



Evaluación de la conducta tipo A en población infantil colombiana a partir del *Matthews Youth for Health*

Stefano Vinaccia¹ (*Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia*),
Fanny Alzate (*Práctica privada, Medellín, Colombia*) y
Sergio Tobon (*Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*)

(Recibido 19 de mayo 2004/ Received May 19, 2004)
(Aceptado 20 de septiembre 2004 / Accepted September 20, 2004)

RESUMEN. El presente estudio descriptivo transversal forma parte de una investigación en la que se pretendió medir el patrón de conducta tipo A en una población infantil de diferentes estratos socio-económicos, tal y como ha sido estudiado por Matthews y Angulo a través del *Matthews Youth For Health (MYTH)*. Para esto se aplicó el *MYTH* a una muestra de 300 niños y niñas de 10 años de edad de colegios de clase alta, media y baja de la ciudad de Medellín, Colombia. Los resultados más interesantes fueron las diferencias encontradas en tres de las subescalas del *MYTH* (Agresividad, Competencia e Impaciencia) entre niñas de clase alta y de clase media con relación a las niñas de clase baja, que tuvieron siempre puntuaciones más bajas. Estas diferencias podrían llevarnos a pensar que el rol de género que plantea tradicionalmente que las niñas tienen que ser tiernas y delicadas puede ser un concepto del pasado en el estrato alto, mientras en la clase baja los patrones de conducta tradicionalmente femeninos seguirían vigentes, posiblemente resultado de modelos familiares y educativos poco competitivos y con esquemas tradicionales de cómo se tienen que comportar niños y niñas.

PALABRAS CLAVES. Patrón de conducta tipo A. *MYTH*. Psicología de la salud. Estudio descriptivo mediante encuestas de tipo transversal.

¹ Correspondencia: Apartado aéreo 81240. Envigado, Antioquia (Colombia). E-Mail: vinalpi47@hotmail.com

ABSTRACT. The present descriptive research is part an investigation in which sought to measure the pattern of behavior type A in infantile population of different goods and socioeconomic such strata and like has been studied by Matthews and Angulo, through the Matthews Yout for Health (MYTH). For this the MYTH was applied to a sample of 300 children 10 year-old girl, he/she and gets of the city of Medellín, Colombia. The most interesting results of the study were the differences found in three of the subscales of the MYTH (Aggressiveness, Competition and Impatience) between children of high class and middle-class in relation to the children of low class, who always had lower scores. These differences could take to us to think that the sort roll that raises traditionally that the children must be tender and delicate can be a concept of the past in the high layer while, in the low class the traditionally feminine patterns of conduct would follow effective, possibly result of little competitive familiar and educative models and with traditional schemes of how they must tolerate children and children.

KEY WORDS. Type A of behavior pattern. MYTH. Psychology of health. Descriptive research by means of surveys of cross-sectional type.

RESUMO. O presente estudo descritivo transversal faz parte de uma investigação na qual se pretendeu medir o padrão de comportamento tipo A na população infantil de diferentes estratos socio-econômicos, tal como tem sido estudado por Matthews e Angulo através do *Matthews Yout For Health (MYTH)*. Para isso aplicou-se o *MYTH* a uma amostra de 300 meninos e meninas de 10 anos de idade de colégios da classe alta, média e baixa da cidade de Medellín, Colombia. Os resultados mais interessantes foram as diferenças encontradas em três das subescalas do MYTH (Agressividade, Competência e Impaciência) entre meninas de classe alta e de classe média com relação às meninas de classe baixa, que tiveram sempre pontuações más baixas. Estas diferenças poderiam levar-nos a pensar que o papel do gênero que, tradicionalmente, assume que as meninas têm que ser ternas e dedicadas, pode ser um conceito do passado na classe alta, enquanto que na classe baixa os padrões de comportamento tradicionalmente femininos continuariam vigentes, possivelmente resultado de modelos familiares e educativos pouco competitivos e com esquemas tradicionais de como têm que se comportar os meninos e as meninas.

PALAVRAS CHAVE. Padrão de comportamento tipo A. MYTH. Psicologia da saúde. Estudo descritivo de tipo transversal.

Introducción

Las enfermedades coronarias se han constituido en una de las principales preocupaciones de la salud, ya que son la causa del 30% de las muertes en el mundo occidental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Hace más de 40 años, dos médicos estadounidenses, Friedman y Rosenman (1959) notaron que los factores tradicionales de riesgo coronario como antecedentes familiares, tabaquismo, sedentarismo, presión sanguínea alta, triglicéridos, glicemia, obesidad, no explicaban totalmente la aparición de esta enfermedad, ya que habían observado en estos pacientes un patrón de conducta que se caracterizaba por extrema ambición, impulso competitivo, impacien-

cia, hostilidad y extrema sensibilidad ante la urgencia de tiempo y las presiones. Esta conducta, que ellos denominaron de tipo A, se manifestaba en ciertos factores del habla (lenguaje rápido y explosivo), algunas manifestaciones psicomotoras (postura de alerta, expresión de tensión facial, caminar rápido y hacer las cosas apresuradamente) y ciertas conductas interpersonales (interrumpir a los demás y retarlos). Los primeros trabajos epidemiológicos que confirmaron el patrón de conducta de tipo A como factor de riesgo coronario fueron de tipo prospectivo; véase entre otros el *Western Collaborative Group Study* (Rosenman, Brand y Jenkins, 1975) o el estudio de Framingham (Haynes, Feinleib y Kaungil, 1980). Con el paso del tiempo se puso en duda la validez de estos resultados por falta de apareo de la muestra a nivel de género, edad, status social, factores étnicos, estilos de vida, etc. Esto llevó al desarrollo de múltiples investigaciones que arrojaron resultados negativos sobre la asociación entre la conducta tipo A y las enfermedades coronarias (véase Williams, 1996). Al respecto, Goldstein y Niaura (1992), tras una extensa revisión de estudios sobre la asociación entre el patrón de conducta tipo A y los trastornos coronarios, resumen los datos de la siguiente manera: “la evidencia epidemiológica sugiere que el patrón de conducta tipo A es un factor de riesgo para la enfermedad coronaria, pero la evidencia sugiere que una vez que la enfermedad coronaria está presente o el riesgo es alto, la presencia del patrón de conducta tipo A global no incrementa el riesgo de tener posteriores sucesos mórbidos, excepto quizás en la muerte cardíaca súbita” (p. 138). Actualmente se considera también que los componentes del patrón de conducta tipo A (PCTA) influyen de manera diferente como factores de riesgo en las enfermedades coronarias dependiendo de sus relaciones con otras variables psicológicas como el estilo atributivo, extroversión-introversión, tipo de situación, autoperfeccionismo, etc. (Palmero, Breva, Diago, Diez y García 2002; Vera-Villaruel, Sánchez y Cachinero, 2004).

Por otro lado, en las revisiones más recientes sobre los factores psicosociales más relacionados con enfermedades cardíacas sigue apareciendo el patrón de conducta tipo A, junto a la depresión, la hostilidad, la ira, la ansiedad y el aislamiento social [véanse Fernández Abascal y Martín (2001), Gil-Roales, López y Blanco (2004), Grundy (1999), Hemingway y Marmot (1999), Martín (2003) y Nieto, Abad, Esteban y Tejerina (2004)]. Otro aspecto interesante sobre el tema de la conducta tipo A, lo plantea Cuesta (1990) al hablar de su origen y desarrollo. Al respecto hay diferentes modelos explicativos que van desde modelos de aprendizaje social (Bandura, 1977), a necesidades de control sobre el entorno ante situaciones que exigen del sujeto un elevado interés (Glass, 1977; Matthews y Siegel, 1982).

La medición del patrón de conducta tipo A en la infancia y adolescencia ha sido algo complejo, ya que los diferentes instrumentos diseñados han tenido criterios distintos sobre la medición de este constructo. Matthews y Angulo (1980) desarrollaron los estudios pioneros al diseñar el *Matthews Youth For Health (MYTH)*; posteriormente, se validaron otros instrumentos: el Stabs (Kirmil y Agleston, 1987), el Cuestionario de Conducta Tipo A (Tron y Reynoso, 2000) o el *Hunter-Wolf* (Hunter y Wolf, 1980). La disparidad de los criterios psicométricos para construir cada prueba trajo como consecuencia resultados contradictorios sobre la estabilidad, desarrollo y evolución del patrón de conducta tipo A en la infancia. Con base en esto, nuestra revisión de antece-

dentes se desarrolló sobre la evaluación y validación de la conducta tipo A a partir sólo del MYTH.

Las investigaciones pioneras de Matthews y Angulo (1980), Matthews y Siegel (1982) y Bichop, Hailey y Anderson (1987) encontraron básicamente lo siguiente:

- Las puntuaciones del patrón de conducta tipo A (PCTA) son más altas en los niños que en las niñas.
- Las puntuaciones del PCTA son más altas en clase alta que en clase media.
- Las puntuaciones del PCTA son más altas en áreas urbanas que en áreas rurales.
- Las puntuaciones de la sub-escala agresividad del PCTA son más altas en niños que en niñas.
- El PCTA es muy inestable en varones de clase alta y aumenta a medida que se incrementa la edad.
- El PCTA es relativamente estable en niños y niñas de clase media y en niñas de clase alta.

Por otro lado, son particularmente importantes las investigaciones en ambientes culturales diferentes a Estados Unidos. Véase entre otras las investigaciones de Del Pino y Pérez (1993) en España, donde se encontraron diferencias significativas a favor de los niños con relación a las niñas en Impaciencia y Agresividad) pero no en Competencia-liderazgo). Por otro lado, Del Pino y Pérez (1993) encontraron que los alumnos de los cursos inferiores independientemente del género son más competitivos que los cursos superiores y que los niños de los cursos inferiores son más impacientes y agresivos que los de cursos superiores, llegando a la conclusión que la presencia de los componentes del PCTA disminuye a medida que se avanza en la escolarización, quizás debido a la socialización y educación de la permanencia en los colegios. Estos resultados contradictorios entre las investigaciones estadounidenses y españolas nos pueden llevar a plantear la hipótesis que el PCTA en los diferentes estados de la niñez y la pre-adolescencia no es un constructo rígido sino elástico, existiendo numerosos factores psicosociales que determinan su evolución.

Siguiendo esta hipótesis, en Colombia, como en la gran mayoría de los países latinoamericanos, existe una población heterogénea con marcadas diferencias sociales y étnicas, y una fuerte estratificación social urbana que lleva a algunos segmentos poblacionales a niveles de vida del llamado Primer Mundo y a otros a niveles de vida del llamado Tercer Mundo. Barbera (1998) plantea que las personas aprenden a comportarse de manera diferenciada en la medida que reciben refuerzos diferenciados y son expuestos a modelos distintos. Pero como se ha ido reconociendo paulatinamente, los modelos que observan e imitan no son solo los de su propio género, sino también los que representan poder y dominio o aquellos con los que se establece una estrecha relación afectiva. Estos modelos predicen qué varones y mujeres se comportan de forma similar en situaciones equivalentes, dependiendo de las oportunidades prácticas y de los resultados que se puedan conseguir. Las diferencias comportamentales desaparecen cuando las fuerzas sociales afectan de forma similar a hombres y mujeres (Kahn y Yoder, 1989, citado por Barbera, 1998). Esto se puede relacionar con los estudios de Restrepo (1999) sobre desigualdad de género en Colombia, en los que se encontró que

los cambios sociales a nivel de género están ocurriendo rápidamente en aquellos estratos donde las condiciones económicas y sociales son mejores. El objetivo de este estudio descriptivo mediante encuestas de tipo transversal (Montero y León, 2005) fue estudiar la conducta tipo A en una población infantil colombiana de ambos géneros y diferentes estratos socioeconómicos a partir del *Matthews Youth for health (MYTH)*. En la redacción del artículo se siguieron las pautas propuestas por Ramos-Alvarez y Catena (2004).

Método

Participantes

Se seleccionaron 300 participantes (150 niños y 150 niñas de 10 años de edad) por medio de muestreo no aleatorio en seis colegios privados de la ciudad de Medellín (Colombia); de ellos, 100 fueron clasificados de clase alta (50 niños y 50 niñas), 100 de clase media (50 niños y 50 niñas) y 100 de clase baja (50 niños y 50 niñas). Estas categorías fueron determinadas según los criterios establecidos por el Ministerio de Educación de Colombia en el artículo 202 de la Ley 115 de 1994 y el decreto 2253 de 1995, los cuales dependen de tres categorías: recursos institucionales, recursos humanos y recursos pedagógicos.

Instrumentos

El *Matthews Youth Test For Health (MYTH)* (Matthews y Angulo, 1980) está compuesto de 17 preguntas con respuesta tipo Likert que va de Extremadamente no característico (1) a Extremadamente característico (5). Mediante análisis factorial se encontró que la puntuación total podía ser dividida en dos subescalas (Competencia-liderazgo e Impaciencia-agresión), tanto en la versión estadounidense como en la versión española de Del Pino y Pérez (1993). El MYTH ha mostrado índices de confiabilidad test-retest superiores a 0,80 y coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) superiores a 0,85.

Procedimiento

Los educadores que aplicaron el MYTH en los seis planteles educativos fueron seleccionados según los siguientes criterios: licenciatura en Educación, tiempo mínimo de 6 meses de contacto con los niños evaluados, director de grupo evaluado y docente como mínimo de dos materias. Posteriormente, dado que el MYTH es una prueba que debe ser contestada por los profesores, se impartió a éstos un taller de cuatro horas de duración sobre habilidades de observación y sobre las características específicas del patrón de conducta tipo A. Este entrenamiento se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de Tron y Reinoso (2000) para tratar de unificar los criterios de observación y clasificación de los distintos profesores. Finalmente, los cuestionarios fueron aplicados en el aula de clase de cada uno de los grupos.

Resultados

Para buscar posibles diferencias estadísticas en las puntuaciones promedio que alcanzaron los niños y niñas de clase alta, media y baja en el MYTH se utilizó la prueba de varianza F y se consideraron significativos los resultados que alcanzaran un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. El procesamiento de los datos se desarrolló mediante el paquete estadístico SPSS Versión 8.0 para Windows. En la Tabla 1 encontramos las puntuaciones en las cuatro subescalas que componen el patrón de conducta tipo A, según el MYTH, analizadas por separado.

TABLA 1. Comparación de puntuaciones de los componentes de la conducta tipo A según la clase social.

<i>Componentes tipo A</i>	<i>Clase Social</i>	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Impaciencia	Alta	100	3,14	3,41	0,034
	Media	100	2,84		
	Baja	100	2,95		
Competitividad	Alta	100	3,13	0,63	0,532
	Media	100	3,19		
	Baja	100	3,07		
Liderazgo	Alta	100	2,85	5,09	0,007
	Media	100	3,28		
	Baja	100	2,87		
Agresividad	Alta	100	3,14	5,82	0,003
	Media	100	2,98		
	Baja	100	2,74		

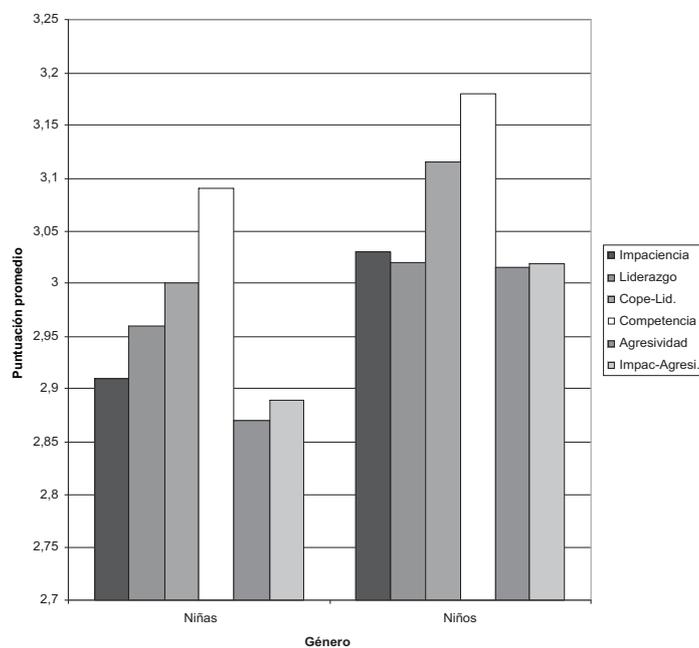
Los resultados nos muestran que los niños y las niñas de clase alta tienden a puntuar en las subescalas de agresividad significativamente más alto que los niños de clase media y baja. Igualmente, encontramos diferencias significativas en las puntuaciones de los niños y niñas de clase alta en la subescala Impaciencia en comparación a los de clase media y baja. Mientras, en la subescala Liderazgo las puntuaciones más altas las obtienen los niños y niñas de clase media. No hay diferencias significativas en las tres clases sociales entre niños y niñas en la subescala Competitividad.

En la Tabla 2 encontramos las puntuaciones de las escalas Competencia-Liderazgo e Impaciencia-Agresividad. Los niños y niñas de clase alta tienden a puntuar significativamente más alto que los de clase media y baja en Impaciencia-Liderazgo del MYTH mientras que en la escala Competencia-Liderazgo, los niños y niñas de clase media tienden a puntuar significativamente más alto que los niños y niñas de clase alta y baja.

TABLA 2. Comparación de las puntuaciones de las escalas asociadas del tipo A según la clase social.

<i>Escalas de componentes MYTH</i>	<i>Clase social</i>	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Competencia – Liderazgo	Alta	100	2,99	3,25	0,040
	Media	100	3,23		
	Baja	100	2,96		
Impaciencia – Agresividad	Alta	100	3,13	4,942	0,008
	Media	100	2,91		
	Baja	100	2,84		
Promedio total	Alta	100	3,06	2,231	0,109
	Media	100	3,07		
	Baja	100	2,90		

En la Figura 1 se comparan, con relación al género, los promedios de los componentes y de las escalas asociadas. En los componentes no se visualizan diferencias significativas, pero se aprecia que son menores en las niñas. En la escala asociada Impaciencia-Agresividad se encuentra una tendencia significativa en el género, siendo mayor en los niños.

FIGURA 1. Comparación de los promedios de los componentes de la conducta tipo A según el género.

En las Figuras 2, 3, 4 y 5 observamos los componentes agresividad, competencia, impaciencia y liderazgo por género, dentro de cada clase social. En la Figura 2 visualizamos que el componente agresividad es significativamente superior en niños y niñas de clase alta, en la Figura 3 que el componente competencia es significativamente superior en los niños de clase media y en niñas de clase alta, en la Figura 4 que el componente impaciencia es superior en niños de la clase baja, sin llegar a niveles significativos, mientras es muy superior en las niñas de clase alta; en la Figura 5 visualizamos que el componente liderazgo es significativamente superior en niños y niñas de clase media.

FIGURA 2. Componente de agresividad por género dentro de cada clase social.

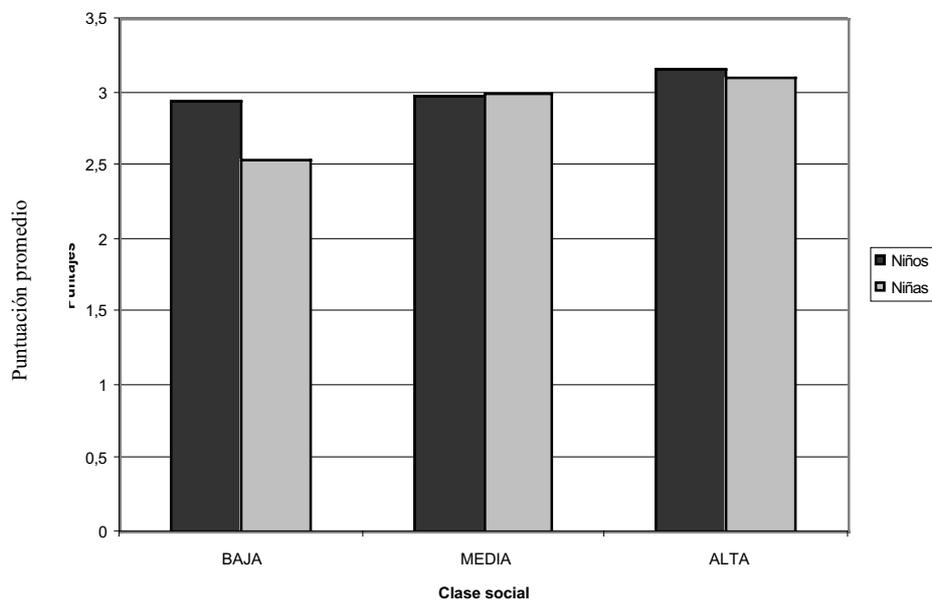


FIGURA 3. Componente de competencia por género dentro de cada clase social.

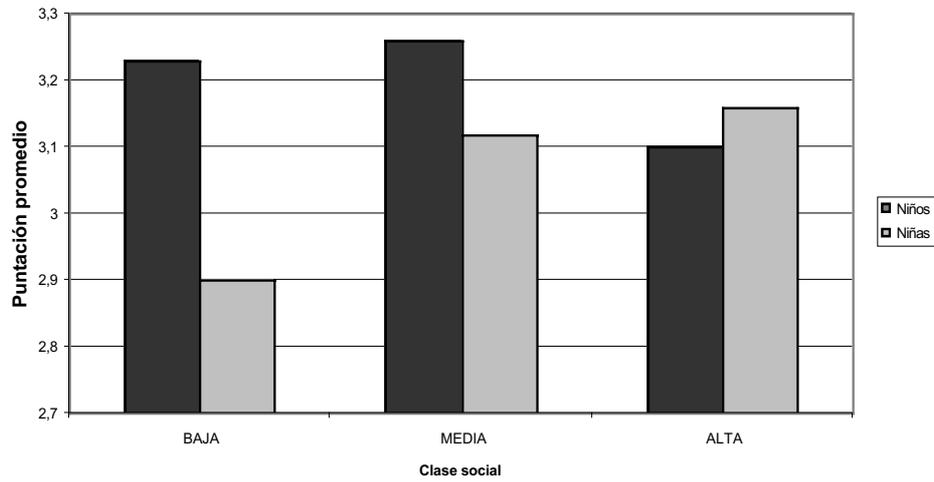


FIGURA 4. Componente de impaciencia por género dentro de cada clase social.

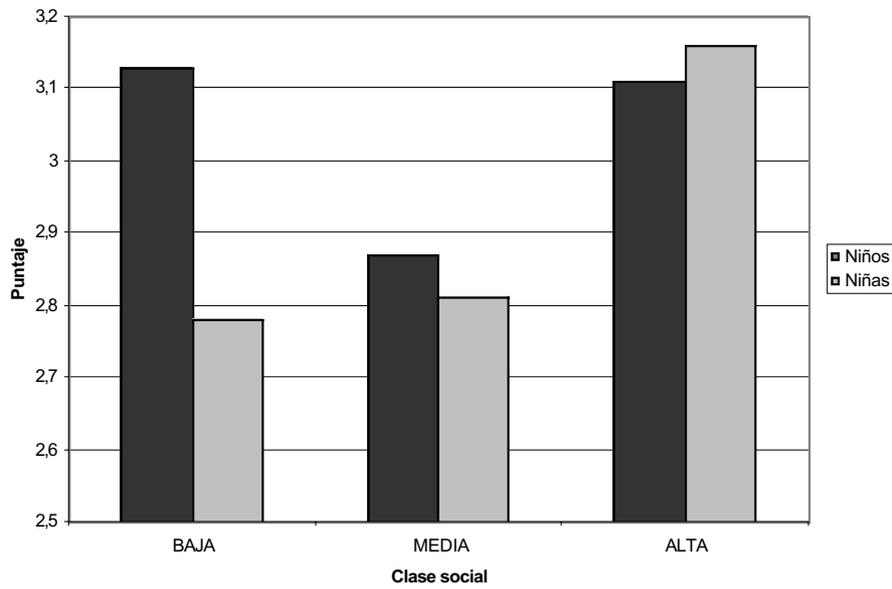
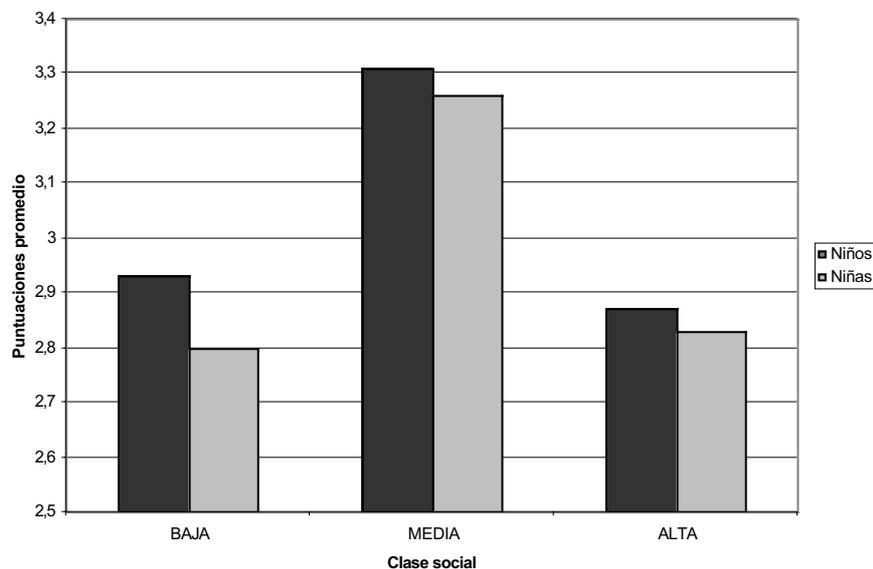


FIGURA 5. Componente de liderazgo por género dentro de cada clase social.

En la Tabla 3 se presenta la matriz de correlaciones Spearman entre los cuatro componentes de la conducta tipo A; todos los componentes muestran una relación significativa entre sí y el MYTH tiene buenos niveles de confiabilidad y validez en la muestra investigada.

TABLA 3. Matriz de correlaciones entre los componentes de la conducta tipo A.

Componentes del MYTH	Agresividad	Competencia	Competencia – Liderazgo	Impaciencia	Impaciencia Agresividad
Competencia	0,64***				
Competencia–Liderazgo	0,58***	0,83**			
Impaciencia	0,35**	0,16**	0,03		
Impaciencia Agresividad	0,81***	0,49***	0,36***	0,80***	
Liderazgo	0,43***	0,56***	0,92***	-0,05	0,22***
Promedio total	0,82***	0,83***	0,86***	0,42**	0,76***

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$

Finalmente, en la Tabla 4 observamos la asociación entre el grado de conducta tipo A y el género según las tres clases sociales, encontrándose diferencias significativas solamente en la clase baja entre niños y niñas.

TABLA 4. Asociación entre el grado de conducta tipo A y el género según las clases sociales.

CLASE SOCIAL	GRADO DE TIPO A	DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL GÉNERO						GRADO DE ASOCIACIÓN	
		Nº niños	%	Nº niñas	%	Total	%	Chi-cuadrado	p
Baja	Alto	17	68%	8	32%	25	25%	12,28	0,015
	Bajo	7	26,90%	19	73,10%	26	26%		
	Medio-Alto	6	66,70%	3	33,30%	9	9%		
	Medio-Bajo	8	38,10%	13	61,90%	21	21%		
	Medio	12	63,20%	7	36,80%	19	19%		
Media	Alto	6	37,50%	10	62,50%	16	16%	6,45	0,167
	Bajo	13	59,10%	9	40,90%	22	22%		
	Medio-Alto	10	43,50%	13	56,50%	23	23%		
	Medio-Bajo	5	33,30%	10	66,70%	15	15%		
	Medio	16	66,70%	8	33,30%	24	24%		

Discusión

Los resultados hallados en la presente investigación muestran la existencia del patrón de conducta tipo A en la población estudiada y de diferencias en cuanto a la clase socio-económica (alta, media y baja) y sus diferentes niveles de relación con la variable género. En líneas generales, la primera gran conclusión que podemos plantear con los resultados es que en relación al género no se presentan diferencias significativas en las puntuaciones del MYTH entre niños y niñas en el conjunto de la muestra, a diferencia de los estudios hechos en Estados Unidos (Matthews y Angulo, 1980) y en España (Del Pino y Pérez, 1993), en los que se encontró que los niños puntuaban más que las niñas en los subfactores Agresión e Impaciencia del MYTH. Por otro lado, en relación con el nivel socioeconómico encontramos, igual que Thorensen y Patillo (1988), que en los cuatro subfactores del MYTH puntuaban siempre más alto los niños y niñas de clase alta y media en comparación a la clase baja. No obstante, los resultados más interesantes del estudio, en nuestra opinión, fueron las diferencias encontradas en tres de las subescalas del MYTH (Agresividad, Competencia e Impaciencia) entre niñas de clase alta y de clase media con relación a las niñas de clase baja, que tuvieron siempre puntuaciones más bajas. Estas diferencias podrían llevarnos a pensar que el rol de género que plantea tradicionalmente que las niñas tienen que ser más suaves, tiernas y delicadas que los niños y desarrollar actividades que no impliquen lucha pueden ser un concepto del pasado en el estrato alto y parcialmente en el estrato medio, donde éstas son vistas como fuertes, agresivas y líderes; mientras, en la clase baja los patrones de

conducta tradicionalmente femeninas seguirían vigentes, posiblemente resultado de modelos familiares y educativos poco competitivos y con esquemas tradicionales de cómo se tienen que comportar niños y niñas. La clase baja fue el único de los estratos donde siempre los niños puntuaron más que las niñas en las puntuaciones del MYTH. Al respecto, Ardila (1986), en su libro sobre la psicología del hombre colombiano, al referirse a los roles de género en los estratos bajos de la cultura andina plantea que “en los niños se refuerza el comportamiento brusco en el hombre y se castiga en la mujer. La iniciativa y la asertividad también se valoran si la expresa un varón y mucho menos su parte en la niña” (p. 125). La antropóloga Gutiérrez de Pineda (1963, 1965, 1975) en sus diferentes obras sobre la familia en Colombia planteaba que en la subcultura andina de la montaña de donde es nuestra muestra antioqueña de Medellín, las niñas crecen en un ambiente donde la madre tiene un alto estatus familiar. El hecho que más del 80% de las madres de las niñas de la muestra de clase alta desempeñaran cargos ejecutivos, mientras que las madres de las niñas de la muestra de clase baja desempeñaran oficios poco calificados, podrían llevarnos a asumir la hipótesis de que los principios de refuerzo y modelado, entendido éste como un refuerzo vicario que incluye tanto la observación como la imitación, representaron el fundamento teórico del desarrollo del patrón de conducta tipo A en la infancia, lo cual no excluye obviamente que otros procesos independientes o interdependientes se desarrollen posteriormente. Al respecto, Forgays (1996) encontró en una investigación con 940 adolescentes que aquellos que tenían padres con características de tipo A tendían también a puntuar más alto en la medición del patrón tipo A en comparación a adolescentes con padres sin este patrón conductual definido.

Para terminar, es importante resaltar que los resultados de esta investigación pueden servir de base a futuros proyectos en el área donde se deberá estudiar longitudinalmente la estabilidad del patrón de conducta tipo A, tanto en niños como en niñas, prestando particular atención al subfactor Agresividad del MYTH, un componente central de las variables ira y hostilidad que han sido fuertemente asociados en la literatura a la enfermedad coronaria (véase Sandín, 2002).

Referencias

- Ardila, R. (1986). *Psicología del hombre colombiano*. Bogotá: Planeta.
- Bandura, A. (1977). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Barcelona: Alianza.
- Barbera, E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel.
- Bichop, E., Hailey, Y. y Anderson, H. (1987). Assessment of type A behavior in children. *Journal of Human Stress*, 14, 121-127.
- Cuesta, V. (1990). Patrón de conducta tipo A en niños y adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 233-243.
- Del Pino, A. y Pérez, M. (1993). Evaluación y validación de la conducta tipo A en adolescentes a partir del MYTH. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49, 127-134.
- Fernández-Abascal, E. y Martín, D. (2001). Estrés y prevención coronaria. En J. Buceta, A. Bueno y B. Mas (Eds.), *Intervención psicológica y salud* (pp.105-166). Madrid: Dykinson.
- Friedman, M. y Rosenman, R. (1959). *Conducta tipo A y su corazón*. Barcelona: Grijalbo.
- Forgays, D.K. (1996). The relationship between Type A parenting and adolescent perceptions of family environment. *Adolescence*, 31, 841-862.

- Glass, D. (1977). *Behavior pattern, stress and coronary disease*. Hillsdale N.J.: Erlbaum.
- Gil-Roales, J., López, F. Blanco, J.L. (2004). Comportamiento como riesgo para trastornos cardiovasculares. En J. Gil-Roales (Ed.), *Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones* (pp. 407-433). Madrid: Pirámide.
- Goldstein, M. y Niaura, R. (1992). Psychological factors affecting physical conditions cardiovascular disease. *Psychosomatics*, 33, 134-145.
- Grundy, S. (1999). Prevención primaria de la enfermedad coronaria. *Circulación*, 100, 988-998.
- Gutiérrez de Pineda, V. (1963). *La familia en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Gutiérrez de Pineda, V. (1965). *Familia y cultura en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Gutiérrez de Pineda, V. (1975). *Estructura, función y cambio de la familia en Colombia*. Bogotá: Ascofame.
- Haynes, S., Feinleib, M. y Kaungil, W. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 111, 37-58.
- Hemingway, H. y Marmot, M. (1999). Psychosocial factors etiology and prognosis coronary heart disease. *British Medical Journal*, 318, 1460-1467.
- Hunter, S. y Wolf, T. (1980). *Total cholesterol, tryglycerides, lipoproteins and the A – B coronary – prone. Behavior pattern in children*. Nueva York: Franklinton Heart Study Publication.
- Kirmil, K. y Agleston, E. (1987). Developing measures of type A, behavior children and adolescents. *Journal of Human Stress*, 14, 5-15.
- Martín, M. J. (2003). Intervención psicológica en el servicio de cardiología. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 349-369). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Matthews, K. y Angulo, J. (1980). Measurement of the tipe A behavior pattern in children. *Child Development*, 51, 466-475.
- Matthews, K. y Siegel, J. (1982). The type A behavior pattern in children and adolescents. En A. R. Baum y E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 136-158). Hillsdale: Erlbaum.
- Montero, I. y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Nieto, J., Abad, M., Esteban, M. y Tejerina, M. (2004). Las enfermedades cardiovasculares y respiratorias. En J. Nieto, M. Abad, M. Esteban y M. Tejerina (Eds.), *Psicología para las ciencias de la salud* (pp. 199-218). Madrid: Mc Graw Hill.
- Palmero, F., Breva, A., Diago, J., Diez, J. y García, I. (2002). Funcionamiento psicológico y susceptibilidad a la sintomatología premenstrual en mujeres tipo A y tipo B. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 111-136
- Ramos-Álvarez, M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos experimentales en ciencias del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189
- Restrepo, D. (1999). *Desigualdad de género*. Bogotá: ICFES.
- Rosenman, R., Brand, R. y Jenkins, C. (1975). Coronay heart disease in the western collaborative group study. *Journal of American Medical Association*, 233, 872-877.
- Sandín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: Un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 1-18.
- Thorensen, C. y Patillo, J. (1988). *Exploring the type A behavior pattern in children and adolescents*. Rochester: Snyder.

- Tron, R. y Reinoso, L. (2000). Evaluación del patrón de conducta Tipo A en niños: Un estudio longitudinal. *Psicología Conductual*, 8, 85-95.
- Vera-Villaruel, P., Sánchez, A. y Cachinero, J. (2004). Analysis of the relationship between the Type A Behavior pattern and faer of negative evaluation. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 313-322.
- Williams, (1996). Coronary – Prone behaviors, hostility and cardiovascular health: Implications for behavioral and pharma-cological interventions. En K. Orth-Gomer y N. Schneiderman (Eds.), *Behavioral Medicine Approaches to cardiovascular disease prevention* (pp. 135-149). Mahwah: Erlbaum.