha sido utilizado desde la antigüedad, durante el siglo XVI se refería a las experiencias negativas (adversidades, aflicciones, dificultades, etc), más adelante en el XVII el biólogo R. Hooke, considera al estrés como una fuerza interna generada dentro de un cuerpo que se tiende a distorsionar por otra fuerza. Levano (2003).

Lazarus (1991) define al estrés como las interrelaciones que se producen entre la persona y su contexto, en el que está inserto. El estrés se produce cuando la persona valora lo que

sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal. Por medio se encuentra la evaluación cognitiva que realiza el sujeto; pero además, tiene en cuenta el elemento emocional que conlleva esta situación.

Moscoso, M. 1994), definen el estrés como un estado sostenido en el tiempo, acompañado en menor o mayor medida de trastornos psicofisiológicos que se producen en una persona como consecuencia de la alteración de sus relaciones con el ambiente que impone al sujeto demandas o exigencias, las cuáles objetiva o subjetivamente, resultan amenazantes para él y sobre las cuáles tiene o cree tener poco o ningún control.

2.2.4.1. Estrés y su repercusión en la salud

En base a resultados de investigación empírica de los últimos 20 años, estrés forma parte del proceso central en la relación entre conducta y salud en la medida en que permite explicar cómo eventos de carácter psicológico se traducen en cambios fisiológicos y, de esa manera, en enfermedad (Moscoso, 1992).

El trabajo conceptual sobre estrés fue iniciado por Cannon en 1929 mencionado por Levano (2003) quién trató de explicar que el excitamiento del sistema simpático dentro del sistema nervioso autónomo, mediado por secreción de

adrenalina era la causa directa de estrés. Este trabajo inicial ignoraba, desde todo punto de vista, los factores psicológicos; ello posiblemente debido al hecho de que los estudios de investigación fueron realizados con animales.

Selye (1983) describió el Síndrome de Adaptación General (GAS) el cual consta de tres fases: reacción de alarma, fase de resistencia, y fase de agotamiento. Este modelo básicamente sirvió para explicar la importancia de factores ambientales negativos tales como calor y frío los cuales originaban estados de estrés sin referencia alguna a factores psicológicos.

Los estudios de Lazarus y colaboradores (Lazarus, 1966., Lazarus y Folkman, 1984) son los primeros en identificar a la evaluación cognitiva como un proceso mediador fundamental en la percepción del estrés. Este término enfatiza la percepción y evaluación psicológica del individuo a estímulos potencialmente dañinos. La importancia de estos estudios radica en habernos hecho entender claramente que la naturaleza del estresor es mucho menos significativa que la percepción del individuo acerca del estrés en relación al debilitamiento o pérdida de la salud.

Existe un acuerdo general de que las reacciones a un mismo estresor varían con el significado que el individuo le

otorga a tal evento (Osterweis, 1984)

Otro aspecto importante a considerar dentro de la teoría transaccional del estrés de Lazarus es él que se refiere a la controversia entre las dificultades diarias como un factor de amenaza más significativo para la salud que los eventos catastróficos de la vida. Datos empíricos reportados por Lazarus sugieren que las dificultades diarias de la vida muestran una correlación mayor con variables relacionadas a la salud que los eventos estresantes o catastróficos (Lazarus, 1984., Lazarus et al., 1985). Esta controversia ha generado un cambio en la creencia de la comunidad científica. Hasta mediados de la década pasada, los estudios de investigación interesados en el rol del estrés sobre el quebrantamiento de la salud, enfocaban la problemática en relación a eventos estresantes catastróficos y el impacto de éstos en la salud del individuo. Hoy en día, el interés está más bien centrado en el estudio de las dificultades diarias y su influencia en los diferentes problemas de salud (Dolan et al., 1992).

Plá & Salvador (2006) mencionan que la respuesta al estrés genera elevación de cortisol y activación del sistema nervioso simpático, con elevación subsiguiente de citoquinas proinflamatorias y supresión de la actividad gonadotrópica y

somatotrópica. La repetida activación simpática derivada del estrés y de la hiperinsulinemia, a través de liberar catecolaminas y activar el eje renina-angiotensina-aldosterona, es promotora de hipertensión arterial, y disfunción autonómica cardiovascular.

2.2.4.2. Teorías sobre el estrés

- **Teorías basadas en el Estímulo:**

Según Holmes y Rahe, (citado por Spielberger & Moscoso 1996), con su enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los sucesos vitales. Estas teorías localizan al estrés fuera del individuo, mostrando al estrés en términos de características asociadas a estímulos del ambiente, interpretando que estos pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo, siendo el strain (efecto producido por el estrés) el aspecto correspondiente a la persona. El estrés es visto como una variable independiente, contrariamente a aquellas que ven al estrés como respuesta. Este modelo es tomado de la ley de elasticidad de Hook, quien se refiere al strain como la deformación o distorsión de un organismo a causa del estrés. En los seres humanos, el strain es producido a consecuencia de un estrés crónico que sobrepasa ciertos límites, produciendo alteraciones fisiológicas y psicológicas. La limitación de este modelo se encuentra en el poder delimitar

teóricamente aquellas situaciones “estresantes”, puesto que la percepción de cada sujeto frente a un evento es diferente, y lo que para unos es un problema, para otros no lo es.

- **Teorías basadas en la Interacción:**

Lazarus y Folkman (1984), proponen en la definición de estrés la importancia de la mediación de factores psicológicos, principalmente cognitivos que intervienen entre los estresores y las respuestas de estrés. Definen al estrés como: “un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que “agrava” o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal”. A la mediación o aproximación mediacional cognitiva, Lazarus la denomina evaluación o percepción (appraisal), en la que las personas valoran constantemente la significación de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal. Distinguen tres tipos de evaluación:

Primaria: el organismo reacciona frente a una demanda interna o externa, presentando cuatro modalidades de evaluación:

- Amenaza (anticipación de un daño que aún no ocurre);
- Daño – pérdida (daño psicológico producido)

- Desafío (demandas que implican ganancias y amenaza, que el sujeto siente que puede superarlas usando un buen)
- Beneficio (no produce estrés).

Secundaria: el sujeto valora al estímulo, poniendo de manifiesto sus habilidades o recursos de afrontamiento.
Reevaluación: se produce un feedback que permite correcciones sobre valoraciones previas.

2.2.4.3. Modelo procesual del estrés

Otro enfoque es planteado por Sandín (1995) citado por Martínez et. al (2005) , propone un “modelo procesual del estrés” el cuál se encuentra conformado por siete etapas:

Demandas psicosociales: agentes externos causales primariamente del estrés, pueden ser psicosociales o ambientales. En esta teoría se abordan los estresores psicosociales el cuál originaba cambios psicofisiológicos. Creó una lista de sucesos vitales, valorando a cada uno de ellos a través de unidades de cambio vital (UCV). Los sucesos menores son eventos de la vida cotidiana.

Evaluación cognitiva: valoración del organismo de los sucesos vitales o sucesos menores. De acuerdo a la valoración

(primaria o secundaria), el organismo reaccionará si percibe al estresor como un suceso que puede producir un desbalance entre la percepción y el coping.

Respuesta de estrés: se produce una activación fisiológica y psicológica, a través de respuestas emocionales negativas como ira, miedo, cólera, ansiedad, etc. El grado de respuesta emocional influirá en la activación fisiológica y viceversa.

Estrategias de Afrontamiento (coping): son esfuerzos conductuales y cognitivos que utiliza el individuo para hacer frente a situaciones estresantes, así como para reducir el estado de malestar inducido por el estrés. El autor propone ocho estrategias básicas de afrontamiento (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, escape – evitación, planificación de solución de problemas y reevaluación positiva).

Variables disposicionales: aquellas que pueden influir sobre las otras. Ejemplo: la personalidad, herencia, etc.

Apoyo social: red de apoyo social que puede ayudar al mejor enfrentamiento del estrés.

Estatus de salud: es un resultado más que un producto y depende del funcionamiento de las etapas anteriores.

2.2.5. Modo de afrontamiento al estrés

El estilo o modo de afrontamiento "es la utilización de nuestros recursos personales para enfrentar las distintas situaciones estresantes" "se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento" (Guevara, G, Hernández, H, Flores, T (2001) pp.55)

Los modos de afrontamiento "son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes" Guevara, G, Hernández, H, Flores, T (2001) pp.55.

Estos modos están en función al contexto, a los acontecimientos, circunstancias y asimismo a los recursos personales con lo que cuenta el sujeto.

2.2.5.1 Afrontamiento enfocado en el problema

(Camayoc (2015) cita a Mamani 2008) donde se menciona que el afrontamiento enfocado en el problema utiliza estrategias semejantes a las utilizadas en la solución de problemas (definición del problema, búsqueda de soluciones alternativas, valoración en términos de costos - beneficios). Es decir que en este estilo de afrontamiento se busca soluciones para

hacer frente a las circunstancias que ocasionan el estrés.

- **Afrontamiento activo** Se realiza actividades que buscan cambiar los acontecimientos estresantes, disminuyendo sus efectos. Se incrementa los esfuerzos personales para iniciar la acción directa. Kenigstein & Rodríguez (2004) Mediante el afrontamiento activo la persona va a direccionar el evento estresante orientándose hacia su solución.
- **Planificación** Hace referencia a los pensamientos que se van a dar para afrontar el estresor, su función es cognitivo pues busca estrategias y pasos para lograr una mejor aproximación al problema. La función cognitiva de la planificación va a permitir a la persona organizar sus pensamientos y enfocarlos a la solución del evento estresor.
- **La supresión de otras actividades** Implica evitar la distracción por eventos que impidan tratar con el estresor.
- **La postergación del afrontamiento** Respuesta mediante la cual se espera una oportunidad apropiada para actuar, la conducta de la persona se centra en el trato efectivo con el estresor.

- La búsqueda de apoyo social Es la búsqueda de asistencia, consejo y de información relacionada con el estresor.

2.2.5.2 Afrontamiento enfocado en la emoción

Según Kenigstein & Rodríguez (2004) el afrontamiento dirigido a la emoción va a incluir estrategias que se orientan a reducir los sentimientos negativos que se generan en respuesta a la amenaza. La persona va buscar aliviar aquellos sentimientos negativos causados por el evento estresor.

- La búsqueda de soporte emocional: Implica la empatía y simpatía por parte de otras personas. La búsqueda de soporte emocional para las personas es sentir que se cuenta con el otro y que este se sensibilizara por lo que le aconteció.
- Reinterpretación positiva y desarrollo personal Tiene el propósito de manejar el malestar emocional generado por el estresor, buscando mediante ella construir una transacción estresante en términos positivos la cual debería llevar a la persona a intentar acciones de afrontamiento más activo, centradas en el problema. Se enmarca en el hecho de direccionar lo negativo en lo positivo, utilizando los recursos protectores para afrontar el evento estresante.

- La aceptación: Es una respuesta funcional que se da en las personas que aceptan la realidad e intentan lidiar con ella. La aceptación es ser consciente de lo que ha ocurrido y se busca soluciones para afrontar la situación o circunstancia del estrés.
- Acudir a la religión: Sirve como apoyo emocional, que permite a las personas la reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento. De acuerdo con Kenigstein & Rodríguez (2004) para algunas personas el acudir a la religión le permite llenarse de fortalezas y sentir que a pesar de vivir un acontecimiento desagradable podrá encontrar soluciones.
- Análisis de las emociones: Es la tendencia a centrarse en lo ocurrido y a exteriorizar esos sentimientos. El centrarse en las emociones por largo periodos puede impedir el ajuste, puesto que distrae a los individuos de los esfuerzos de afrontamiento activo. El análisis de lo acontecido permitirá a la persona conocer sus emociones y mediante ese análisis podrá encauzarse hacia una solución.

2.2.5.3 Afrontamiento evitativo u otros estilos

También conocido como afrontamiento enfocado en la percepción, se enfoca en liberar emociones, es decir, liberar las

emociones de manera abierta; en el desentendimiento conductual como dejar de actuar a fin de solucionar el problema; y desentendimiento mental, es decir, tratar de distraerse para no pensar en el problema. Flores (1999) citado en Pérez, C, Morales, H, Wetzell, M (2002). Entre estos estilos de afrontamiento encontramos:

- Negación Se ignora al estresor, emerge en la primera aproximación al evento estresor, sin embargo, si se mantiene llega a impedir una aproximación posterior más activa.
- Conductas inadecuadas: Implica la reducción del esfuerzo para enfrentar el evento estresor generándose en la persona la desesperanza.
- Distracción: Es la tendencia a no centrarse en la experiencia estresante. Consiste en realizar una serie de actividades para distraerse y evitar pensar en la dimensión conductual o en la meta con la cual el estresor interfiere, se suele hacer uso de actividades alternativas tales como pasar el día soñando despierto, dormir, etc.

2.2.6 Salud y Enfermedad

2.2.6.1 Salud

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), la salud es un estado de completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades. El bienestar físico se refiere a la salud total de los órganos. La salud mental se refiere a la salud psíquica, que es influenciada por la agitación del mundo actual, donde las inquietudes, prisa, incertidumbres, entre otros factores, llevan la persona al cansancio y sufrimiento psíquico. Además, es necesario para el equilibrio físico y mental que la persona se adapte al mundo en que vive, alcanzando el bienestar social satisfactorio. El término salud, en el concepto contemporáneo, ha cambiado de componerse de características estáticas y formales a características dinámicas, sociales e incluso económicas (Gil-Lacruz y Izquierdo, 2004).

Desde la clínica, a través del enfoque biopsicosocial, como desde la salud pública, con el modelo ecológico de salud, se han incorporado determinantes que influyen en la salud de las personas, que se entiende actualmente como la consecuencia de múltiples factores que intervienen en nichos genéticos, biológicos, conductuales y contextos sociales y

económicos que se modifican a medida que la persona se desarrolla. El desarrollo de los individuos es un proceso adaptativo integrado por múltiples transacciones entre estos contextos y los sistemas que regulan los aspectos biológicos y psicosociales (Colomer-Revuelta y Cols, 2004).

2.2.6.2 Enfermedad

En la historia natural de las enfermedades se distinguen 3 períodos, prepatogénico, patogénico y de resultados. El primero comienza con la exposición a los factores etiológicos o de riesgo y en este ejercen influencia los elementos que favorecen la susceptibilidad del huésped para padecer la enfermedad. Los Factores de Riesgo, se definen como “cualquier exposición, condición o característica que está asociada a una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad”. Se distinguen dos grandes categorías de factores que influyen en el desarrollo arteriosclerótico, de una parte los factores genéticos o no modificables, denominados Marcadores de Riesgo (MR), como la edad y el sexo; y de otra, factores exógenos o ambientales, que son adquiridos y que pueden ser modificables, denominados Factores de Riesgo (FR), susceptibles de cambios inducidos por actuaciones de prevención primaria, que pueden llevar a su eliminación o al

menos conseguir un descenso significativo de la exposición de la población a estos factores.

2.2.7 Enfermedad cardiovascular

2.2.7.1 Epidemiología de la enfermedad cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de la mayor parte de las muertes en el mundo que comporta una importante carga de salud pública en los países. Las enfermedades crónicas no transmisibles fueron la causa de, aproximadamente, el 63 % (36 millones) del total (57 millones) de muertes ocurridas en el mundo en el año 2008. De las cuatro principales enfermedades crónicas no transmisibles (las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas) las cardiovasculares fueron las causantes del 29,82 % (17 millones) de las muertes. La OMS estimó la mortalidad y la prevalencia de enfermedades crónicas en cada estado miembro. Resulta alarmante que, en todos los continentes, con la excepción de África, las muertes por enfermedades no transmisibles superan las de las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales, nutricionales y causas combinadas. (OMS, 2011).

Los estudios de casos y controles realizados en 52 países indican que los factores de riesgo modificables suponen

más de un 90% del riesgo de una enfermedad cardíaca inicial. Entre estos factores se encuentran el tabaquismo, las concentraciones de lípidos en sangre anormales, la diabetes mellitus, la obesidad abdominal, la inactividad física, el bajo consumo diario de frutas y hortalizas, el consumo excesivo de alcohol y los factores psicológicos. (Smitha & Blumentha, 2011).

2.2.7.2 Definición de la enfermedad cardiovascular

Bajo este nombre se aglutinan una serie de dolencias que afectan al corazón y a toda la red de vasos sanguíneos del organismo, que incluye las arterias, los capilares y las venas que trasladan la sangre a todos los rincones del cuerpo, motivo por el que antes se las conocía como enfermedades del aparato circulatorio. Las dianas principales de las ECV son las arterias, los vasos sanguíneos de mayor calibre que alimentan nuestro organismo. Todas estas dolencias comparten un elemento común y es que, con el tiempo, acaban por lesionarlas favoreciendo que se estrechen, pierdan elasticidad y potencialmente se obstruyan. Este proceso se produce en mayor o menor medida en todos los grandes vasos, pero se vuelve más preocupante cuando los afectados son los encargados de aportar sangre al corazón y el cerebro, el

nombre que se emplea en medicina para referirse a este deterioro es arteriosclerosis. Cuando se presenta una obstrucción, acaece el denominado accidente cardiovascular, que puede desarrollarse de forma lenta y progresiva por la propia enfermedad vascular, o bien súbitamente, a consecuencia de la formación de un trombo. (Lobos, 2013).

Estas enfermedades cardiovasculares que se deben a trastornos del corazón y los vasos sanguíneos, destacan entre ellos: Ataque cardíaco (Infarto), enfermedades cerebrovasculares (apoplejía), el aumento de la tensión arterial (hipertensión), vasculopatías periféricas, cardiopatías congénitas y la insuficiencia cardíaca(Arritmia). (OMS, 2018).

A. Insuficiencia cardíaca

La Asociación de Cardiología de Estados Unidos describe la insuficiencia cardíaca como una condición que se presenta cuando este importante órgano no puede bombear sangre a las arterias, ni al sistema circulatorio o a los demás órganos y tejidos del cuerpo.

La insuficiencia cardíaca congestiva, una condición agravada de esta situación, consiste en que el flujo sanguíneo bombeado por el corazón a través de las arterias

se vuelve lento, mientras que la sangre que retorna al corazón por las venas ha comenzado a acumularse. De tal manera que cuando se combinan causan una congestión, un como un atasco de tráfico pero de sangre, en los tejidos. La insuficiencia cardíaca también afecta la capacidad de los riñones para eliminar el agua y el sodio, causando aún más hinchazón. Cuando el edema es pulmonar, los fluidos se acumulan en los pulmones e interfiere con la respiración. La insuficiencia cardíaca, entonces, es una condición médica que necesita tratarse a tiempo para prevenir un ataque cardíaco que ponga en riesgo la vida. (Scutti, 2016)

- Arritmia

Afección agravada de la insuficiencia cardíaca. los problemas de ritmo cardíaco (arritmias cardíacas) ocurren cuando los impulsos eléctricos que coordinan los latidos cardíacos no funcionan adecuadamente, lo que hace que el corazón lata demasiado rápido, demasiado lento o de manera irregular.

Las arritmias cardíacas pueden provocar que tengas una sensación de aleteo en el pecho o de corazón acelerado y pueden ser inofensivas. Sin embargo, algunas arritmias cardíacas pueden provocar signos y síntomas

molestos y, a veces, mortales.

A menudo, el tratamiento de las arritmias cardíacas puede controlar o eliminar los latidos cardíacos irregulares, lentos o acelerados. Además, debido a que las arritmias cardíacas empeoran o son incluso provocadas por un corazón débil o dañado, puedes reducir el riesgo de sufrir arritmias si adoptas un estilo de vida saludable para el corazón (Mayo Foundation for Medical Education and Research , 2019).

B. Ataque cardíaco

El ataque cardíaco es un problema de circulación es cuando la circulación está bloqueada, o se corta de alguna manera, la sangre no logra llegar al músculo del corazón y esto puede dañarlo, añadió. Aunque normalmente esta situación se conoce como ataque cardíaco, los médicos se refieren a ella como un “infarto de miocardio”.

Los bloqueos que causan los ataques cardíacos usualmente se deben a una acumulación de placa en las arterias, que a su vez se forma cuando el colesterol se combina con grasa, calcio u otras sustancias presentes en la sangre. Al unirse, estos elementos se endurecen.

Así forman una placa que después puede romperse y

causar un coágulo en la sangre. Cuando los coágulos son muy grandes pueden bloquear totalmente el flujo sanguíneo en una arteria.

“Las personas que están en riesgo de sufrir un ataque cardíaco son aquellas que tienen antecedentes familiares de esta enfermedad, así como altos niveles de colesterol, de presión arterial, que sufren de diabetes, que no hacen ejercicio y que fuman. Los mismos factores de riesgo que siempre discutimos”

La asociación señaló que, si bien un ataque cardíaco puede ser fatal, no lleva automáticamente a la muerte. Por eso, el grupo advierte que asistencia médica inmediata y de emergencia suele prevenir esta condición. (Muñoz, 2017).

C. Hipertensión arterial

Es la elevación de los niveles de presión arterial de forma continua o sostenida. Para entender mejor es importante definir la presión arterial. El corazón ejerce presión sobre las arterias para que éstas conduzcan la sangre hacia los diferentes órganos del cuerpo humano. Esta acción es lo que se conoce como presión arterial, la presión máxima se obtiene en cada contracción del corazón y la mínima, con cada relajación. La hipertensión supone

una mayor resistencia para el corazón, que responde aumentando su masa muscular (hipertrofia ventricular izquierda) para hacer frente a ese sobreesfuerzo. Este incremento de la masa muscular acaba siendo perjudicial porque no viene acompañado de un aumento equivalente del riego sanguíneo y puede producir insuficiencia coronaria y angina de pecho. Además, el músculo cardíaco se vuelve más irritable y se producen más arritmias. (Muñoz, 2017).

2.2.7.3 Factores de riesgo

- Factores de riesgos tradicionales

Tabaquismo: de origen comportamental, su aumento es notable en el mundo subdesarrollado y constituye la principal causa prevenible de mortalidad prematura en el desarrollado.

Los fumadores tienen el doble de riesgo de desarrollar ECV que los no fumadores (OMS, 2003). Obesidad: su prevalencia en los últimos diez años en América Latina ha ido en aumento (OPS, 2005) y, como el tabaquismo y sedentarismo, se trata de un factor comportamental de riesgo prevenible. Sedentarismo: las cardiopatías isquémicas son dos veces más frecuentes en las personas sedentarias que en las activas, y la inactividad física causa aproximadamente

el 17% de las cardiopatías (OMS, 2008).

- **Factores de riesgo no tradicionales o emergentes**

Estos factores contribuirían a explicar la aparición de patologías cardíacas en personas que no tienen los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales o bien, aumentarían el riesgo cuando éstos están presentes. Se encuentra aquí la hiperhomocisteinemia, la hiperfibrinogenemia, hiperlipemias de base genética, anticuerpos antifosfolípidos, infecciones, trombofilias hereditarias, así como factores psicológicos y sociales (PIFRECV, 2005). Entre éstos últimos se identifica el patrón de conducta, la ira, la depresión y el estrés psicosocial como factores psicológicos de riesgo probable al desarrollo o al desencadenamiento de la ECV (Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999). Sin embargo, como señalan Solís-Cámara, Randeles y Covarrubias (2003), a pesar de que en los países latinoamericanos existe una alta prevalencia de muerte por enfermedades coronarias, hay pocas investigaciones publicadas sobre el patrón de conducta tipo A se han relacionado con un aumento del riesgo de ECV, la conducta de Tipo A se caracteriza por una ambición intensa, competitividad, urgencia temporal y hostilidad,

aquellos estudios iniciales indicaron que los sujetos con personalidades de Tipo A tenían mayor riesgo de ECV (Smitha & Patrick, 2011).

2.2.7.4 Problemas cardiacos y el patrón de conducta A

Moscoso (1989) considera que este patrón de conducta como un factor de riesgo para las enfermedades cardiacas puede tener una afectación en la población.

Krantz, Grunberg & Baum (1985, citado por Sender, 1993), señalan que la Conducta Tipo A o Problema de Conducta con “tendencia de Enfermedad Coronaria”, ha sido ampliamente estudiada como un factor de riesgo para la enfermedad coronaria.

Romero, C., & León, R. (1989) mencionan la relación entre personalidad y trastornos cardíacos han sido enfatizadas desde hace mucho tiempo, tanto nacional como internacionalmente.

Krantz, Grunberg & Baum (1985, citado por Sender, 1993), señalan que la Conducta Tipo A o Problema de Conducta con “tendencia de Enfermedad Coronaria”, ha sido ampliamente estudiada como un factor de riesgo para la enfermedad coronaria.

2.2.8 Perfil psicológico de los pacientes cardiovasculares

Las enfermedades relacionadas con el corazón no sólo conllevan algo físico, también originan consecuencias psicológicas importantes que dependen del tipo de cardiopatía.

Plá & Salvador (2006) mencionan que numerosos investigadores han estudiado acerca de las repercusiones que tienen las enfermedades cardiovasculares a nivel emocional y psicológico en los pacientes. La mayoría dichas investigaciones se han centrado en los trastornos afectivos, emociones negativas y aislamiento social como posibles factores de riesgo cardiovascular.

Existen numerosos estudios prospectivos en población sana que demuestran que la depresión puede favorecer la aparición de enfermedad cardiovascular. En dos meta análisis recientes se refuerza la hipótesis de que la depresión es un factor de riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular. El riesgo de padecer cardiopatía isquémica fue un 60% mayor para los pacientes deprimidos (riesgo relativo [RR] = 1,64; intervalo de confianza [IC] = 1,29-2,08).

La ansiedad, ira, hostilidad, cansancio vital y la percepción subjetiva de falta de apoyo social se han asociado también con la enfermedad cardiovascular. Sin embargo, en la práctica cardiológica asistencial, generalmente no son contemplados a la

hora de evaluar al paciente, ni al definir las estrategias de tratamiento, por lo que lo ideal es que a los pacientes con enfermedades cardiovasculares se les brinde una atención multidisciplinaria desde un enfoque médico – psicológico.

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

A. Patrón de conducta

Un patrón de conducta es un modelo que agrupa rasgos de personalidad, valores, creencias, actitudes, conductas y una determinada activación fisiológica (American Psychiatric Association, 2014).

B. Patrón de Conducta A - B:

Se usa la definición dada por Friedman & Rosenman quienes afirman: El patrón de conducta tipo A es considerado un síndrome conductual abierto o estilo de vida caracterizado por una extrema competitividad, afán de logro, agresividad, prisa, urgencia del tiempo, impaciencia intranquilidad, sobrealerta, explosividad del discurso, tensión de los músculos faciales y sentimientos de estar presionado por responsabilidades. A diferencia, el patrón de conducta tipo B describe a personas más calmadas y tranquilas frente a diferentes situaciones. Esta variable será medida con el cuestionario de Patrón de Conducta A-B de Eysenck y Fulker, el mismo que presenta cuatro factores:

- **Tensión:** "Proceso que se manifiesta fisiológicamente en el tono vegetal la reacción a una necesidad específica y otras como un estado de fatiga en el sentido de una debilitación de capacidades y funciones".
- **Actividad:** Comportamiento de un organismo o de un individuo humano directamente provocado por las condiciones internas.
- **Ambición:** Deseo intenso por el logro de bienes que predigan poder y reconocimiento, denotándose a partir de ello un estado de insatisfacción frente a lo poseído en el presente.
- **Represión:** Fenómeno caracterizado por el rechazo a la libre expresión a los sentimientos pensamientos que cada sujeto realiza.

C. Modos de Afrontamiento al estrés

Se usa la conceptualización desarrollada por Lazarus y Folkman en 1986. Se define como una respuesta o conjunto de respuestas a eventos externos estresantes o depresivos, que la persona elabora en forma abierta o encubierta. El proceso se refiere a que la persona inicia sus esfuerzos para pensar como puede enfrentar esta situación y luego ejecutar

esta acción. Posteriormente la persona también va a evaluar el afrontamiento ejecutado.

D. Enfermedad cardiovascular

La Organización Mundial de la Salud (2013), quien expone que las enfermedades cardiovasculares son aquellas propias del corazón y del sistema de vasos sanguíneos del corazón. Conforman este grupo: cardiopatías congénitas, aterosclerosis, enfermedad cardíaca coronaria o enfermedad de las arterias coronarias del corazón, angina de pecho, infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebro vascular, hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca. Este proceso de desgaste cardíaco empieza en las primeras décadas de la vida, pero no presenta síntomas hasta que la estenosis de la arteria coronaria se hace tan grave que causa un desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y sus necesidades. En este caso se produce una isquemia miocárdica (angina de pecho estable) o una oclusión súbita por trombosis de la arteria, lo que provoca una falta de oxigenación del miocardio que da lugar al síndrome coronario agudo (angina inestable e infarto agudo de miocardio). La cardiopatía coronaria, corresponde a la enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio).

2.4. SISTEMA DE VARIABLES – DIMENSIONES E INDICADORES

VARIABLE DE ESTUDIO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	
V1 PATRON DE CONDUCTA	Patrón de conducta A	Tensión	Se manifiesta fisiológicamente, en conexión con la reacción a una necesidad específica y otras como un estado de fatiga en el sentido de una debilitación de capacidades y funciones.	3. ¿Le interesa que otra gente sepa que Ud. ha hecho bien un trabajo? 5. ¿Necesita Ud. de constante reconocimiento para poder avanzar en el trabajo? 11. ¿Lo molestan las cosas y las personas? 19. ¿Lo molesta ser interrumpido en su trabajo? 21. ¿Odia hacer cosas? 23. ¿Es Ud. alguien que hace las cosas o vive aprisa? 29. ¿Es Ud. impaciente e interrumpe a la gente cuando no va directamente al grano?
		Ambición	Deseo intenso por el logro de bienes, poder y reconocimiento, denotándose un estado de insatisfacción a lo poseído actualmente.	13. ¿Logra hacer las cosas rápidamente? 15. ¿Se considera Ud. una persona de acción? 25. ¿Cree Ud. que hace más esfuerzos que los demás para finalizar las cosas?
		Actividad	Comportamiento de un individuo provocado por las condiciones internas.	01. ¿Es Ud. una persona ambiciosa y esforzada? 07. ¿Tiene Ud. ambiciones de ascender socialmente? 25. ¿Cree Ud. que hace más esfuerzos que los demás para finalizar las cosas? 27. ¿Le gusta la competencia y esforzarse por tratar de ganar?
		Ausencia de represión	Rechazo a la libre expresión de los sentimientos o pensamientos que se realiza en el interior.	09. ¿Es Ud. consciente de las presiones del tiempo, y de citas y acuerdos? 15. ¿Se considera Ud. una persona de acción? 17. ¿Bajo situaciones de tensión o de fuertes presiones, hace Ud. algo por evitar dichas situaciones?
	Patrón de conducta B	Tensión	Se manifiesta fisiológicamente, en conexión con la reacción a una necesidad específica.	2. ¿Toma Ud. las cosas como vienen, sin disgustarse mucho por ello? 6. ¿Puede Ud. esperar tranquilo, sin impacientarse? 8. ¿Toma Ud. las cosas cuando vienen, en vez de tratar de hacer muchas cosas a la vez? 10. ¿Es Ud. un conversador calmado y tranquilo? 14. ¿Se considera Ud. una persona fácil de tratar? 28. ¿Los demás lo consideran una persona calmada y fácil de tratar?
		Ambición	Deseo bajo por el logro de bienes, poder y reconocimiento. Estado de satisfacción a lo poseído en el presente.	4. ¿Le disgusta que los demás lo apuren? 18. ¿Se considera Ud. una persona que empieza las cosas, pero que no las acaba? 20. ¿Siente que tiene menos energías que el resto de la gente? 26. ¿Es Ud. lento en sus movimientos?
		Actividad	Comportamiento de un individuo provocado por las condiciones internas.	12. ¿Se encuentra Ud. satisfecho con sus actividades actuales, sin tener mayores ambiciones? 24. ¿Prefiere no competir con los demás?
		Ausencia de represión	Libre expresión de los sentimientos o pensamientos que se realiza en el interior.	16. ¿Expresa Ud. sus sentimientos libremente

VARIABLE DE ESTUDIO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
V2 MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS	Enfocado al problema	Afrontamiento activo	1. Ejecuto acciones para deshacerme del problema 14. Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema 27. Hago paso a paso lo que tiene que hacerse 40. Actúo directamente para controlar el problema
		Planificación	2. Elaboro un plan de acción para deshacerme del problema 15. Elaboro un plan de acción 28. Me pongo a pensar más en los pasos a seguir para solucionar el problema 41. Pienso en la mejor manera de controlar el problema
		La supresión de otras actividades	3. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema. 16. Me dedico a enfrentar el problema, y si es necesario dejo de lado otras actividades. 29. Me alejo de otras actividades para concentrarme en el problema. 42. Trato que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema.
		La postergación del afrontamiento	4. Me esfuerzo esperando el momento apropiado para enfrentar el problema. 17. Me mantengo alejado del problema sin hacer nada, hasta que la situación lo permita. 30. Me aseguro de no crear problemas peores por actuar muy pronto. 43. Me abstengo de hacer algo demasiado pronto.
		La búsqueda de apoyo social	5. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares sobre lo que hicieron. 18. Trato de obtener el consejo de otros para saber qué hacer con el problema 31. Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema. 44. Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema.
	Enfocado a la emoción	La búsqueda de soporte emocional	6. Hablo con alguien sobre mis sentimientos 19. Busco el apoyo emocional de amigos o familiares 32. Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo. 45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien.
		Reinterpretación positiva y desarrollo personal:	7. Busco algo bueno de lo que está pasando. 20. Trato de ver el problema en forma positiva 33. Aprendo algo de la experiencia 46. Trato de desarrollarme como una persona a consecuencia de la experiencia
		La aceptación	8. Aprendo a convivir con el problema. 21. Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado 34. Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido. 47. Acepto que el problema ha sucedido
		Acudir a la religión	9. Busco la ayuda de Dios. 22. Deposito mi confianza en Dios 35. Trato de encontrar consuelo en mi religión 48. Rezo más de lo usual
		Análisis de las emociones	10. Emocionalmente me perturbo y libero mis emociones 23. Libero mis emociones 36. Siento mucha perturbación emocional y expreso esos sentimientos a otros 49. Me perturbo emocionalmente y estoy atento al problema
Evitativo u otros	Negación	11. Me niego a aceptar que el problema ha ocurrido. 24. Actúo como si el problema no hubiera sucedido realmente.	

			37. Me comporto como si no hubiese ocurrido el problema 50. Me digo a mí mismo: "Esto no es real"
		Conductas inadecuadas	25. Dejo de perseguir mis metas 38. Acepto que puedo enfrentar al problema y lo dejo de lado 51. Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema
		Distracción	13. Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema de mi mente. 26. Voy al cine o miro la TV, para pensar menos en el problema 39. Sueño despierto con otras cosas que no se relacionen al problema 52. Duermo más de lo usual.

VARIABLES INTERVINIENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes de ambos sexos (masculino y femenino) • Edad: 18 años hasta los 80 años de edad. • Pacientes con diagnóstico de ECV 	Ficha Sociodemográfica
---------------------------------	---	------------------------

2.5 Definición operacional de variables

2.5.1 Patrón de conducta A-B

Para fines de esta investigación son los resultados obtenidos a través del Cuestionario patrón de conducta A-B de Eysenck y Fulker. Esta variable será medida con el cuestionario antes mencionado, el mismo que presenta cuatro factores:

- Tensión:

Es medido por 13 ítems de la prueba, estos son: 2, 3, 56, 8, 10, 11, 14, 19, 21, 23, 28, 29.

- Actividad:

Es medido por los ítems: 1, 5, 7, 12, 24, 25, 27.

- Ambición:

Es medido por los ítems: 4, 13, 15, 18, 20, 25, 26.

- Represión:

Es medido por los ítems: 1, 4, 9, 15, 16, 17.

2.5.2 Modos de Afrontamiento al estrés

Para fines de esta investigación son los resultados obtenidos del cuestionario Estimación de Afrontamiento (COPE) diseñado por Carver et.al en 1989, que cubre tres áreas o estilos conformadas en total por 13 factores.

- Estilos de Afrontamiento enfocado en el problema:
Incluye reinterpretación positiva, afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras y aceptación. Comprende los ítems: 1, 14,27,40,2.15, 28, 41, 3, 16, 29, 42, 4, 17, 30, 43, 5, 18, 31 y 44.

- Afrontamiento centrado en la emoción:
Incluye búsqueda de apoyo social emocional, búsqueda de apoyo social instrumental y desahogo emocional. Comprende los siguientes ítems: 6, 19, 32, 45, 7, 20, 33, 46, 8, 21, 34, 47, 9, 22, 35, 48, 10, 23, 36 y 49.

- Evitación u otros:
Incluye las escalas de desconexión mental, desconexión conductual, refrenar el afrontamiento, negación, humor y consumo de sustancias. Comprende los siguientes ítems: 11, 24, 37, 50, 25, 38, 51, 13, 26, 39 y 52.

2.6 HIPÓTESIS

2.6.1 Hipótesis general:

Hi: Existe asociación significativa entre los patrones de conducta A-B y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cardiovasculares del Hospital Base II – ESSALUD - Huánuco 2019.

Ho: No existe asociación significativa entre los patrones de conducta A-B y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cardiovasculares del Hospital Base II – ESSALUD -Huánuco 2019.

2.6.2 Hipótesis específicas:

H1: Existe asociación significativa entre el patrón de conducta A y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD - Huánuco 2019.

Ho: No existe asociación significativa entre el patrón de conducta A y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD - Huánuco 2019.

H2: Existe asociación significativa entre el patrón de conducta B y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares atendidos en el Hospital Base

II - ESSALUD - Huánuco 2019.

Ho: No existe asociación significativa entre el patrón de conducta B y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares atendidos en el Hospital Base II - ESSALUD - Huánuco 2019.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. NIVEL, TIPOS Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo correlacional. Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), sostienen que los estudios Descriptivos son la base de investigación de los estudios correlacionales, las cuales a su vez proporcionan información para llevar a cabo estudios explicativos que generan un sentido de entendimiento y son altamente estructurados. Dichos autores añaden que los estudios descriptivos sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes; en tanto que los estudios correlacionales pretenden observar cómo se relacionan o vinculan diversos fenómenos entre sí, o si no se relacionan.

3.1.2. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativa como lo señala Hernandez R. Fernandez C. y Baptista (2003), refieren que la investigación cuantitativa usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico.

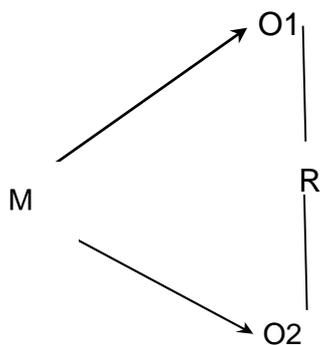
3.1.3. Método de investigación

Es descriptiva porque busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.

Describe tendencias de un grupo o población. Hernández, Fernández y Baptista (2010).

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Hernández, Fernández y Baptista (2003) es correlacional refieren que “la utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales son saber como se puede comparar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas”. Es decir, tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación entre dos o más variable.



M: Muestra de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

O1: Observación del Patrón de conducta A-B.

O2: Observación de Modo de afrontamiento al estrés.

R: Correlación entre el Patrón de conducta A-B y del modo de afrontamiento al estrés.

3.3 ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El proyecto de investigación se llevó a cabo en el Hospital Base II – Essalud, que se encuentra ubicado en el distrito de Amarilis que está ubicado políticamente en la provincia y departamento de Huánuco.

Su creación como sistema de salud data del año 1976 en que los doctores Cerrón, Corcuera y López se preocuparon por realizar gestiones administrativas con la sede central del seguro social de Lima, de donde traen el acuerdo de fomentar la creación de un policlínico en la ciudad de Huánuco.

Este policlínico sería para brindar los servicios de consulta externa de medicina general, atención de tópico y análisis de laboratorio, realizándose un convenio con el hospital de salud del ministerio de salud de Huánuco para atender los servicios de hospitalización.

En 1977 se inicia la atención a los asegurados el servicio de odontología y obstetricia y se alquiló el local ubicado en el Jr. Dos de Mayo N° 1371 donde también se establecieron las oficinas administrativas, la dirección y el archivo de historias clínicas.

El primer director el Dr. Virgilio López Calderón, aprovechando su condición de regidor de la comuna huanuqueña, hizo la propuesta para la donación de un terreno donde se creara el futuro hospital del Instituto Peruano de Seguridad Social. Por los años de 1983 en cuyo gobierno se logró aprobar la donación de un terreno.

Siendo el año 1986, recién es aprobada la partida presupuestal para la construcción del tan esperado hospital. En el año de 1987 comienza a funcionar el nuevo hospital en su local cedido por la municipalidad del distrito de Amarilis. Con resolución de gerencia general N° 1431-GG-IPSS-96 de fecha 02 de septiembre de 1996, se eleva la categoría al hospital I de Huánuco a hospital II.

Actualmente el Hospital Base II – ESSALUD se encuentra ubicado en la zona urbana, tiene una infraestructura construida por material noble casi toda la extensión del terreno, consta de dos áreas de dos pisos y las distintas áreas de hospitalización y rehabilitación son de un solo piso, brinda servicios en las especialidades Servicio de Medicina, Pediatría, Ginecología, Traumatología, Obstetricia, Enfermería, Psicología, Laboratorio, Cirugía, Radiología, Farmacia, Nutrición, Emergencia y Servicio social. Teniendo como horario de atención en los consultorios médicos: turno mañana de 08:00 a 14:00 horas y el turno tarde 14:00 a 20:00 horas.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por 300 pacientes del servicio de cardiología del hospital Base II - "ESSALUD".

3.4.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 89 pacientes del servicio de cardiología del hospital Base II- ESSALUD.

Tipo de muestreo: El muestreo que se consideró para el presente estudio es no probabilístico, de tipo intencional. Es no probabilístico, porque supone un procedimiento informal. Se utilizan en muchas investigaciones y a partir de ellas se hacen inferencias sobre la población. Asimismo la elección de los casos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de personas que recolectan los datos. (Hernández, R, Fernández, C, Baptista, P, 2010), y es de tipo intencional porque permite seleccionar casos característicos de una población limitando la muestra sólo a estos casos (Otzen & Carlos Manterola, 2017)

3.4.3. Criterios de selección de la muestra

La muestra de este estudio está compuesta por 89 pacientes del servicio de cardiología del hospital Base II -

“ESSALUD”, los cuales deberán cumplir siguientes los criterios de selección:

3.4.3.1. Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular no congénita
- Salud mental óptima.
- Pacientes atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital Base II -"ESSALUD".
- Pacientes de ambos sexos (masculino y femenino).
- Edad: 18 años hasta los 80 años de edad.
- Que acepten el consentimiento informado.

3.4.3.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes con enfermedad cardiovascular congénita.
- Pacientes con comorbilidad con otras enfermedades médicas.
- Que no acepten el consentimiento informado
- Presenten algún tipo de trastorno psicológico.

3.5. INSTRUMENTOS DE ESTUDIO

3.5.1. Cuestionario de Patrón de conducta A-B de Eysenck y Fulker

A) FICHA TECNICA

- Nombre: Cuestionario de Patron de conducta A –B
- Autor: Hans Eyseck & Fulker
- Año: 1983
- Objetivo: Detectar la existencia de componentes de conducta tipo A en las personas.
- Factores: Tensión, ambición, actividad y ausencia de represión.
- Traducción: Ramón León & Cecilia Romero 1989.

B) Descripción:

El instrumento fue creado por Hans Eysenk & Fulker en el año 1983, está conformado por 29 ítems y consta de 4 factores:

- Tensión: proceso que se manifiesta fisiológicamente en el tono vegetativo, en conexión con la reacción a una necesidad específica y otras como un estado de fatiga

en el sentido de una debilitación de capacidades y funciones.

- Actividad: comportamiento de un organismo o de un individuo humano directamente provocado por las condiciones interna.
- Ambición: Deseo intenso por el logro de bienes que predigan poder y reconocimiento, denotándose a partir de ello un estado de insatisfacción frente a lo poseído en el presente.
- Represión: Fenómeno caracterizado por el rechazo a la libre expresión a los sentimientos o pensamientos que cada sujeto realiza en su interior.

C) Aplicación, calificación e interpretación

Se entrega el cuestionario, indicándole que en la hoja de respuestas deberá colocar bajo la medida correspondiente un aspa (X), con respecto a su respuesta “siempre”, “casi siempre”, “regularmente”, “casi nunca” y “nunca”. Se asumen puntajes del 0 al 4. Algunos ítems se califican de forma inversa. Puntajes elevados revelan mayores niveles de conducta tipo A en las personas. (0-56 pt= Patrón de conducta B; 57- 116 pt= Patrón de conducta A.

D. Validez y Confiabilidad

La traducción al español lo realizó Ramón León & Cecilia Romero en 1989, donde validaron la prueba en la Universidad Mayor de San Marcos con una validez de 0.46. A nivel regional, se procedió a establecer la confiabilidad y validez del instrumento para tener mayor evidencia de los resultados del trabajo de investigación.

Para validar nuestro resultados se realizó con la muestra piloto la confiabilidad por medio del alfa de Cronbach (Se detalla en el anexo N°5) se ha analizado la confiabilidad con 29 ítems y 20 sujetos, de los cuales se ha obtenido una confiabilidad general que es 0.769, que de acuerdo a Celina y Campo (2005) significa que tiene una confiabilidad buena y aceptable.

3.5.2. Cuestionario Modos de afrontamiento al estrés

A. Ficha Técnica

- NOMBRE: Cuestionario de Modos de Afrontamiento (COPE)
- AUTORES: Carver, Scheir y Weintraub
- ADAPTACIÓN: Casuso (1996)

B. Descripción

Este instrumento fue creado por Carver et al. (1989), el objetivo de este instrumento es conocer cómo las personas reaccionan o enfrentan situaciones difíciles o estresantes, comprende 13 modos (conformado por estilos y estrategias de afrontamiento) de responder ante el estrés, dentro de sus dimensiones se encuentran: modos o estilos de afrontamiento enfocados en el problema, enfocados en la emoción y evitativos u otros estilos.

- El afrontamiento enfocado en el problema incluye: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, postergación y búsqueda de soporte social instrumental.
- El afrontamiento enfocado en la emoción incluye: búsqueda de soporte social emocional, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, acudir a la religión y negación.
- Los otros estilos de afrontamiento o afrontamiento evitativo incluyen: desentendimiento cognitivo, desentendimiento conductual y enfocar y liberar emociones.

El instrumento está conformado por 52 ítems que cuentan con una escala tipo Likert con una puntuación del 1 al 4. El puntaje 1 equivale a "casi nunca hago esto", el puntaje 2 "a veces hago esto", el puntaje 3 "usualmente hago esto" y el puntaje 4 "hago esto con mucha frecuencia.

El instrumento cuenta con la forma disposicional que consta de dos respuestas: Siempre (SI) Y NUNCA (NO), este es el instrumento que se utilizara en esta investigación.

C) Aplicación, calificación e interpretación

Se entrega el cuestionario, indicándole que en la Hoja de respuestas deberá colocar bajo el número correspondiente un aspa (X), con respecto a su respuesta SI o No. Los puntajes obtenidos en cada ítem se suman con los correspondientes a cada sub escala de manera que se obtienen 13 puntajes que permiten caracterizar un perfil de afrontamiento, permitiendo determinar que estilos de afrontamiento son los más utilizados. Al puntaje obtenido se multiplica por 0.25, luego se ubica el puntaje hallado en el perfil y se multiplica el puntaje obtenido por 10.

D) Validez y Confiabilidad

En el Perú, Casuso (1996) realizó la adaptación del

instrumento en su versión disposicional, aplicándolo a 817 estudiantes de una universidad privada de Lima y otra pública. Se calculó el coeficiente del alfa de Cronbach para cada escala, obteniendo valores que fluctuaron entre 0.40 y 0.86, los cuales fueron inferiores a los valores obtenidos por los autores originales en 1989. La validez se obtuvo mediante el análisis factorial. La estructura factorial encontrada no coincidió con la obtenida originalmente por los autores, por lo cual la autora realizó una redistribución de los ítems, dando lugar al inventario COPE reorganizado. Investigaciones posteriores usaron la adaptación lingüística de Casuso (1996), más no la combinación factorial.

En Huánuco, Camayoc en el 2013 realizó la *validación* de contenido del instrumento por medio del criterio de jueces, se contó con seis expertos, los valores asignados para la calificación de los ítems del instrumento fueron los siguientes: si (2), no (0), observaciones (1). Modificó algunos ítems con el fin de adaptar un lenguaje apropiado para la población penitenciaria. Luego este instrumento fue aplicado a la muestra piloto (11 sujetos) obteniendo así el índice de discriminación de cada ítem, de los cuales han tenido que ser modificadas aquellos ítems

en que se evidenciaba una correlación negativa o que se encontraron por debajo de 0.1. Para conocer la *confiabilidad* de este instrumento para su aplicación a la muestra se utilizó el Alfa de Cronbach obteniendo una significancia positiva considerable con 0.703.

3.6. Procedimiento de la recolección de información

METODOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
Medición / Observación Indirecta	Fichaje	- Fichas bibliográficas. - Fichas mixtas. - Fichas de resumen. - Ficha textual.
Observación Indirecta	Psicometría	- Cuestionario de patrón de conducta tipo A – B - Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés.

3.7. Técnicas de procesamiento de datos

METODOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
DE PROCESAMIENTO DE DATOS		
Análisis de datos	Análisis estadístico descriptivo	Cuadro de distribución de frecuencias, porcentajes, figuras de distribución de frecuencias, etc.
	Análisis estadístico No paramétrico	Chi Cuadrado, Alfa de Cronbach, z de proporciones .

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Los datos recolectados de los instrumentos de patrones de conducta A-B y el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE), han tenido como producto un conjunto de resultados en dirección a los objetivos y a la verificación de las hipótesis.

Tabla N°01.

Distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según género.

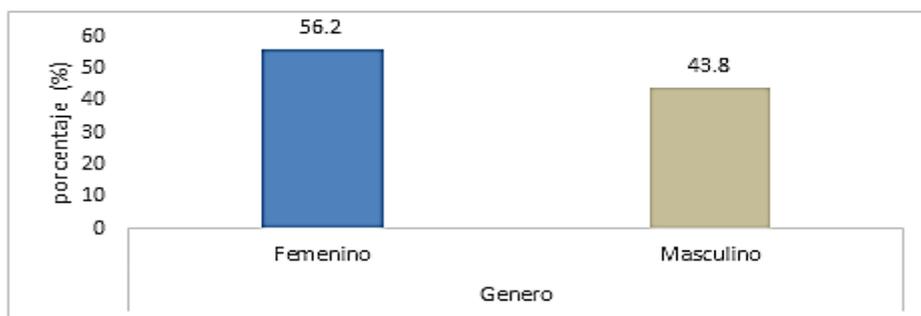
VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje (%)
GENERO Femenino	50	56.2
Masculino	39	43.8
Total	89	100.0

Fuente: Administración de los cuestionarios.

Elaboración: Propia

Figura N°01.

Distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según género.



Fuente: Administración de los cuestionarios.

Elaboración: Propia.

En la tabla y figura 01, se aprecia la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según el género, reportándose que el 56.2%(50) son del género femenino y 43.8%(39) de género masculino lo que nos indica una mayor presencia de mujeres.

Tabla N°02.

Distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según edad.

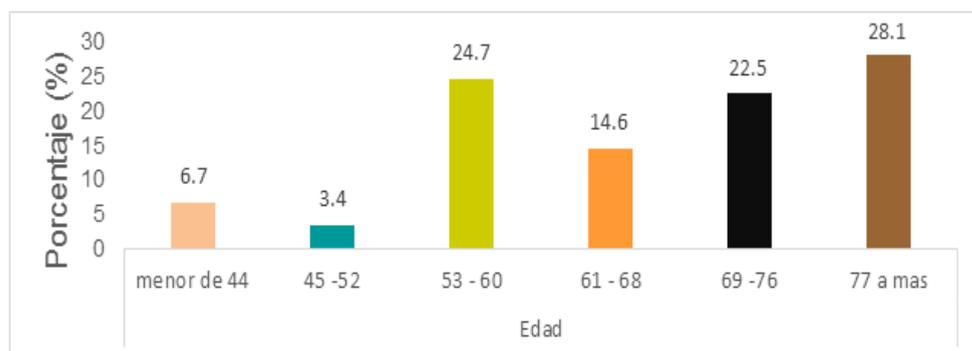
EDAD	Frecuencia	Porcentaje (%)
menor de 44	6	6.7
45 -52	3	3.4
53 – 60	22	24.7
61 – 68	13	14.6
69 -76	20	22.5
77 a mas	25	28.1
Total	89	100.0

Fuente: Administración de los cuestionarios.

Elaboración: Propia

Figura N°02.

Distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según edad.



Fuente: Administración de los cuestionarios.

Elaboración: Propia.

La tabla y figura 02, se describe y representa la frecuencia y porcentaje de la muestra de pacientes, según la edad presentando mayor frecuencia de 77 años a más (28.1%), de 53 - 60 (24.5%) y de 69 – 76 (22.5%) respectivamente de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular del Hospital base II-ESSALUD- Huánuco.

Tabla N° 03.

Distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según diagnóstico específico.

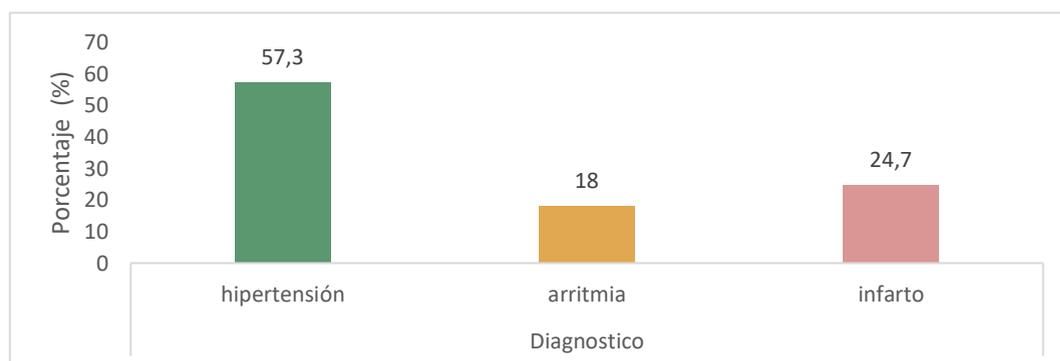
Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hipertensión	51	57.3
Arritmia	16	18.0
Infarto	22	24.7
Total	89	100.0

Fuente: Administración de los cuestionarios.

Elaboración: Propia

Figura N° 03.

Distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según diagnóstico específico.



Fuente: Administración de los cuestionarios.

Elaboración: Propia

En la tabla y figura 03, se describe y representa la frecuencia y porcentaje de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular, según el diagnóstico reportándose que el 57.3%(51) presentaron Hipertensión, el 18%(16) presentaron Arritmia y el 24.7%(22) presentaron Infarto lo que nos indica un porcentaje elevado de pacientes que presentaron el diagnóstico de Hipertensión de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular del Hospital base II-ESSALUD- Huánuco.

Tabla 04.

Distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según ocupación.

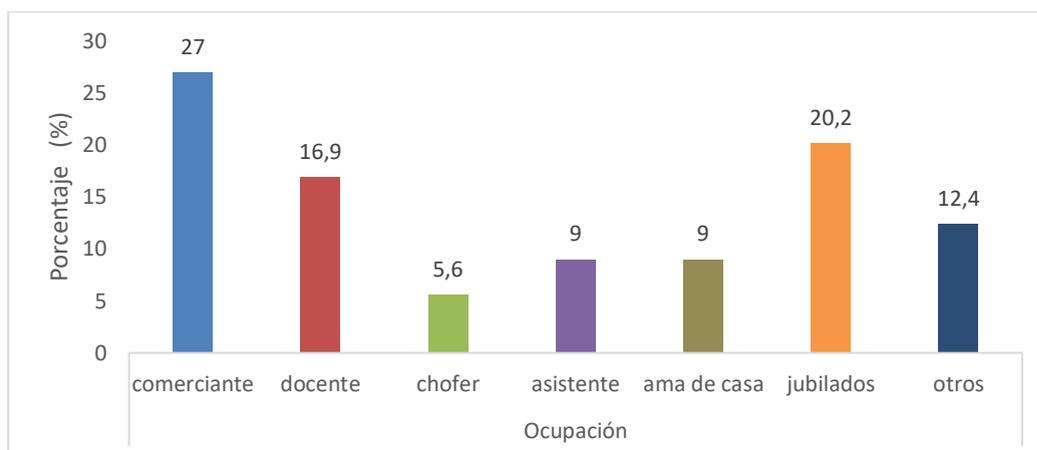
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Comerciante	24	27.0
Docente	15	16.9
Chofer	5	5.6
Asistente	8	9.0
Ama de casa	8	9.0
Jubilados	18	20.2
Otros	11	12.4
Total	89	100.0

Elaboración: Propia

Fuente: Administración de los cuestionarios.

Figura N°04.

Distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según ocupación.



Fuente: Administración de los cuestionarios.

Elaboración: Propia

En la tabla y figura 04, se describe y representa la frecuencia y porcentaje de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según ocupación, reportándose que el 27%(24) son comerciantes, el 20.2%(18) son jubilados, el 16.9% (15) son docentes, el 12.4%(11) realizan otras ocupaciones, el 9%(8) son asistentes y también con un 9%(8) las amas de casa; lo que nos indica un porcentaje elevado de pacientes con ocupación comerciantes y con menor porcentaje tienen la ocupación de asistentes y amas de casa, de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular del Hospital base II-ESSALUD- Huánuco.

Tabla N° 05.

Patrón de Conducta A-B según la distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular.

Patrón de conducta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Tipo A	73	82.0
Tipo B	16	18.0
Total	89	100.0

Fuente: Administración del cuestionario Patrón de conducta A-B

Elaboración: Propia

Figura N° 05.

Patrón de conducta A-B según la distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular.



Fuente: Administración del cuestionario Patrón de conducta A-B

Elaboración: Propia

En la tabla y figura 05, se describe y representa la frecuencia y porcentaje de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según el patrón de conducta, reportándose que el 82%(73) tienen el patrón de conducta tipo A y el 18%(16) tienen el patrón de conducta tipo B, lo que

nos indica un porcentaje elevado de pacientes que tienen el patrón de conducta tipo A, de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular del Hospital base II-ESSALUD- Huánuco.

Tabla N° 06.

Modos de afrontamiento al estrés según la distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular.

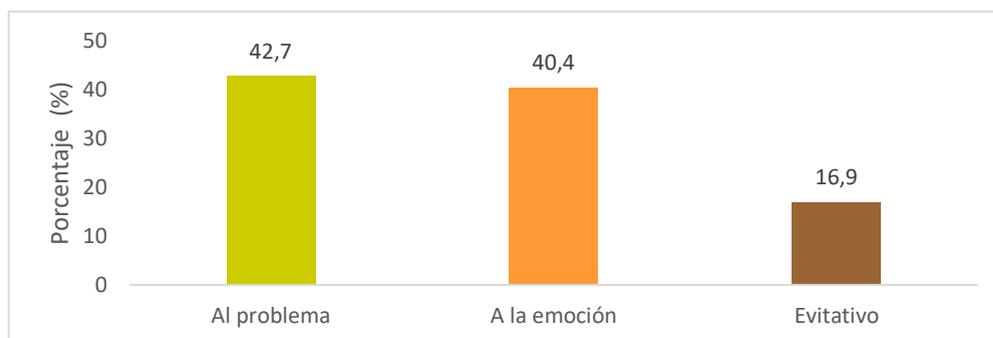
Modo de afrontamiento al estrés	Frecuencia	Porcentaje (%)
Al problema	38	42.7
A la emoción	36	40.4
Evitativo	15	16.9
Total	89	100.0

Fuente: Administración del cuestionario modos de afrontamiento al estrés

Elaboración: Propia

Figura N° 06.

Modos de afrontamiento al estrés según la distribución de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular.



Fuente: Administración del cuestionario de afrontamiento al estrés

Elaboración: Propia

La tabla y figura 06, se describe y representa la frecuencia y porcentaje

de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular según el modo de afrontamiento al estrés, reportándose que el 42.7%(38)utilizan el modo de afrontamiento enfocado en el problema, el 40.4%(36) utilizan enfocado a la emoción y el 16.9%(15) utilizan el modo evitativo, lo que nos indica un porcentaje elevado de pacientes que utilizan el modo de afrontamiento al estrés enfocado al problema y en menor cantidad el modo evitativo, de la muestra de pacientes con enfermedad cardiovascular del Hospital base II-ESSALUD- Huánuco.

4.2 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

4.2.1 Hipótesis general

Hi: Existe asociación estadísticamente significativa entre los patrones de conducta A-B y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD– Huánuco 2019.

Ho: No existe asociación estadísticamente significativa entre los patrones de conducta A-B y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD– Huánuco 2019.

Tabla N°07

Asociación entre Patrón de Conducta A-B y Modos de Afrontamiento al Estrés en pacientes con enfermedad cardiovascular evaluados.

Modo de afrontamiento	Patrón de conducta				Total	%
	Tipo A		Tipo B			
Al problema	40%	36	2%	2	38	43%
A la emoción	33%	29	8%	7	36	40%
Evitativo	9%	8	8%	7	15	17%
Total	82%	73	18%	16	89	100%

P= 0,002

GL=2

Chi² = 12.591

Fuente: Administración de los cuestionarios de Patrón de conducta A-B y Modos de afrontamiento al estrés.

Elaboración: Propia

Análisis

En la tabla N°07 se evidencia a los pacientes de la muestra investigada con el Patrón de Conducta A; el 40.45% utilizan el modo de afrontamiento enfocado al problema; el 32.57% utilizan el modo enfocado a la emoción y el 8.99% utilizan el modo evitativo. En lo concerniente al Patrón de Conducta B; el 2.25% de pacientes utilizan el modo de afrontamiento enfocado al problema, el 7.87% el modo enfocado a la emoción y el 7.87% de la muestra utiliza el modo evitativo.

Se utilizó la prueba estadística de Chi², con un nivel de confianza es del 95% y el error alfa es de 5%, dando como p valor de 0,002 por lo

que se puede decir que existe una asociación estadísticamente significativa entre el patrón de conducta tipo A-B y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital – Base II- ESSALUD – Huánuco, 2019.

Interpretación

Se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna de investigación “existe una asociación estadísticamente significativa entre el patrón de conducta tipo A-B y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital – Base II- ESSALUD – Huánuco, 2019”.

4.2.2 Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

H1: Existe asociación significativa entre los patrones de conducta A y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD– Huánuco 2019.

Ho: No existe asociación significativa entre los patrones de conducta A y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD– Huánuco 2019.

Tabla N° 08

Asociación entre el patrón de conducta tipo A y modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Patrón de conducta A y Modos de Afrontamiento al estrés	Frecuencia Total	
	%	F
Al problema	40.45%	36
A la emoción	32.57%	29
Evitativo	8.99%	8
Total	82.01%	73
Chi²=9,663		GL= 2
p= 0,036		

*(p=0.036) Es estadísticamente significativa.

Fuente: Administración de los cuestionarios de Patrón de conducta tipo A-B y Modos de afrontamiento al estrés.

Elaboración: Propia

Análisis:

En la tabla N°08 se evidencia que si existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables, con un $p=0.036$ ($p<0,05$) el que está por debajo del error alfa establecido, para 2 grados de libertad, se utilizó la prueba de Chi², considerando el nivel de confianza es del 95% y el error alfa es de 5%.

Interpretación:

Se rechaza la hipótesis nula de investigación y se retiene la hipótesis alterna que si existe asociación estadísticamente significativa entre el patrón de conducta tipo A, los modos de afrontamiento al estrés en

pacientes con enfermedad cardiovascular del Hospital Base II – ESSALUD – Huánuco, 2019.

Hipótesis específica 2

H1: Existe asociación significativa entre el patrón de conducta B y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD– Huánuco 2019.

Ho: No existe asociación significativa entre el patrón de conducta B y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD– Huánuco 2019.

Tabla Nº 09

Asociación entre el patrón de conducta tipo B y modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares evaluados.

Patrón de conducta Tipo B y Modos de Afrontamiento al estrés	Recuento total	
	%	F
Al problema	2.25%	2
A la emoción	7.87%	7
Evitativo	7.87%	7
Total	17.99%	16
<p>P= 0,326 GL =2 Chi²=4,641</p>		

*(p=0.326) No es estadísticamente significativa.

Fuente: Administración de los cuestionarios de Patrón de conducta A-B y Modos de afrontamiento al estrés.

Elaboración: Propia

Análisis:

En la tabla 09 se evidencia que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables $p=0.326$ ($p<0,05$), para 2 grados de libertad, se utilizó la prueba de χ^2 , considerando el nivel de confianza es del 95% y el error alfa es de 5%.

Interpretación:

Se rechaza la hipótesis alterna de investigación y se retiene la hipótesis nula que no existe asociación estadísticamente significativa entre el patrón de conducta tipo B, los modos de afrontamiento al estrés y enfermedad cardiovascular de los pacientes del Hospital Base II – ESSALUD – Huánuco, 2019.

4.3 CUADROS ESTADÍSTICOS INFERENCIALES ADICIONALES**Tabla N° 10.**

Asociación entre los modos de afrontamiento al estrés y diagnóstico de enfermedad cardiovascular en pacientes evaluados.

Variable	Estadística	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Modo de afrontamiento al estrés	Chi-cuadrado de Pearson	1.041 ^a	.903
	Razón de verosimilitud	1.060	.901
	Asociación lineal por lineal	.066	.798
	N de casos válidos	89	
Chi² =1.041		Gl= 4	p= .903

Fuente: Administración del Cuestionario de modos de Afrontamiento al estrés

Elaboración: Propia.

En la tabla 10, se observa que la asociación entre el diagnóstico de enfermedad cardiovascular y los modos de Afrontamiento al estrés calculada mediante la prueba no paramétrica χ^2 nos da un resultado de ($p= .903$) lo cual infiere que no existe asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico de pacientes con enfermedades cardiovasculares y el modo de afrontamiento al estrés de los pacientes del Hospital – Base II – ESSALUD – Huánuco.

Tabla N°11.

Distribución porcentual del patrón de conducta tipo A-B, modos de afrontamiento al estrés y enfermedad cardiovascular en pacientes evaluados.

Modo de afrontamiento				Patrón de conducta		Total
				Tipo A	Tipo B	
AL PROBLEMA	Diagnostico	Hipertensión	F	19	2	21
		arritmia	F	6	0	6
		Infarto	F	11	0	11
	Total			36	2	38
			Porcentaje (%)	40%	2%	42%
A LA EMOCION	Diagnostico	Hipertensión	F	16	6	22
		arritmia	F	6	1	7
		infarto	F	7	0	7
	Total			29	7	36
			Porcentaje (%)	33%	8%	41%
EVITATIVO	Diagnostico	Hipertensión	F	5	3	8
		arritmia	F	1	2	3
		infarto	F	2	2	4
	Total			8	7	15

	Porcentaje (%)	9%	8%	17%
Total	Recuento	73	16	89
	Porcentaje (%)	82%	18%	100%

Fuente: Administración del Cuestionario de Patrón de conducta A-B y Modos de afrontamiento al estrés.

Elaboración: Propia

En la tabla N°11 se observa que el 40%(36) de pacientes de la muestra usan el modo de afrontamiento enfocado al problema, tienen el patrón de conducta A y el diagnóstico de enfermedad cardiovascular, el 33% (29) de pacientes de la muestra usan el modo enfocado a la emoción, tienen el patrón de conducta A y el diagnóstico de enfermedad cardiovascular, el 9% (8) usan el modo de afrontamiento evitativo, tienen el patrón de conducta A y el diagnóstico de enfermedad cardiovascular; así mismo el 2%(2) de pacientes de la muestra usan el modo de afrontamiento enfocado al problema, tienen el patrón de conducta B y el diagnóstico de enfermedad cardiovascular, el 8%(7) de pacientes de la muestra usan el modo de afrontamiento enfocado a la emoción, tienen el patrón de conducta B y el diagnóstico de enfermedad cardiovascular, y el 8% (7) de pacientes de la muestra usan el modo de afrontamiento evitativo, tienen el patrón de conducta B y el diagnóstico de enfermedad cardiovascular.

Tabla N°12.

Asociación del patrón de conducta tipo A- B, modos de afrontamiento al estrés y enfermedad cardiovascular en pacientes evaluados.

	Estadística	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Patrón de conducta A- B / Modos de Afrontamiento	Chi-cuadrado de Pearson	11.631	.021
	Razón de verosimilitud	10.819	.033
	Asociación lineal por lineal	11.513	.219
	N de casos válidos	89	
Chi² =11.631		Gl= 4	p= 0.021

*(p=0.021) Estadísticamente significativa

Fuente: Administración del Cuestionario de Patrón de conducta A-B y Modos de afrontamiento al estrés.

Elaboración: Propia

Análisis

En la tabla 12 se observa la asociación entre el diagnóstico de enfermedad cardiovascular, patrones de conducta A-B y modos de Afrontamiento al estrés calculada mediante la prueba no paramétrica chi2 nos da un resultado de (p= .021) lo cual significa que existe asociación entre dichas variables.

Tabla N° 13.

Asociación del diagnóstico de enfermedad cardiovascular y el género, en pacientes evaluados.

	Estadística	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
	Chi-cuadrado de Pearson	3.256 ^a	.196
Género	Razón de verosimilitud	3.271	.195
	Asociación lineal por lineal	1.401	.237
	N de casos válidos	89	
Chi ² =3.256		Gl=2	p=.196

Fuente: Administración de cuestionarios.

Elaboración: Propia

En la tabla 13, se observa que la asociación entre el diagnóstico de enfermedad cardiovascular y el género calculada mediante la prueba no paramétrica χ^2 nos da un resultado de ($p = .196$) lo cual significa que no existe asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico de pacientes con enfermedades cardiovasculares y el género de los pacientes del Hospital – Base II – ESSALUD – Huánuco.

4.4 DISCUSION

La literatura científica sobre patrones de conducta, rasgos de personalidad y variables psicológicas relacionadas a las enfermedades cardiovasculares destaca que los factores psicológicos tienen un papel importante en el impacto, curso y tratamiento de este tipo de enfermedad.

Los resultados indican que los pacientes con enfermedades

cardiovasculares estudiados en relación a los objetivos descriptivos trazados nos presentan un predominio del patrón de conducta A con un 82%; (Tabla N° 05) lo que para Friedman y Rosenman, caracterizó como “un complejo interactivo de acción-emoción que incluye una sensación de urgencia e impaciencia, una actitud competitiva y dura con alta implicación emocional y excesiva hostilidad implicado en una lucha crónica e incesante por conseguir más en el menor tiempo posible”. Así tenemos que el 18% presentó un patrón de Conducta B, entendida por personas con una menor reactividad fisiológica frente a situaciones de estrés y sin una hiperactividad motora (Pulido y Fonseca, 2009; Friedman y Rosenman 1974) son tranquilas por lo que se ven mínimamente afectadas por ataques cardíacos al llegar a la edad madura, son relajadas, con mayor capacidad de delegar tareas, con menos ambición y seguros tanto en los demás como en sí mismos.

Según el modo de afrontamiento al estrés (Tabla N° 06), se reporta que el 42.7% utilizan el modo de afrontamiento enfocado en el problema, es decir reinterpretación positiva, afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras y aceptación. Al respecto Lazarus (1991) encontró que estos pacientes intentan modificar la relación ambiente- persona, actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo, es decir trata de manejar o alterar la fuente

generadora de estrés. Según la investigación realizada por Valls & Rueda (2013) si bien es cierto estudia sobre la personalidad, afrontamiento al estrés, calidad de vida en pacientes cardiovasculares, encuentra estrategias de afrontamiento activo y de planificación que por su descripción corresponde a lo que Lazarus (1991) denomina Afrontamiento enfocado en el problema por la forma activa como actúan sobre el estresor proveniente del ambiente.

El 40.4% tiene afrontamiento centrado en la emoción. Incluye búsqueda de apoyo social emocional, búsqueda de apoyo social instrumental y desahogo emocional. El 6.9% tiene afrontamiento de evitación que Incluye las escalas de desconexión mental, desconexión conductual, refrenar el afrontamiento, negación, humor y consumo de sustancias. Asimismo, tenemos características (Tablas N° 01, 02, 03,04) de pertenecer mayormente al género Femenino 56.2%; un total de 50,6 % es mayor a 69 años; el diagnóstico específico es de hipertensión con el 57.3 y 27.0/ corresponde a comerciantes.

Con respecto a las hipótesis, los resultados nos indican la aceptación de la Hipótesis General H1: Existe asociación estadísticamente significativa entre los patrones de conducta A-B y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del hospital base II-ESSALUD- Huánuco, (Tabla N°07) con (p valor de 0,002), lo que significa que existe asociación

entre determinadas conductas, creencias, actitudes y rasgos de personalidad y la manera de afrontar situaciones de estrés. Resultados muy distintos a los encontrados por Lévano (2003), quien no encuentra una relación estadísticamente significativa con ambas variables, probablemente la explicación radica en que la muestra utilizada por el otro investigador es con personal militar. A su vez (Richards & Urquijo 2006) al indagar sobre la relación de trastornos de personalidad y los episodios isquémicos cardiovasculares encuentra que este grupo tiene riesgo de padecer algún trastorno de personalidad y que esto constituye en el riesgo de padecer isquemia por su rasgo autodestructivo.

En lo concerniente a la Hipótesis Específica H1:) Existe asociación estadísticamente significativa entre los patrones de conducta A y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del hospital base II-ESSALUD-Huánuco (Tabla N°08). En tal sentido, coincidimos con lo señalado por Hansson et.al (1983, citado por Eysenck, H. 1983), quienes notaron en el tipo A una sobre – sensibilidad hacia el fracaso y una exagerada sensación de pérdida de control sobre el ambiente. Proponen que los individuos del tipo A, tienen mayor riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular (Patrick, 2011) están careciendo de habilidades sociales tales como la empatía y atender los principios normativos por

los cuales los demás se guían; además perciben el ambiente social como agresivo, hostil, e intratable. Jeifetz. M, Squillace, M. et al. (2007) encontró que algunos sujetos no expresaban el enojo y al hacerlo lo hacían de una manera explosiva. Asimismo, presentan sentimientos de ira y hostilidad, que no necesariamente se manifiestan explícitamente pero que definiríamos como el factor más pernicioso, las personas con este patrón de conducta responden más rápidamente y con más fuerza a los estresores, interpretándolos frecuentemente como amenazas a su control personal. Además, el propio patrón comportamental puede incrementar la probabilidad de percepciones estresantes, según Byrne y Rosenman, 1986 citado por Gil- lacruz, M & Izquierdo, A (2004).

En lo referente al Patrón de conducta tipo B (Tabla N°09) donde se encontró que no existe una relación estadísticamente significativa con los modos de afrontamiento al estrés con un p valor de 0,326 ($p < 0,05$). Estos resultados nos dan a conocer que las personas con patrón de conducta tipo B a diferencia del tipo A son menos propensas al estrés o al manejo de la situación, quiere decir que las personas con este patrón sienten presión pero no a niveles compulsivos por su baja auto exigencia.

Para Lévano (2003) el patrón de conducta tipo B se relaciona con las estrategias búsqueda de apoyo social por razones

instrumentales y búsqueda de apoyo social por razones emocionales. Adicionalmente, en la (tabla N°10), se evidencia que no existe relación entre el diagnóstico de enfermedad cardiovascular y los modos de Afrontamiento al estrés, calculada mediante la prueba no paramétrica χ^2 nos da un resultado de ($p= .903$). En la (tabla N°11) nos muestra un perfil descriptivo de pacientes con un mayor número sufren de hipertensión, enfocados al problema con un Patrón de conducta tipo A. En la (tabla N°12) se demuestra que existe asociación significativa entre patrón de conducta tipo A-B, modos de afrontamiento al estrés y enfermedad cardiovascular. Finalmente, en la (tabla N°13) que no existe relación entre enfermedad cardiovascular y género.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Se determinó que existe asociación estadísticamente significativa con el p valor de 0,002 ($p < 0,05$) entre el patrón de conducta A-B y los modos de afrontamiento al estrés en los pacientes con enfermedad cardiovascular de la muestra investigada.
- El patrón de conducta A resultó el más incidente (82%) entre los pacientes con enfermedad cardiovascular de la muestra investigada.
- El modo predominante de afrontamiento al estrés resultó enfocado al problema (42.7%) en los pacientes con enfermedad cardiovascular estudiados.
- Se demostró que si existe asociación entre patrón de conducta A y los modos de afrontamiento al estrés $*(p=0.036)$ en los pacientes con enfermedad cardiovascular estudiados.
- Se evidenció que no existe asociación entre patrón de conducta B y los modos de afrontamiento al estrés $*(p=.326)$ en los pacientes con enfermedad cardiovascular estudiados.
- Se estableció que las características que identifican a la muestra estudiada son: género femenino 56.2%; un total de 50,6 % es

mayor a 69 años; el diagnóstico específico es de hipertensión con el 57.3% y 27% corresponde en su mayoría a comerciantes.

- También se encontró que existe asociación significativa $(p=.0, 021)$ entre patrón de conducta A-B, los modos de afrontamiento al estrés y enfermedad cardiovascular en la muestra investigada.

5.2. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

A los directivos de la DIRESA Huánuco

- Considerar que las enfermedades cardiovasculares deben ser evaluadas y tratadas desde los niveles preventivos y de rehabilitación tomando en cuenta no solo variables físicas sino las variables conductuales y emocionales.

Al hospital base II- ESSALUD

- Incrementar el número de plazas para los profesionales psicólogos e internos para una mayor cobertura de la población de niños, adolescentes y adultos mayores.
- Generar redes de apoyo social entre pacientes cardiovasculares que les permita tomar conciencia y sensibilización sobre los modos de afrontamiento al estrés que resulten menos riesgosos.
- Debido a los hallazgos de predominio de patrón A en los pacientes se requiere la formulación de programas preventivos

que incidan en el control de emociones, estilos de vida saludables, manejo del estrés adecuado por la relación que existe entre las variables estudiadas.

- Puesto que el patrón de conducta tipo A, está relacionado con la hostilidad e ira se recomienda realizar intervenciones en los pacientes, realizar talleres para el manejo de ira y hostilidad. De la misma manera en base a los resultados, se sugiere ejecutar talleres para el manejo del estrés.
- Realizar un programa de sensibilización a los pacientes acerca de la importancia del aspecto psicológico para una prevención y/o cuidado de su salud.

A la institución universitaria

- Incluir en su plan de estudios el curso de Psicología de la salud, porque incide en la prevención y promoción de las enfermedades con el objetivo de predecir aquellos factores de riesgo y de protección.
- Se propone realizar futuras investigaciones con muestras más representativas que permitan generalizar los resultados a nivel regional.
- Proponer investigaciones con diversas variables psicológicas como calidad de vida, depresión, trastornos de personalidad, nivel de agresividad, entre otros, con

pacientes con el diagnóstico de enfermedad cardiovascular.

A los pacientes con enfermedad cardiovascular

- Acudir a un psicólogo regularmente, que ayudará en la gestión de su enfermedad. Además, ofrecer pautas de vida saludables y el a manejo de las emociones negativas.
- Practicar regular ejercicio físico por la relación que existe con el estado de ánimo, haciendo que nuestro cuerpo produzca ciertas sustancias endógenas que estos estimulan áreas cerebrales que producen placer.

A los familiares de los pacientes con enfermedad cardiovascular

- Fomentar las adecuadas relaciones entre los miembros y el desarrollo personal en cada uno de los integrantes, para lograr afrontar la enfermedad y fortalecer los recursos personales del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Aire, F (2018). *Relación entre los rasgos de personalidad y los modos de afrontamiento al estrés en las mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Yanacancha- Pasco*. Tesis Para Optar El Título De Especialista En Psicología Forense Y Criminal. Huánuco. Universidad Nacional Hermilio Valdizan. 2018
- American Psychiatric Association (2014). *DSM V. Manual y diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (pp. 5). Porto Alegre: Artmed
- Amiel, J. (1997). *“Creencias Irracionales en un Grupo de Estudiantes de Secundaria y su Relación con la Personalidad Tipo A”*. Tesis para Optar el Título de Licenciado en Psicología. Lima. Universidad Nacional Federico Villarreal
- Amigo, I. (2012). *Manual de la Psicología de la Salud*. (2da edición). México. Pirámide.(155)
- Anaya, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Arias Congrains, J. (1998). Modos de afrontamiento al estrés en residentes de medicina. *Revista Médica Herediana*, 63-68.
- Azañero, R. (10 de 05 de 2019). Cuidados del corazón. *Diario Correo*.
- Barreda, D. S. (2012). Depresión y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista de Investigación en Psicología*, 15 (2), 203 - 216.

- Bermúdez, J., Pérez, A., Ruiz, J., & San Juan, P. R. (2003). *Psicología de la personalidad*. España: UNED.
- Bensabat, S. (1987). *Estrés*. España: Ed. Mensajero.
- Buendía, J (1993). *Estrés y Psicopatología*. Madrid. Pirámide S.A
- Bleger, J. (1963). *Psicología de la Conducta*. Argentina. Paidós.
- Camayoc, N (2015). *Razones para vivir y modos de Afrontamiento al estrés en internos de Pabellón IX y de Mujeres del Establecimiento penitenciario de Huánuco - 2013*. Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Psicología. Universidad Nacional Hermilio Valdizan Medrano. Huánuco
- Carver C, Scheier M, Weintraub J. (1989) *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*; 56: 267-283.
- Casuso, L.(1996).*Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. Tesis PUCP,
- Castro, J. (1993). *Patrón de Conducta tipo A y pautas educativas*. Tesis para optar el grado de Doctor., Universidad de Barcelona, Madrid.
- Celis, F., & Pozo, L. (2018). *Factores de personalidad y modos de afrontamiento al estrés en los estudiantes de la facultad de*

psicología Tesis para optar el Título profesional de Licenciados en Psicología. Universidad Nacional Hermilio Valdizan Medrano. Huánuco

Certo, S. (2009). *Supervisão: conceito e capacitação*. São Paulo: MacGraw-Hill.

Chuquiyauri, K & SolSol, E (2017). *Relación entre los modos de afrontamiento al estrés y el bienestar psicológico en los trabajadores mineros de la Empresa Contratista Minera IESA S. A. en la U. M. El Porvenir - Cerro de Pasco 2016 (Tesis de pre grado)*. Universidad Nacional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.

Colomer, J (2004). Enfoque biopsicosocial de la persona. *Revista Pediátrica Atención Primaria*. 2004;6:617-632.

Corredor , M & Monroy, J (2009). *Descripción y Comparación De Patrones De Conducta, Estrés Laboral Y Burnout En Personal Sanitario Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 14, núm. 1, pp. 109-123*. Universidad de Caldas.

C. Mazón, P. Zarzosa, C & González-Juanatey, J. (2014). *Temas de actualidad en cardiología: riesgo vascular y rehabilitación cardíaca*. *Revista Española de Cardiología*. Vol 67. N° 03. DOI: 10.1016. Consultado el (22/07/2014). Recuperado de: <http://www.revespcardiol.org/es/temasactualidad-cardiologia->

[riesgo-vascular/articulo/90274051/](#).

- Dolan, C., Sherwood, A., & Light, K. (1992). *Cognitive coping strategies and blood pressure responses to real-life stress in healthy young men*. *Health Psychology*, (4) 233-240.
- Eagleston, J. et. al. (1988). *Factores psicosociales de riesgo en las enfermedades coronarias: al patrón de comportamiento tipo A como ejemplo*. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. XX, N°01, 81 – 89.
- Eynsenck, H. & Fulker, D. (1983)“*The Components of Type A behavior and its genetic determinants*”. *Personality and individual differences*, 4 , 5, 499 – 505.
- Feist, J. & Feist, G. (2006). *Theorias da personalidade*. 6º ed. São Paulo: McGraw- Hill.
- Flores, M (2014). *Personalidad y Modos de afrontamiento al estrés en personas que frecuentan un gimnasio (tesis de pre grado)*. Universidad Nacional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.
- Folkman, S. Lazarus . R (1984). *Personal control and stress and coping proceses: a theoretical análisis*. *Journal of personality and social psychology*. Vol. 46. (4): 839-852.
- Folkman, S., Lazarus, R. (1988) .*Personal control and stress and coping*

procesos. Vol. 54. (3): 466-475.

Fontaine, O; Kulbertus, H & Étienne, A (1998). *Stress e cardiologia*.

Lisboa. Climepsi.

Flynn, (1983) *Coping as a mediator of emotion*. *Journal of personality and*

social psychology. G.. *Control and the coronary-prone behavior*

pattern A: Responses to multiple situation demands. *Personality*

and social psychology. Vol. 7: 97- 102.

Friedmann, M, & Rosenman, R. (1976). *Conducta Tipo A y su Corazón*.

México, D.F: Grijalbo.

Friedman, M. R. (1959). *Conducta tipo A y su corazón*. Barcelona: Grijalbo.

Furnham, A & Linfoot, J (1987). *Stress and doping*, Hillsdale: Erlbaum.

García, E (2006). *Afrontamiento, Emociones y Creencias de la*

enfermedad pulmonar obstructivo crónica en pacientes y

familiares. (Tesis para optar el título de Maestra en Ciencias con

opción en Psicología de la Salud). Universidad Nacional de Nuevo

León.

Gil-Lacruz, M., & Izquierdo, A. (2004). *Intervención en el patrón de*

conducta Tipo A: Un modelo interdisciplinar. Persona, Universidad

de Zaragoza, 7, 71-85.

Grimm, L. & Arnold, P. (1985). *Performance standards and the Type A*

behavior pattern. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 59-66.

- Gutiérrez, J. M. (2001). *Ergonomía y psicología*. Madrid: CISSPRAXIS.
- Guevara, G, Hernández, H, & Flores, T (2001). *Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes*. Revista de investigación en Psicología. 4 (1) pp. 53- 65.
- Hall, C. S., Lindzey, G. & Campbell, J. B. (2000). *Teorías da personalidad*. Porto Alegre, Artmed
- Hernandez, Fernandez & Baptista (2003). Metodología de la investigación. (3ra edición). Mc Graw Hill. D.F.México.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw-Hill. México D.F.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). Metodología de la Investigación (Vol. Sexta Edición). México: Mc Graw Hill.
- Ibañez (1998). *Relación entre la conducta Emocional Inadaptada y el Patrón de conducta tipo A*. Tesis para optar el Título de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Federeico Villareal.
- Kannel, W (1995). *Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factor Categories*. Circulation. 97(18) pp. 1837 – 1840.
- Kenigstein, J &Rodriguez, M (2004). Efecto del sexo, tipo de personalidad, locus de control, estrategias de afrontamiento del estrés y estilo de liderazgo sobre el estilo de uso de tiempo. (Tesis) Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.

- Kobasa, S., Maddi, S. & Courington, S. (1981). *Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship*. Journal of Health and Social Behavior, 22, 368-378.
- Lazarus, R., Folkman, S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. (1986). *Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes*. Journal of personality and social psychology. Vol. 50. (5): 992-1003.
- Lazarus, R. (1991). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Larsen, R., & Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad*. México: McGraw Hill.
- Lévano, J. (2003). El Patrón de conducta Tipo A y Tipo B y Los Estilos de Afrontamiento al Estrés en una muestra de personal militar . *Universidad mayor de San Marco*, 20-30
- León Ramón, S. (1996). *Validación del Inventario de Autoreporte de Conducta Tipo A de Blumenthal*. Revista de Neuro - Psiquiatría, 58: 20-36.
- Lobos, D. J. (2013). Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo. *Guía para el manejo del riesgo cardiovascular*, 11-15.
- Loret de Mola, M. (1987) "Relación entre el Patrón de Conducta Tipo A y la Frustración en un Grupo de Pacientes con Enfermedades

Coronarias". Tesis para Optar el Título de Licenciado en Psicología.
Pontificia Universidad Católica del Peru

MacDougall JD, Tuxen D, Sale DG, Moroz JR & Sutton JR. (1985). *Arterial blood pressure response to heavy resistance exercise*. Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3980383>

Mayo Foundation for Medical Education and Research . (2019). Arritmia cardíaca. *Mayo Clinic*,2.cardiovascular/hipertension-tension-alta.html

Madureira, A (2003). *Regresso ao trabalho após coronariopatia isquémica: subsídios para a identificação de alguns factores* (Dissertação de Mestrado). Facultad de medicina de Coimbra. Coimbra.

Magnusson, D, & Torestad, B. (1993). *A holistic view of personality:A model revisited, Annual review of psicohology*. 44, 427-542.

Mamani, A (2008). *Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis para optar el grado académico de Magister en Psicología, mención: Psicología Clínica y de la Salud). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú

Martinez, Arenas, M., Páez, A., Casado, E., Ahumada, N., Cuello, S., Penna, F. (2005). *La influencia de los estilos de personalidad en la elección de estrategias de afrontamiento ante las situaciones de*

examen en estudiantes de 4º año de psicología de la UNSL. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Redalyc, 6(12), 173-194.

Muñoz, D. A. (2017). *Fundación Española del Corazón*. Obtenido de Fundación Española del Corazón: <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html>

Morrison, V & Bennett, P (2008). *Psicología de la salud*. Madrid.: Pearson Prentice. Hall

Moscoso, M .(1989). “*Multi – Component Therapy in Type a behavior pattern and coronary heart disease*”. Revista intercontinental de Psicología y Educación. 2, 83 – 104.

Moscoso. M. (1992). *Estrés y Enfermedad: Un enfoque terapéutico cognitivo a través de EMG – Biofeedback – Relajación*. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. Vol. V, N° 02, 129 – 146.

Moscoso. M (1994). *La psicología de la salud. Un enfoque multidisciplinario acerca del estrés y Cambio conductual*. Revista de Psicología. Vol XII. 47-71

Moyano, Icaza, Mujica, Núñez, Leiva, Vásquez & Palomo (2011). *Patrón de comportamiento tipo A, ira y enfermedades cardiovasculares*

(ecv) en población urbana chilena. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Volumen N°44, 443- 453.

Muñoz, D. A. (2017). *Fundación Española del Corazón*. Obtenido de Fundación Española del Corazón: <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/ries>.

Murphy, H. (1983). *Hostile personality and risks of peripheral arterial disease in the general population*. *Psychosomatic Medicine*, 56 (3), 197-202.

Natividade, J. C., Aguirre, A. R., Bizarro, L., & Hutz, C. S. (2012). *Fatores de Personalidade como Preditores do consumo de álcool por estudantes universitários*. *Cadernos de Saúde Pública*, 28 (6), 1091-100.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la Salud en el Mundo*. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca.

Organización Panamericana de la Salud (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Recuperado en: https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

OMS. (2011). *Enfermedades no transmisibles 2011. Informe sobre la situación mundial*, 5-6.

OMS. (2018). *Enfermedad cardiovascular. Prioridades estratégicas del*

Programa de la OMS sobre enfermedades cardiovasculares, 2.

Osterweis, M., Solomon, F. & Green, M(1984). *Bereavement: Reactions, Consequences and Care*. Washington DC: Natl. Acad. Press. 312 pp.

Otzen, C. M. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, :227-232.

Peña, M. E. (2011). *Conducta antisocial en jóvenes y adolescentes. Factores de riesgo y de protección*. Madrid: Editorial Académica Española

Pérez, C; Morales, H & Wetzell, M (2002) *Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados*. Revista de Psicología de la PUCP, 20 (1) pp 94-131.

Plá, J & Salvador, J. (2006). Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares. *Sociedad Española de Cardiología*. N°84. Recuperado de <https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/2006-sec-monografia-aspectos-psicologicos.pdf>.

Pulido, M., & Fonseca, J. (2009). *Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnot en personal sanitario. Hacia la promoción de la salud*, 14 (1), 109-123.

Programa de Factores de Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares

- PIFRECV (2005). *Fisiopatología de la Trombosis Arterial*. Recuperado en: <http://pifrecv.otalca.cl/html/visitas.htm>.
- RAE (2015). Recuperado el 22 de Setiembre de 2015 en: <http://www.rae.es/>
- Ramirez, T. (1997). *“Cómo hacer un proyecto de investigación”*. Editorial Panapo, Caracas, Venezuela.
- Richard's, M & Urquijo, S. *Trastornos de personalidad y episodios isquémicos agudos. Determinación de perfiles de riesgo*. Revista Mexicana de Psicología, Vol. XXIII, 235-244.
- Riegel, B & Gocka, I (1995). *Gender differences in adjustment to acute myocardial infarction*. Heart & Lung. San Diego. 1995, p. 457 – 466.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis
- Rodríguez, A. (2012). *Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista*. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. Vol, 42. 111-126.
- Rojas, R (2019) . *Enfermedades del corazón son la segunda causa de muerte en el Perú*. Correo. Recuperado de <https://diariocorreo.pe/salud/enfermedades-del-corazon-son-la-segunda-causa-de-muerte-en-el-peru-878955/>

Romero ,C & Leon R.(1989). “*Un Estudio sobre la Validez y Confiabilidad del Cuestionario de Personalidad Tipo A – Tipo B de Eysenck & Fulker*”. Tesis para Optar el Título de Licenciado en Psicología. Universidad Ricardo Palma.

Rozanski, A., Blumenthal, J. & Kaplan, J. (1999). *Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. Circulation. 99, 2192-221*

Sandin, B. (1995). *El estrés*. En Belloch, A. y Cols.

Scutti, S. (28 de 12 de 2016). *Cable News Network*. Obtenido de Cable News Network: <https://cnnespanol.cnn.com/2016/12/28/cual-es-la-diferencia-entre-insuficiencia-cardiaca-ataque-cardiaco-y-paro-cardiaco/> ccompañía General Fabril Editora.

Sender. R., Valdés. M., Riesco. N & José Martín. M. (1993). *El Patrón de Conducta y su Modificación Terapéutica*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.

Soberon, S. (1990). *Conducta tipo A en un grupo de Auxiliares de Educación de la USE-11*. Tesis para optar el Título de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Federico Villarreal.

Solís Cámara R., P. & Randeles Gómez, A., & Covarrubias Salcido, P. (2003). Comportamiento tipo a en mujeres trabajadoras de Mexico: análisis psicométrico de una escala . *Revista Latinoamericana de*

Psicología, 35 (2), 175-184.

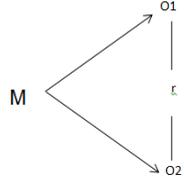
Spielberg, Ch.& Moscoso.(1996). *Reacciones emocionales del estrés: ansiedad y cólera*. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 14: 59-81.

Smitha, P. J., & Blumentha, J. A. (Octubre de 2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista española de cardiología*, 924-933.

Valls. E & Rueda B. (2013). *Personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular*. N°109. Pág 51 – 72.

Velachoaga, M. (1965). *El estrés en el personal de salud*. Lima: Ed. Lima

ANEXOS

PROBLEMA	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	OBJETIVOS	DISEÑO
<p>GENERAL: ¿Existe asociación entre los patrones de conducta A-B y los modos de Afrontamiento al Estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del hospital Base II – Essalud -Huánuco 2019?</p> <p>ESTRUCTURA: ¿ V1 V2 S A?</p>	<p>Variable 1 Patrones de conducta A-B</p>	<p>V1(FACTORES)</p> <p>- TENSIÓN</p>	<p>V1.</p> <p>Proceso que se manifiesta fisiológicamente en el tono vegetativo, en conexión con la reacción a una necesidad específica y otras como un estado de fatiga en el sentido de una debilitación de capacidades y funciones</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar si existe asociación entre los patrones de conducta A-B y los modos del Afrontamiento al Estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del hospital Base II – Essalud -Huánuco 2019.</p>	<p>- No experimental</p>  <p>M: Muestra de la los pacientes cardíacos O1: Observación de Patrones de conducta A-B. O2: Observación de Afrontamiento al estrés. R: Correlación entre el Patrón de conducta A-B y Afrontamiento al estrés.</p>
		<p>- AMBICIÓN</p>	<p>Deseo intenso por el logro de bienes que predigan poder y reconocimiento, denotándose a partir de ello un estado de insatisfacción frente a lo poseído en el presente.</p>		
		<p>- ACTIVIDAD</p>	<p>Comportamiento de un organismo o de un individuo humano directamente provocado por las condiciones internas</p>		
		<p>- AUSENCIA DE REPRESIÓN</p>	<p>Fenómeno caracterizado por el rechazo a la libre expresión a los sentimientos o pensamientos que cada sujeto realiza en su interior.</p>		

ESPECIFICOS	Variable 2	V2	V2	ESPECIFICOS
<p>1. ¿Cual es la incidencia de los patrones de conducta A-B en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019?.</p> <p>2. ¿Cuáles son los modos predominantes del afrontamiento al estrés pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019?</p> <p>3. ¿Existe asociación entre el patrón de conducta A y el modo de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019?</p> <p>4. ¿Existe asociación entre el patrón de conducta B y el modo de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019?</p>	<p>Afrontamiento al Estrés</p>	<p>AFRONTAMIENTO ENFOCADO EN EL PROBLEMA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento Activo - La Planificación - Supresión de actividades competentes - Postergación del afrontamiento - Búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales 	<p>1. Describir la incidencia de los patrones de conducta A-B en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019.</p> <p>2. Describir los modos predominantes del afrontamiento al estrés pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019.</p> <p>3. Establecer si existe asociación entre el patrón de conducta A y el modo de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019.</p> <p>4. Establecer si existe entre el patrón de conducta B y el modo de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II - ESSALUD – Huánuco 2019.</p>
		<p>AFRONTAMIENTO ENFOCADO EN LA EMOCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda de apoyo social por motivos emocionales - Reinterpretación positiva y crecimiento - Aceptación - Acudir a la religión - Negación 	
		<p>AFRONTAMIENTO EVITATIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desentendimiento conductual - Desentendimiento cognitivo - Enfocar y liberar emociones 	

ANEXO N°2
Cuestionario de Conducta A – B de Eysenck y Fulker

INICIALES:

SEXO:

EDAD:

OCUPACIÓN:

A continuación leerá Ud. una serie de items que se refieren a características personales. Le agradeceríamos mucho que se sirviera responder a cada una de ellas en la medida que éstas se identifiquen directamente con su persona. Por favor, no deje de responder a ningún item. Gracias.

	Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi nunca	Nunca
01. ¿Es Ud. una persona ambiciosa y esforzada?					
02. ¿Toma ud. las cosas como vienen, sin disgustarse mucho por ello?					
03. ¿Le interesa que otra gente sepa que Ud. ha hecho bien un trabajo?					
04. ¿Le disgusta que los demás lo apuren?					
05. ¿Necesita Ud. de constante reconocimiento para poder avanzar en el trabajo?					
06. ¿Puede Ud. esperar tranquilo, sin impacientarse?					
07. ¿Tiene Ud. ambiciones de ascender socialmente?					
08. ¿Toma Ud. las cosas cuando vienen, en vez de tratar de hacer muchas cosas a la vez?					
09. ¿Es Ud. conciente de las presiones del tiempo, y de citas y acuerdos?					
10. ¿Es Ud. un conversador calmado y tranquilo?					
11. ¿Lo molestan las cosas y las personas?					
12. ¿Se encuentra Ud. satisfecho con sus actividades actuales, sin tener mayores ambiciones?					
13. ¿Logra hacer las cosas rápidamente?					

14. ¿Se considera Ud. una persona fácil de tratar?					
15. ¿Se considera Ud. una persona de acción?					
16. ¿Expresa Ud. sus sentimientos libremente?					
17. ¿Bajo situaciones de tensión o de fuertes presiones, hace Ud. algo por evitar dichas situaciones?					
18. ¿Se considera Ud. una persona que empieza las cosas, pero que no las acaba?					
19. ¿Lo molesta ser interrumpido en su trabajo?					
20. ¿Siente que tiene menos energías que el resto de la gente?					
21. ¿Odia hacer colas?					
22. ¿Se amarga Ud. fácilmente?					
23. ¿Es Ud. alguien que hace las cosas o vive aprisa?					
24. ¿Prefiere no competir con los demás?					
25. ¿Cree Ud. que hace más esfuerzos que los demás para finalizar las cosas?					
26. ¿Es Ud. lento en sus movimientos?					
27. ¿Le gusta la competencia y esforzarse por tratar de ganar?					
28. ¿Los demás lo consideran una persona calmada y fácil de tratar?					
29. ¿Es Ud. impaciente e interrumpe a la gente cuando no va directamente al grano?					

ANEXO N°3
CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO AL
ESTRÉS (COPE)

NOMBRES Y AP:

SEXO: (M) (F)

EDAD:

FECHA:

Indicar qué cosas hace o siente con más frecuencia cuando se encuentra en tal situación. Seguro que diversas situaciones requieren respuestas diferentes, pero piense en aquellos QUE MAS USA. No olvide responder todas las preguntas teniendo en cuenta las siguientes alternativas:

SIEMPRE: SI NUNCA: NO

ITEMS	SI	NO
01. Trato de estar ocupado para olvidarme de mis problemas		
02. Tengo que planificar para solucionar el problema.		
03. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema.		
04. Me esfuerzo esperando el momento apropiado para enfrentar el problema		
05. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares sobre lo que hicieron		
06. Hablo con alguien sobre mis sentimientos		
07. Busco algo bueno de lo que está pasando.		
08. Aprendo a convivir con el problema.		
09. Busco la ayuda de Dios		
10. Emocionalmente me altero y no controlo mis emociones		
11. No me es fácil aceptar que el problema ha ocurrido		
12. Dejo de lado mis metas		
13. Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema de mi mente		
14. Dedico todo mi esfuerzo para hacer algo sobre el problema.		
15. Elaboro un plan de acción		

16. Me dedico a enfrentar el problema, y si es necesario dejo de lado otras actividades		
17. Dejo de lado el problema, hasta que se presente al momento oportuno		
18. Trato de obtener el consejo de otros para saber qué hacer con el problema		
19. Busco el apoyo emocional de amigos o familiares		
20. Trato de ver el problema en forma positiva		
21. Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado		
22. Deposito mi confianza en Dios		
23. Expreso mis emociones		
24. Actúo como si el problema no hubiera sucedido realmente		
25. Dejo de perseguir mis metas		
26. Hago otras cosas o miro televisión para pensar menos en el problema.		
27. Hago paso a paso lo que tengo que hacer		
28. Me pongo a pensar que acciones debo realizar para solucionar el problema		
29. Me alejo de otras actividades para concentrarme en el problema		
30. Me aseguro de no crear problemas peores por actuar muy pronto.		
31. Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema		
32. Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo.		
33. Aprendo algo de la experiencia		
34. Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido		

35. Trato de encontrar consuelo en mi religión		
36. Siento mucha alteración emocional y los expreso a otros		
37. Me comporto como si no hubiese ocurrido el problema		
38. Acepto que puedo enfrentar al problema y lo dejo de lado		
39. Sueño despierto con otras cosas que no se relacionen al. problema		
40. Yo mismo tengo que controlar el problema.		
41. Busco la mejor manera de controlar el problema		
42. Trato que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema		
43. Evito hacer algo demasiado pronto		
44. Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema		
45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien.		
46. Trato de actuar mejor a consecuencia de la experiencia		
47. Acepto que el problema ha sucedido		
48. Rezo más de lo usual		
49. Me altero emocionalmente y estoy atento al problema		
50. Me digo a mí mismo : "Esto no es real"		
51. Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema		
52. Duermo más de lo usual.		

ANEXO N°4
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE
INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Bach. Palomino Rivera, Brenda , Bach. Ramos Trujillo, Ghisley, de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan. La meta de este estudio es determinar la relación entre los patrones de conducta y los modos de afrontamiento al estrés en pacientes cardiacos.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de manera grupal. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si algunas de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es _____

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente ___ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactara _____ al teléfono ____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y

que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactara ___ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

ANEXO Nº 5**FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**

INSTRUCTIVO: Esta encuesta se realiza con el fin conocer el perfil sociodemográfico de cada paciente para conocer las estadísticas.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

GÉNERO: _____

EDAD: _____

1. OCUPACIÓN	2. DIÁGNOSTICO MÉDICO
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ANEXO Nº 6
VALIDACION: FIABILIDAD CON ALFA DE CRONBACH

Estadísticas de fiabilidad

De Alfa de Cronbach	N de elementos
.769	28

Estadísticas de total de elemento patrón de conducta

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P1	59.8500	91.282	.264	.763
P2	59.5833	88.857	.420	.755
P3	60.6333	94.202	.088	.773
P4	59.9167	90.993	.250	.764
P5	59.6667	88.395	.394	.756
P6	59.6000	91.736	.218	.766
P7	60.1167	91.257	.233	.765
P8	59.2667	88.911	.404	.756
P9	60.6000	86.447	.520	.749
P10	60.5833	92.484	.233	.765
P11	60.1833	96.152	-.005	.777
P12	59.5000	89.000	.393	.756
P13	60.8333	91.701	.284	.762
P14	59.0667	93.250	.210	.766
P15	60.3333	87.446	.407	.755
P16	59.9333	97.690	-.090	.783
P17	59.7500	93.038	.126	.772
P18	59.2500	88.326	.464	.753
P19	60.0833	92.925	.205	.766
P20	59.2500	86.530	.458	.752
P21	59.4667	85.745	.531	.748

P22	59.4667	86.626	.492	.750
P23	59.8333	93.395	.170	.768
P24	59.7500	93.919	.154	.768
P25	59.6333	91.626	.264	.763
P26	59.5833	91.298	.367	.759
P27	60.3833	94.749	.072	.773
P28	59.6833	86.762	.495	.750

Tabla 6. Criterios de fiabilidad

Coeficiente	Criterio
Coeficiente alfa >.9	Es excelente
Coeficiente alfa >.8	Es bueno
Coeficiente alfa >.7	Es aceptable
Coeficiente alfa >.6	Es cuestionable
Coeficiente alfa >.5	Es pobre
Coeficiente alfa <.5	Es inaceptable

Fuente: elaborado por la Facultad de Estadística de la Universidad Santo Tomás.

ANEXO N° 7

Tabla de contingencia entre Modo de afrontamiento al estrés y diagnóstico de enfermedad cardiovascular en pacientes del Hospital - Base II - ESSALUD.

Variable dependiente		VI: Modo de afrontamiento al estrés			Total	
		Al problema	A la emoción	Evitativo		
Diagnostico	Hipertensión	Recuento	21 _a	22 _a	8 _a	51
		% dentro de Dx.	41.2%	43.1%	15.7%	100.0%
	arritmia	Recuento	6 _a	7 _a	3 _a	16
		% dentro de Dx.	37.5%	43.8%	18.8%	100.0%
	infarto	Recuento	11 _a	7 _a	4 _a	22
		% dentro de Dx.	50.0%	31.8%	18.2%	100.0%
	Total	Recuento	38	36	15	89
		% dentro de Diagnostico	42.7%	40.4%	16.9%	100.0%

ANEXO N° 8

Estadística no paramétrica de Chi Cuadrado (X^2) entre el diagnostico de enfermedad cardiovascular y modos de afrontamiento al estrés en pacientes del Hospital - Base II - ESSALUD.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.591 ^a	2	.002
Razón de verosimilitud	11.982	2	.003
Asociación lineal por lineal	11.891	1	.001
N de casos válidos	89		

ANEXO N° 9

Estadístico no paramétrica de Chi cuadrado (X^2) entre el diagnostico de enfermedad cardiovascular según el sexo, actividad y ocupación de pacientes atendidos en el Hospital - Base II - ESSALUD.

Variable	Estadística	Valor	df	Sig. asintótica (bilateral)
Género	Chi-cuadrado de Pearson	3.256 ^a	2	.196
	Razón de verosimilitud	3.271	2	.195
	Asociación lineal por lineal	1.401	1	.237
	N de casos válidos	89		
Actividad física	Chi-cuadrado de Pearson	1.601 ^a	2	.449
	Razón de verosimilitud	1.642	2	.440
	Asociación lineal por lineal	.863	1	.353
	N de casos válidos	89		
Ocupación	Chi-cuadrado de Pearson	23.076 ^b	12	.027
	Razón de verosimilitud	27.492	12	.007
	Asociación lineal por lineal	.186	1	.666
	N de casos válidos	89		
Edad (agrupada)	Chi-cuadrado de Pearson	6.101 ^e	10	.807
	Razón de verosimilitud	7.290	10	.698
	Asociación lineal por lineal	.354	1	.552
	N de casos válidos	89		

ANEXO N° 10

Estadística no paramétrica de Chi Cuadrado (X^2) entre patrones de conducta A-B y los modos de afrontamiento al estrés sobre pacientes con enfermedad cardiovascular atendidos en el hospital Base II- ESSALUD.

Pruebas de chi-cuadrado

Modo de afrontamiento / Diagnostico		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
AL PROBLEMA	Chi-cuadrado de Pearson	11.709 ^b	2	.025
	Razón de verosimilitud	12.462	2	.092
	Asociación lineal por lineal	11.444	1	.029
	N de casos válidos	38		
A LA EMOCION	Chi-cuadrado de Pearson	2.669 ^c	2	.263
	Razón de verosimilitud	3.944	2	.139
	Asociación lineal por lineal	2.594	1	.107
	N de casos válidos	36		
EVITATIVO	Chi-cuadrado de Pearson	.770 ^d	2	.680
	Razón de verosimilitud	.778	2	.678
	Asociación lineal por lineal	.258	1	.612
	N de casos válidos	15		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	11.631 ^a	2	.021
	Razón de verosimilitud	10.819	2	.033
	Asociación lineal por lineal	11.513	1	.219
	N de casos válidos	89		