

**Relación entre el tiempo en el cargo, la edad, el sexo, estrés
laboral, el estilo de vida y la expresión de la ira con el riesgo de
sufrir enfermedades cardiovasculares**

Trabajo de Investigación presentado por:

Ricardo CABRERA

a la

Escuela de Psicología

Como requisito para obtener el título de:

Licenciado en Psicología

Profesor Guía:

Yolanda CAÑOTO

Caracas, junio 2018

AGRADECIMIENTO

Me gustaría agradecer todos los empleados y profesionales de la Universidad Católica Andrés Bello que aceptaron llenar la encuesta. A mi tutora de tesis, Yolanda Cañoto por haber mantenido un constante apoyo en formas de consejos y correcciones a lo largo de todo el trabajo. A la profesora Angelucci por siempre estar disponible para aclarar dudas en el trabajo. Y a mis compañeros de clase; Daniel Chaustre, Alexandra Díaz y Vanessa Quintero por sus consejos y por apoyarme a lo largo de toda la tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDO

MARCO TEÓRICO	12
Estrés Laboral	13
Estilo de Vida	19
Expresión de la Ira	23
Sexo, Edad y Tiempo en el cargo	28
MÉTODO	32
Problema	32
Hipótesis generales y específicas	32
Variables por controlar	35
Tipo de investigación	36
Diseño de investigaciones	36
Diseño muestral	37
Instrumentos	37
Hojas de datos de Identificación	37
Cuestionario Desbalance Esfuerzo-Recompensa	38
Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre el Estilo de Vida	39
Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera	41
Procedimiento	41
ANÁLISIS DE DATOS	44
DISCUSIÓN	62
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS	71
ANEXO A	69
ANEXO B	69
ANEXO C	80

ANEXO D

84

ANEXO E

86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de la muestra	44
Tabla 2. Ítems de estrés laboral	46
Tabla 3. Ítems de la escala de Implicación	47
Tabla 4. Dimensiones del estilo de vida	48
Tabla 5. Ítems del estil de vida	51
Tabla 6. Dimensiones de Expresión de la Ira	52
Tabla 7. Ítems de Expresión de la Ira	53
Tabla 8. Multicolinealidad	54
Tabla 9. Correlaciones significativas (al 5%) y altas (r igual o mayor que 0,6)	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ilustración gráfica del modelo de demanda y control	16
Figura 2. Modelo ERI	17
Figura 3. Esquema de los cuatro mecanismos de relación entre las emociones y salud	23
Figura 4. Diagrama de rutas propuesto	33
Figura 5: Diagrama de ruta final	57

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo estudiar la relación entre el tiempo en el cargo, la edad, el sexo, el estrés laboral, la expresión de la ira y el estilo de vida con el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (RECV) en empleados y profesionales de la Universidad Católica Andrés Bello. Mediante un diseño de ruta a partir de los datos de autoinforme aplicados a cada participante para así hacer regresiones múltiples entre cada variable del problema con la presión arterial y el colesterol, incluyendo a la variable implicación como un dato adicional. lo cual dio como resultado un modelo que explicó el 2,2% de la varianza de la presión arterial y 12,6% de la varianza de colesterol. Siendo la actividad física la única correlación directa con la presión arterial ($r=0,163$ $p=0,05$), mientras que el colesterol tuvo correlación directa con la recreación ($r=0,164$ $p=0,05$), el autocuidado y chequeo médico ($r=0,185$ $p=0,05$) y la edad ($r=$ $p=0,05$). El estrés laboral y la expresión de la ira tuvieron correlaciones indirectas con el RECV mediante el estilo de vida ($r=0,174$ y $r=0,226$ respectivamente con $p=0,05$) y el tiempo en el cargo y el sexo no tuvieron correlaciones significativas en el modelo. Todo de lo cual llevó a concluir que el estilo de vida media entre la relación del estrés laboral y la expresión de la ira con el RECV y que tener espacios de recreación y descanso además de hacer actividades físicas reducen el RECV. Sin embargo, el estudio no logró concluir con certeza la relación entre las variables debido a que los indicadores del RECV fueron reportados en vez de medidos.

INTRODUCCIÓN

El estudio de las enfermedades cardiovasculares ha sido de gran importancia en la salud dado su alto índice de mortalidad, que la ubica entre las enfermedades no transmisibles más mortales del mundo (OMS, 2016). Esto incluye la importancia de aspectos psicológicos que pudieran o no influenciar el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (RECV) (Everson-Rose y Lewis, 2005).

Así pues, considerando la información empírica existente sobre el tema, se sabe que mientras más tiempo se lleve en el cargo mayor RECV (Sifuentes, 2011), lo cual pudiera deberse a la edad ya que a medida que uno es mayor tiene un mayor RECV (Laham, 2008). También aquellas personas con más tiempo en el trabajo están más expuestas a situaciones de estrés dentro del mismo, lo cual representa un mayor RECV para los empleados (Angelucci, 2006; Laham, 2008; Rosa, Albiol, Salvador, 2009; Lázlo, Ahnve, Hallqvist, Ahlbom y Jansky, 2009; Duval, Gonzáles, Rabia, 2010) .

Además, se sabe que si una persona tiene un estilo de vida saludable no nada más disminuye directamente el RECV (Diaz-Realpe, Muñoz,-Martinez y Sierra-Torres, 2007; Cerecero Hernández, , Aguirre Váldez y Huitron, 2009; Sifuentes, 2011; Suarez, Vidáles, Arias, 2014) sino que las prácticas dirigidas al mantenimiento de la salud se traducen en menor estrés dentro del trabajo que, por consecuencia, lleva a una disminución del RECV (Rosa, Albiol, Salvador, 2009; Suarez, Vidáles, Arias, 2014). Así mismo, manejar las emociones negativas de forma efectiva tiende a tener menor RECV (Diamond, 1985; Pérez García, San Juan, Rueda y Ruiz, 2011). Además, se ha evidenciado que aquellos que tienden a manejar las emociones de forma efectiva también tienden a practicar conductas preventivas de la salud (Pérez García, San Juan, Rueda y Ruiz, 2011).

Sin embargo, aún quedan aspectos inconclusos sobre la influencia que puedan tener aspectos psicológicos sobre el RECV. Como la interacción entre las variables psicológicas, cuales median dentro de la relación o si se puede pensar que todas las emociones negativas o prácticas saludables tiene una correlación similar con el RECV (Everson-Rose y Lewis, 2005). Por eso el presente estudio pretendió indagar sobre la relación del tiempo en el cargo, la edad, el sexo, el estrés laboral,

el estilo de vida, la expresión de la ira, y el riesgo de enfermedades cardiovasculares (RECV). Para así, comprender, en mayor profundidad, el efecto de variables psicológicas sobre las enfermedades cardiovasculares (ECV). Al igual que discriminar si el experimentar una emoción negativa es suficiente para aumentar el RECV o la forma en la que se expresa la emoción podría a influenciar la relación de alguna manera.

Entonces, para lograr obtener conclusiones, se sirvió de la colaboración de los empleados y profesionales de la Universidad Católica Andrés Bello, mediante autoinformes con respecto a cada variable. Y se hizo un estudio no experimental y relacional donde se contrastó las variables mediante regresiones múltiples. De esta manera se obtuvo un diagrama de ruta donde se estableció el sexo, la edad y el tiempo en el trabajo como variables exógenas, y el estrés laboral, la expresión de la ira, estilo de vida y riesgo de enfermedades cardiovasculares como variables endógenas.

Así pues, aparte de poder conocer en mayor profundidad las relaciones existentes de las variables psicológicas también se pudo tener una mirada a la salud actual y los hábitos de salud de los trabajadores en la universidad. Aspectos como que practicas saludables son más comunes, como tienden a expresar la ira, que tanto estrés sufren actualmente y que tanto riesgo tienen de sufrir enfermedades cardiovasculares. Información que luego podría usarse para la formación de programas de prevención y para mejorar la salud de los trabajadores en la universidad Católica Andrés Bello.

En este documento, se presentan los resultados y conclusiones de dicha investigación. Sin embargo, para poder entender los resultados y conclusiones se considera relevante exponer, con detenimiento, los antecedentes con respecto a las variables estudiadas. Así como la descripción de los instrumentos y procedimientos utilizados en el presente estudio.

MARCO TEÓRICO

Enfermedades Cardiovasculares

La Sociedad para la Salud Psicológica, división 38, según la categorización de la APA, se ha interesado en el estudio de las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) por ser considerada como la causa de muerte número uno a nivel mundial (OMS 2016). Así mismo, ha sido estudiada por la Sociedad para la Psicología Organizacional e Industrial, división 14 según la APA, por la implicación que aspectos laborales; como el estrés laboral o el Burnout, tienen sobre las ECV (Everson-Rose y Lewis, 2005).

Para la Organización Mundial de la Salud (2016) una ECV puede ser definida como:

“un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen: (a) la cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco; (b) las enfermedades cerebrovasculares: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro; (c) las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores; (d) la cardiopatía reumática: lesiones del músculo cardíaco y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos; (e) las cardiopatías congénitas: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento; y (f) la trombosis venosas profundas y embolias pulmonares: coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones” (OMS, 2015, pp.1)

Estas enfermedades son difíciles de preveer pues no suelen presentar síntomas subyacentes y su primera expresión puede ser un ataque al corazón o accidentes vasculares cerebrales. Lo que ocurre cuando la obstrucción de los vasos sanguíneos (ya sea por depósitos de grasa, coágulos o hemorragias) evitan la

correcta irrigación de sangre al resto del cuerpo, llevando, de manera aguda, a mareos, dolor en el pecho, pérdida de equilibrio y conciencia, dolor en el brazo izquierdo, dificultades para hablar y, en ocasiones, a la muerte. (OMS, 2015)

Sin embargo, existen factores Biológicos como; (a) la Hipertensión, (b) el sobrepeso, (c) la diabetes y (d) la dislipidemia que pueden causar ECV (Díaz-Realpe, Muñoz-Martínez y Sierra-Torres, 2007; Banegas, Villar, Graciani y Artalejo, 2006; OMS, 2015). Por lo que es posible predecir la probabilidad de sufrir una ECV gracias a la prevalencia de estos factores biológicos. Algo que en la literatura científica es denominada como Riesgo de Sufrir enfermedades Cardiovasculares (RECV) (OMS, 2015).

Además, como se mencionó antes, ciertas variables psicológicas aumentan la prevalencia de los factores biológicos que causan ECV. Siendo útiles para predecir con mayor precisión la probabilidad de que alguien sufra un ECV (Everson-Rose y Lewis, 2005).

Estrés Laboral

Entre estas variables psicológicas una de las más estudiadas en su relación con la salud es el estrés. Este puede ser definido como una respuesta, como un estímulo, situación o como la interacción entre el ambiente y la respuesta (Angelucci, 2006).

La definición del estrés basada en la respuesta viene de Seyle (1956) quien define al estrés por su funcionamiento, como un estado del organismo manifestado por un síndrome que consiste en cambios en un sistema biológico. Esto ubica al estrés como una respuesta homeostática ante las demandas del ambiente. Planteamiento que permitió establecer distintas respuestas de estrés (Huber, 1980), ya sean: cognitivas, fisiológicas o motoras. Las cognitivas hacen referencia a todos los procesos de pensamiento y percepción, atención, concentración y procesamiento de información. Mientras que las respuestas fisiológicas abarcan todas las reacciones del sistema nervioso vegetativo y órganos. Por último, las respuestas a nivel motor involucran todos los músculos estriados del cuerpo, los sujetos a control voluntario, que permiten dar respuestas de huida o agresión, por ejemplo.

La definición del estrés como respuesta hacen difícil predecir y anticipar lo

que será un estresor hasta que se dé una respuesta por lo que surgen definiciones enfocadas en los estímulos estresores (Lazarus y Folkman, 1984). Para Huber (1980) un estímulo estresor se refiere a “un recorte más o menos complejo del medio ambiente, cuya alteración físico-energética es capaz de excitar los receptores del organismo teniendo como consecuencia las correspondientes reacciones” (pp. 15). Así pues, el estrés puede ser producto de un ambiente laboral estricto y autoritario, exceso de trabajo, evaluaciones, rupturas, entre otros.

Según Angelucci (2006) los autores que defienden al estrés como un estímulo enfatizan su estudio en el grado de impacto o cambio sobre el organismo que causa este estímulo. De esta forma, las situaciones que producen más cambios requieren esfuerzos mayores por lo que producirán más estrés. Esto requiere, entonces, saber las características del estímulo (duración, frecuencia, novedad, intensidad y multiplicidad de estímulos) que determinan su carácter aversivo (Huber, 1980).

Sin embargo, considerar al estrés como estímulo implica ignorar las diferencias individuales y culturales de cada individuo llevando a una predicción imprecisa (Lazarus y Folkman, 1984). Por esto surge una tercera línea de definiciones denominadas “relacionales” (Angelucci, 2006). Las cuales establecen que una situación estresora no es suficiente por sí misma para producir estrés, también deben estar presentes las condiciones en el organismo que faciliten una respuesta al estrés. Para Lazarus y Folkman (1984), los principales exponentes de esta perspectiva, las demandas ambientales, consideradas estímulos o agentes, que pueden desencadenar una percepción de amenaza, reto o daño producen una respuesta de defensa (Ya sea a nivel cognitivo, fisiológico y/o motor).

Las definiciones relacionales permiten explicar diferencias individuales en situaciones de estrés parecidas y visualizar al estrés como un proceso interactivo donde convergen la acción individual y conjunta de varios factores. Sin embargo, esto implica una complejidad y dificultad para abordar la evaluación del estrés considerando todos los aspectos involucrados. (Angelucci, 2006).

A pesar de ello, en el área laboral, el estrés ha sido ampliamente estudiado desde un enfoque relacional. Incluyendo las condiciones ambientales del trabajo y la respuesta que el empleado da ante las demandas de su trabajo (Romero, 2011).

Cuando un individuo considera que una situación o exigencia laboral está por encima de sus capacidades y recursos para enfrentarla se produce tensión, denominada como estrés laboral (Valdiviezo-Martínez y López-García, 2016).

Diversos modelos han sido desarrollados para explicar la relación entre estrés laboral y salud ocupacional. La mayoría de estos modelos hacen énfasis en aspectos individuales (como motivación, satisfacción laboral y compromiso) relacionados con características del empleo (Romero, 2011). Uno de los modelos más antiguos que relaciona la salud con el estrés es el de demanda y Karasek (1979). Un segundo modelo que vincula al estrés laboral con la salud es el de Siegrist (1996). Ambos modelos han sido predominantes en el estudio y entendimiento de la relación entre las características del trabajo que desempeña un individuo y su salud (Romero, 2011).

El modelo de la demanda y control (JDC, por sus siglas en inglés) de Karasek (1979) postula que el estrés laboral es producto de la interacción entre las demandas del trabajo y el control que se tiene sobre el trabajo (Figura1). Las demandas del trabajo se refieren a los estresores propios del ambiente de trabajo, así como las cargas laborales. Mientras que el control sobre el trabajo refiere a la autoridad para tomar decisiones y las habilidades específicas, del empleado, para enfrentar las demandas del trabajo. El modelo propone, entonces, que la relación inversa entre la demanda y el control laboral repercuten en el estrés laboral. A mayor demanda y menor control se produce mayor estrés mientras que lo contrario, mayor control y menor demanda, se produce menor estrés.

Bajo este modelo, el estrés laboral ha sido vinculado a trastornos psicológicos como trastornos del humor y trastornos de ansiedad, al igual que con el bienestar psicológico (Romero, 2011). De la misma manera se ha estudiado con relación a enfermedades biológicas como las enfermedades cardiovasculares (Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom y Theorell, 1981).

Modelo de Demanda y Control de Karasek (1979)

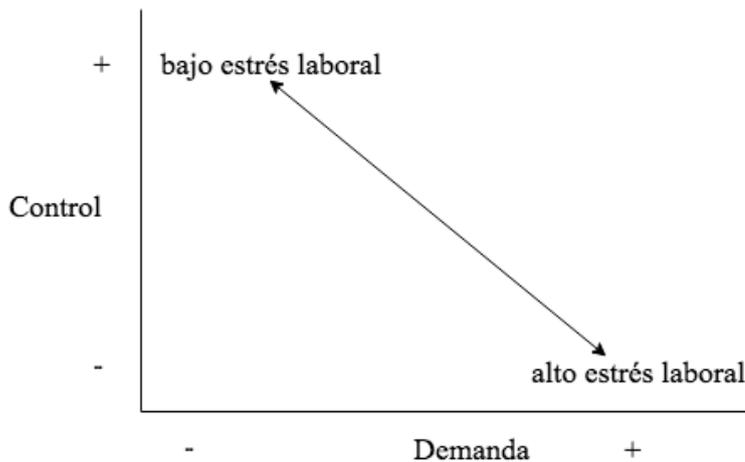


Figura 1. Ilustración gráfica del modelo de demanda y control de Karasek (1979). En él, se muestra un eje vertical, que representa la cantidad de control laboral, y un eje horizontal que representa el nivel de demanda. El símbolo “+” representa mayor nivel de la variable mientras que el “-” representa menor nivel de la variable.

Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom y Theorell (1981), en un estudio longitudinal de seis años, evaluaron la relación entre estrés laboral y RECV, en una población de trabajadores masculinos de Suecia basándose en el modelo de demanda y control. Obtuvieron una relación significativa entre altos niveles de estrés laboral (alta demanda con bajo control) y la presencia de indicadores de RECV (Hipertensión arterial, debilidad del corazón, dolor en el pecho y dislipidemia) ($r = .346$ $p = .025$). Al final, concluyeron que aquellas personas con altas demandas laborales y poco control en el mismo tienen mayor probabilidad de sufrir ECV.

El modelo JDC ha sido ampliamente aceptado y estudiado en el ámbito de la salud laboral (Romero, 2011). Sin embargo, algunos autores (Mikkelsen, Ogaard y Landsbergis, 2005) consideran que el JDC, tal como fue planteado en su origen, ha perdido su poder explicativo. Dado la diversidad de cambios que se han producido en el estilo de vida y en los mercados laborales, los cuales han tendido a hacerse cada vez más competitivos.

Por otro lado, está el modelo más reciente de desequilibrio refuerzo-esfuerzo (ERI, por sus siglas en inglés) de Siegrist (1996). El postuló que el trabajo forma parte de un intercambio socialmente organizado, donde se establece una recompensa a cambio de un esfuerzo. El esfuerzo es visto en función de las demandas físicas y psicológicas propias de un trabajo y se sostiene por medio de

recompensas laborales socialmente establecidas.

En este sentido, Siegrist (1996) propuso que el desequilibrio entre el esfuerzo de un trabajador y la recompensa recibida tienen un impacto negativo en la salud física y psicológica en el individuo. Es importante señalar, que para Siegrist (1996) hay dos tipos de esfuerzos: (a) Extrínseco; que se refiere a las características o cargas laborales propias del trabajo que se lleva a cabo y (b) Intrínseco; que se refieren a las características de afrontamiento del individuo y motivación.

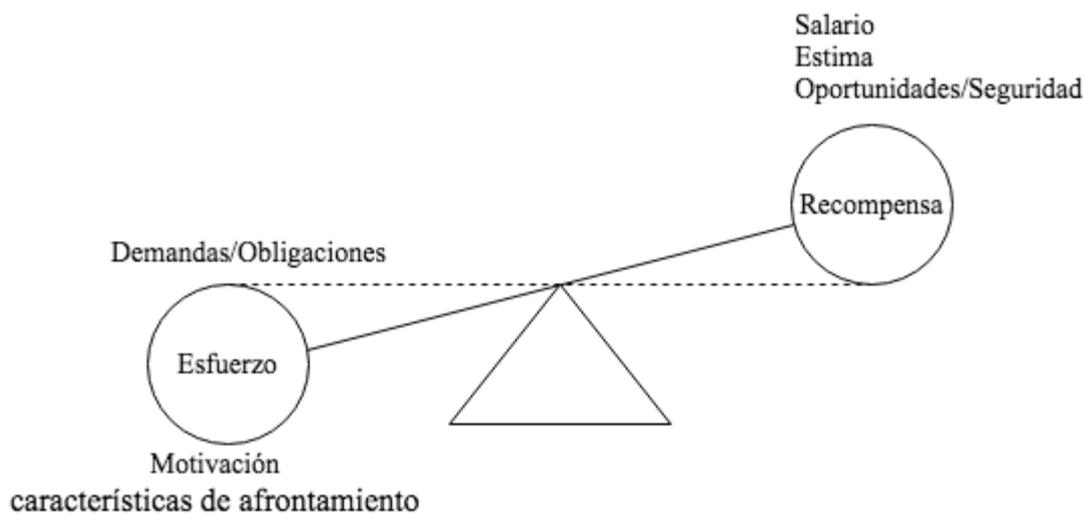


Figura 2. Modelo ERI (Romero, 2011)

Como con el modelo JDC, el ERI ha sido ampliamente estudiado con relación a la salud psicológica y salud física (Romero, 2011). En el caso de la salud física, el cúmulo de estudio se enfocan en la relación con las ECV, estableciendo que el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa constituye un factor de riesgo en el desarrollo de ECV (Lynch, Krause, Kaplan, Tuomilehto y Salonen, 1997; Bosman, Siegrist y Marmot, 1998).

Lynch, Krause, Kaplan, Tuomilehto y Salonen (1997) pusieron a prueba la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares y del estrés laboral basándose en el modelo ERI. Analizaron la demanda laboral y recursos, para calcular el esfuerzo en el trabajo. Y usaron el salario, como medida del refuerzo, en una población de finlandeses con historial de infartos miocárdicos no letales. Los resultados que obtuvieron los llevó a concluir que infartos miocárdicos tienden a suceder con mayor

frecuencia en sujetos con alto estrés laboral (OR= 2.59 p=0,05).

La relación entre el modelo ERI y las ECV tienen tres formas de explicarse (Romero, 2011). La primera explicación establece que el desequilibrio percibido produce la activación del sistema nervioso simpático lo cual, a su vez, produce un incremento en la presión sanguínea, incrementa el riesgo de sufrir infartos, incrementa el colesterol y acelera el ritmo cardiaco (Peter, Siegrist, Hallqvist, Reuterwall y Theorell, 2002). La segunda explicación, que aquellos que experimentan un desequilibrio esfuerzo-recompensa tienden a practicar conductas no saludables como el consumo de tabaco, malos hábitos alimenticios y bajo cumplimiento de tratamientos médicos (Kuper, H., Singh-Manoux, A, Siegrist, J., y Marmot, M, 2002). Por último, algunos autores explican que el desequilibrio produce emociones negativas, sobretodo la ira, que juegan un rol importante en el desarrollo de ECV (Smith, Roman, Dollard, Winefield y Siegrist, 2005;Moscoso, 2007).

En comparación de los dos modelos antes mencionados, el ERI suele conseguir una mejor predicción de variables como el estrés psicológico, y el RECV (Romero, 2011). Bosman, Siegrist y Marmot (1998) pusieron a prueba ambos modelos del estrés laboral, en una población de funcionarios públicos en Londres de entre 35 y 55 años. Mediante una regresión logística entre estrés laboral (producto de altos niveles de esfuerzo con bajo refuerzo) y sexo con tensión arterial y grasa corporal. También hicieron evaluación entre estrés laboral (alta demanda laboral y bajo control sobre el trabajo) con los mismos factores de RECV y concluyeron que; (a) las mujeres experimentan mayor estrés laboral que los hombres según el modelo ERI (48% y 41% respectivamente), (b) aquellos con mayor nivel de estrés laboral, según el modelo ERI, tienden a tener hipertensión arterial y sobrepeso (OR=3.63 p=0,05), (c) aquellos con mayor estrés laboral, producto del bajo control laboral, tienden a sufrir hipertensión arterial y sobrepeso (OR=1.49-2.39 p=0,05) pero (d) no se obtuvo correlación significativa entre la demanda laboral y los factores de RECV.

Así pues, el modelo ERI obtuvo resultados más precisos en cuanto a la predicción del RECV por lo que resulta un modelo más adecuado para el estudio del estrés laboral en relación con el RECV.

En cuanto a otras variables relacionadas con el estrés laboral, Martínez

(1997) verificó la prevalencia de altos montos de estrés laboral, en una población de 294 profesionales sanitarios de atención primaria y especializada del sistema público del área de Guadalajara, con el tiempo en el cargo, la edad y el sexo. Separó a la muestra en tres grupos según el tiempo en el cargo (grupo 1= menos de 11 años, Grupo 2= entre 11 y 19 años, Grupo 3= más de 19 años). Los datos los analizó usando F de Fisher, estableciendo la edad y sexo por autoreporte de los empleados. El estrés laboral lo midió con la versión española del cuestionario Desbalance Esfuerzo-Recompensa de Siegrist adaptado por Macías, Fernández, Hernández, Cueto y Rancaño (Citado en Martínez, 1997) donde aquellos con un puntaje mayor a 1 son personas que sufren de altos montos de estrés según el modelo ERI. Obtuvo diferencias significativas entre los grupos de tiempo en el cargo con base al estrés laboral, donde aquellos con 19 años o más sufrían de mayor estrés laboral ($F=3.80$ $p=0,0023$). Además, concluyó que no había diferencias significativas entre el sexo y altos niveles de estrés laboral ($F=-1,68$ $p=0,094$), aunque sí vio una tendencia inclinándose hacia las mujeres, quienes obtuvieron medias más altas. Por último, concluyó que aquellos de edades comprendidas de entre 44 años y 63 años tendían a sufrir mayor estrés laboral que aquellos menores a esta edad ($F=5,14$ $p=0,0018$).

En conclusión, independientemente del modelo bajo el cual se analice, altos niveles de estrés laboral están asociados con un mayor RECV (Karasek, 1981; Lynch et al., 1997; Bosman et al., 1998; László et al., 2009). Sin embargo, el modelo ERI resulta más adecuado para la predicción del RECV con base al estrés laboral (Bosman et al., 1998; Romero, 2011). En cuanto a otras variables, aquellos con mayor tiempo en el cargo y mayor edad suelen sufrir más estrés laboral (Martínez, 1997). Además, el estrés laboral puede influir en el mantenimiento de un estilo de vida poco saludable puede afectar (Rosa et al., 2009; Suárez et al., 2014).

Estilo de Vida

Otra variable psicológica estudiada relación con la salud es el estilo de vida (EV). Según Arrivillaga, Salazar y Correa (2003) esto se refiere al “conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona que demuestran cierta consistencia en el tiempo y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad, dependiendo de su naturaleza, para la salud” (p.186). Existe una gran variedad de conductas que puedan encajar en esta categoría, pero ciertas

conductas se encuentran entre los factores de riesgo más importantes de los principales problemas de salud en la actualidad. Conductas como el consumo de drogas, el desequilibrio dietético en la alimentación, el sedentarismo, no participar en programas de promoción de la salud, incumplir las instrucciones médicas y utilizar de forma inadecuada los servicios de salud (Arrivillaga, Salazar, Correa, 2003).

Los estilos de vida relacionados con el consumo de drogas incluyen comportamientos tales como el modo de empleo de la droga, la frecuencia con que se usa y el manejo de los efectos del consumo, tanto a nivel personal como social. Los relacionados con el desequilibrio dietético en la alimentación agregan conductas propias de la nutrición, tales como la frecuencia y el tipo y consistencia de alimentos que se consumen a diario. El sedentarismo se refiere a la ausencia de actividades físicas (ej.: ir al gimnasio, caminatas, salir a trotar, montar bicicleta, etc.) y las conductas de reposo (ej.: tiempo que se pasa sentado en el día y mirar televisión) en el día a día de cada persona. La falta de participación en programas de salud, el incumplir las instrucciones médicas y utilizar de forma inadecuada los servicios de salud aglomeran el conjunto de conductas dirigidas al uso de medios institucionales para la salud tales como, frecuencia y tipos de revisiones médicas, acato consistente de prescripciones farmacológicas al igual que de recomendaciones de salud, entre otras (Arrivillaga, Salazar, Correa, 2003).

Según la OMS (2005) muchas enfermedades cardiovasculares podrían evitarse con modificaciones en el estilo de vida. Sin embargo, Diaz-Realpe et al. (2007) difieren pues ellos consideran que no existe relación significativa entre el RECV y el EV. Específicamente, entre la hipertensión y la dislipidemia con el consumo de tabaco y las dietas altas en calorías. Esto lo verificaron en 102 trabajadores clínicos de la ciudad de Popayán. Los trabajadores tenían entre 20 y 60 años; 29 hombres y 67 mujeres. Ellos entrevistaron a los sujetos luego de medir tres factores de riesgo. El primero fue la tensión arterial, medida con un tensiómetro de mercurio calibrado en el brazo derecho. El segundo fue el índice de masa corporal que se calculó con base en la talla y peso medidos con tallímetros y báscula calibrados. El tercero fue la diabetes considerada como presente si la glicemia tomada en ayunas era mayor que 124 mg/dl. El quinto fue el colesterol medido en base al perfil lipídico, donde aquellos con valores mayor a 200 se consideraban con

altos niveles de alcohol. El sexto fue la Dislipidemia, considerada en aquellos sujetos que presentaba una o más alteraciones en el perfil lipídico. Asociándolos en base a su riesgo relativo (OR) con un modelo de regresión logística múltiple, encontraron que ni la Hipertensión arterial ni la Dislipidemia tienen asociación significativa con el tabaquismo (OR=4; $p=0,076$) o la dieta alta en calorías (OR= 4,8; $p=0,069$).

Estos datos son respaldados por Cerecero, Hernández, Aguirre, Valdés y Huitrón (2009). Ellos estudiaron a 1.026 trabajadores universitarios del Estado de México. Evaluaron el RECV mediante el calculador de riesgo cardiovascular de Wilson (Citado en Cerecero et al, 2009) basándose en: edad, colesterol, tensión arterial, glucosa o diagnóstico previo de diabetes mellitus y tabaquismo. Así, la muestra fue separada en bajo riesgo (con menos de 10% de probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares) y alto riesgo (Con más de 10%). Luego verificaron las diferencias entre grupos con base al consumo de tabaco y alcohol, la alimentación y actividad física. La alimentación y el consumo tabaco y alcohol se midió con la creación de una encuesta que indagaba acerca de la frecuencia de consumo de una porción estándar de 116 alimentos y ocho tipos diferentes de bebidas durante el último año. El nivel de actividad física se evaluó con un cuestionario diseñado para calcular la intensidad (ligera, moderada o intensa) y la duración de diferentes tipos de actividad física en una semana típica en el último año.

Como con Diaz-Realpe et al (2007), no encontraron diferencias significativas entre los grupos con base al consumo de tabaco y alcohol ($p=0.485$) ni la alimentación ($p=0.663$). Sin embargo, si obtuvieron que los individuos, que realizaron actividades moderadas-vigorosas durante tres o más horas por semana, tuvieron una mayor prevalencia en el grupo de bajo RECV comparado con quienes dedican menos de tres horas por semana o son físicamente inactivos ($RMp=0.71$, $IC95\%: 0.51-0.98$ h/sem). Además, los hombres con actividad física regular tuvieron mayor prevalencia, en el grupo de bajo RECV, que las mujeres con actividad física regular ($RMp=0.56$, $IC95\%: 0.37-0.83$). Así que al menos el ejercicio físico regular si resultó relevante para disminuir el RECV, sobre todo si se es hombre.

Sifuentes (2011) tampoco encontró relación significativa entre el estilo de vida y el RECV, en 246 trabajadores hombres de una empresa de manufactura en el área

metropolitana de Monterrey N.L., México. Esto lo verificó, midiendo el RECV en la muestra y la dividió en grupos con RECV latente (menos del 10% de riesgo), intermedio (entre 10% y 20%) y alto (más del 20% de riesgo). Luego las correlacionó con el estilo de vida, obtenido a través de la prueba FANTASTIC (Wilson, Nielsen y Ciliska, citado en Sifuentes, 2011), incluyendo factores laborales (como el tiempo en el cargo). Los resultados dieron una correlación baja, inversa y no significativa entre EV y RECV ($r=-.106$), y, una correlación baja, inversa y no significativa entre el tiempo en el cargo y EV ($r=-.008$). Sin embargo, Sifuentes no descarta la posibilidad de que el EV tenga un efecto significativo sobre el RECV, argumentando que el tamaño de la muestra, por ser muy pequeño, pudo haber afectado los datos.

Algo con lo que Gontarev, Kalac, Zivkovic, Velickosvka y Telai (2017) concuerdan pues sí observaron una relación significativa entre EV y RECV. Específicamente, estudiaron la relación entre el ejercicio físico, las dietas altas en grasa y la hipertensión arterial en una muestra de 4.051 adolescentes de zonas urbanas en Macedonia. Para medir el ejercicio físico midieron la condición cardiorrespiratoria comparando los latidos por minuto antes de hacer ejercicio físico de alta intensidad, por tres minutos, con los latidos por minutos luego de finalizar el ejercicio. Para ver si los sujetos tenían dietas altas en grasas, calcularon el índice de masa corporal con base en la talla y peso medidos con tallímetros y báscula calibrados. Por último, usaron la tensión sanguínea, medida por expertos con el uso de máquinas especializadas en presión arterial marca Omron, como indicador de la hipertensión arterial. Concluyeron que aquellos con menor actividad física tenían mayor probabilidad de sufrir hipertensión arterial (OR=3.13 en hombres y 4.44 en mujeres $p=0.00$) y al igual que aquellos con dietas altas en grasas (OR=3.89 en hombres y 2.83 en mujeres $p = 0.00$).

En conclusión, aunque la OMS (2005) afirma la relevancia del consumo de tabaco, el ejercicio físico y una nutrición alta en calorías, el EV no tiene una relevancia clara en el RECV. Dado que el consumo de tabaco y las dietas altas en calorías no siempre muestran tener una relación significativa con RECV (Diaz-Realpe et al.,2007; Cerecero et al., 2009; Sifuentes, 2011). Solo el ejercicio físico parece arrojar resultados constantes entre investigaciones, donde a mayor actividad física en la semana menor RECV (Diaz-Realpe et al.,2007; Cerecero et al., 2009;

Gontarev, et al., 2017).

Expresión de la Ira

Por otro lado, las emociones también han sido estudiadas de forma amplia con relación a la salud. Dado que, según Ekman (1994), las emociones básicas (temor, sorpresa, enojo, repugnancia, felicidad y tristeza) se caracterizan por tener reacciones fisiológicas, faciales y esqueléticas comunes entre los humanos sin importar raza o cultura que interactúan con el resto del sistema biológico. Además, estas reacciones pueden ser agradables, denominadas como emociones positivas, o desagradables, denominadas como emociones negativas repercutiendo de diversas maneras sobre la salud. (Pinto, 2011).

Entre las vías más estudiadas para la relación entre las emociones y la salud (Figura 3) están: (a) mecanismos psicofisiológica, (b) por las consecuencias conductuales, (c) por los recursos cognitivos e (d) incluso por las relaciones sociales. Estando, cada vía, interrelacionada entre ellas (Blanco-Baldó, 2011).

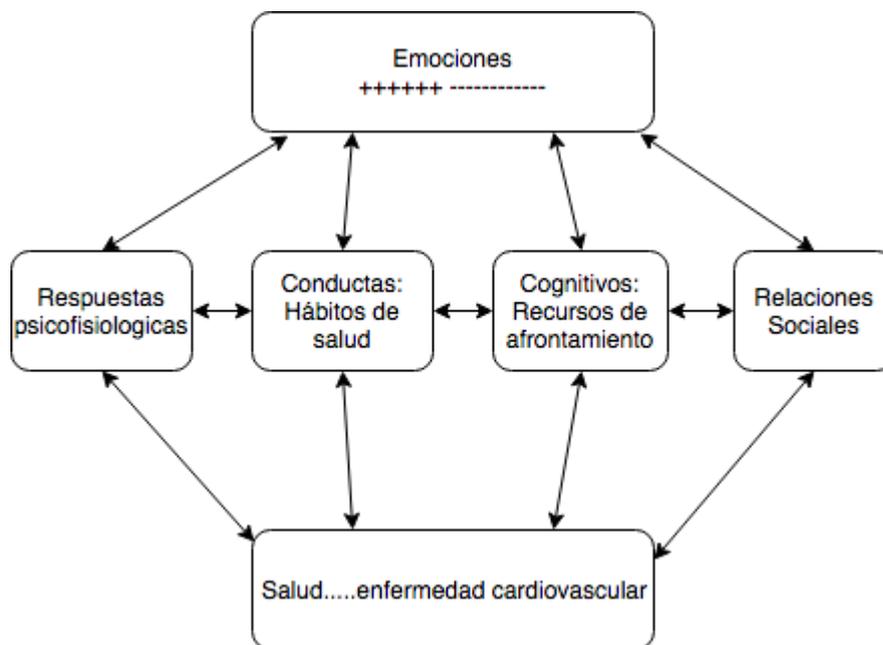


Figura 3. Esquema de los cuatro mecanismos de relación entre las emociones y salud (Blanco-Baldó, 2011)

Los mecanismos psicobiológicos tales como el sistema nervioso autónomo, neuroendocrino, inflamatorio e inmune pueden ser afectados por la presencia de emociones negativas o positivas. La depresión, por ejemplo, ha sido relacionada con altos niveles de proteína C-reactiva y una disminución del sistema inmunológico.

Mientras que emociones positivas, tales como la alegría, han sido asociadas con una disminución de la presencia de enfermedades cardiovasculares, inflamatorias y diabetes (Steptoe, Wardle y Marmot, 2005).

Además, las emociones pueden influir en el estilo de vida. Las emociones negativas tienen correlatos con conductas de riesgo como fumar, consumir alcohol, comer en exceso. Al igual que disminuyen la frecuencia de conductas saludables como hacer ejercicio, dormir bien o realizarse chequeos médicos preventivos (Steptoe et al, 2005).

Luego están las influencias sobre los recursos cognitivos de una persona. Frederickson (2001), en su teoría llamada "Teoría de las emociones positivas ampliada y construida" (Broaden and Build Theory of positive emotions), explica que las emociones negativas reducen el repertorio de pensamiento-acción en la persona. Como en el caso de la ira que reduce el foco de atención al objeto producto de la emoción. Esto resulta adaptativo en momentos donde hay que reaccionar rápido, pero ante situaciones crónicas de emociones negativas esto puede llevar a afectar gravemente la capacidad para solucionar problemas.

En el caso de enfermedades cardiovasculares, esta proposición es relevante dado que: (a) Con emociones negativas los sujetos pueden presentar menor capacidad para reducir el estrés y sus efectos. (b) También, pueden presentar un aumento en conductas de riesgos, como se mencionó antes. (c) Cómo pueden presentar una mayor tendencia a valorar las situaciones en términos pesimistas, perpetuando el ciclo crónico de malestar (Blanco-Baldó, 2011).

Por último, está la vía de las relaciones sociales. La presencia de emociones positivas facilita la conformación de relaciones agradables que a su vez perpetúan estas emociones positivas y reducen las emociones negativas. Esto se traduce en una mayor salud general y mayor redes de apoyo para el autocuidado. Reduciendo así la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares (Ong, 2010).

En pocas palabras, las emociones pueden afectar la salud de un individuo. La presencia de emociones negativas aumenta el RECV mientras que las emociones positivas la disminuyen. Ya sea por alteraciones en el sistema cardiovascular, influencias en la forma de pensar y actuar a fin de cuidarse y/o por las redes de

apoyo disponibles.

Así pues, tiene sentido que la ira, una emoción negativa, haya sido ampliamente estudiada, descubriéndose, la continua presencia de este como un factor contribuyente para las enfermedades cardiovasculares (Blanco-Baldó, 2011). La ira es definida por Moscoso (2007) como una reacción emocional transitoria ante una situación de estrés o de amenaza. En la literatura científica, se hace la distinción de ira como estado e ira como rasgo. El primer caso se refiere a una respuesta inmediata, emocional, a un evento particular. Mientras que la ira como rasgo implica una predisposición a experimentar ira a través del tiempo y los eventos (Smith, Roman, Dollard, Winefield y Siegrist, 2005).

Por otro lado, la ira como experiencia emocional es un fenómeno psicobiológico, el cual incluye sentimientos subjetivos negativos que varían de intensidad, entre una mínima irritación o molestia hasta furia o rabia intensa. Esta experiencia de ira varía en función de frustraciones, percepciones de afrontamiento al estrés, amenaza, injusticia o provocación (Moscoso, 2007).

Spielberger (2001) divide la expresión de la ira en dos factores; cólera manifiesta, también conocida como ira out, y cólera contenida, también conocida como ira in. Cada una se subdivide en controlada o no controlada. La cólera manifiesta, la define como la expresión de la ira de manera verbal y/o en conductas agresivas. Por otro lado, la cólera contenida la define como la supresión de los sentimientos de ira. Sus subdivisiones, simplemente se refieren a si la expresión o supresión es regulada (controlada) o desregulada (no controlada).

La literatura psicológica acerca del estrés y emociones negativas refiere que la expresión y supresión de la ira son entendidas como respuestas de afrontamiento al estrés (Moscoso, 2007). En la medida en que este tipo de respuestas se presente de manera repetida a través de diferentes situaciones, el individuo aprende a experimentar estados de rabia y resentimiento, que podrían o no, ser expresados de manera abierta. Bajo estas condiciones emocionales, el ritmo cardiaco y la presión sanguínea se elevan produciendo una excitación del sistema nervioso central. En otras palabras, se experimenta estados de ira, en los cuales la persona puede manifestar abiertamente su frustración y rabia o, en su defecto, suprimir y, por

ejemplo, optar por una actitud de resentimiento .

Consiguientemente, algunos estudios justifican que la relación entre estrés y RECV puede verse mediada por la expresión la ira. Smith, Roman, Dollard, Winefield y Siegrist (2005) se dispusieron a probar esa relación, basándose en el modelo ERI antes mencionado. El estudio consistió en dos partes: (a) una en la que se prueba la relación entre el estrés laboral y la ira y (b) otra en la que se evalúa el efecto mediador de la ira entre el estrés laboral y las enfermedades cardiovasculares.

La primera parte del estudio trabajó con una muestra de 102 trabajadores (50 mujeres y 52 hombres), en su mayoría profesionales, de edades entre 18 y 64 años, de la ciudad de Adelaide en Australia. El estrés fue medido con la escala ERI de Siegrist (Citado en Smith et als., 2005) y la ira se midió con la escala de ira estado-rasgo de Spielberger (Citado en Smith et als. 2005). La satisfacción laboral y satisfacción con la vida también fueron medidos, con ítems independientes, para controlar su efecto sobre la correlación.

Obtuvieron una correlación del estrés laboral media directa con la ira como estado ($r=0.43$, $p=0.00$) y una correlación directa baja con ira como rasgo ($r=0.26$ $p=0.00$). Además, el estrés laboral se mantuvo como un predictor relevante para la ira estado ($r=0.28$ $p=0.001$), aún después de controlar las variables: satisfacción con la vida, satisfacción con el trabajo, variables demográficas (sexo y edad) y variables laborales (tipo y sector de trabajo). Los resultados sugieren que individuos que experimentan estrés dentro del ambiente laboral, dado que se esfuerzan más en el trabajo de lo que la recompensa les vale, tienen la propensión a sentir más ira que aquellos que no experimentan el desbalance.

La segunda parte del estudio evaluó un modelo que estableció la influencia de la ira, como rasgo, y la expresión de la ira como variables mediadoras entre el estrés laboral y RECV. Esta vez trabajaron con una muestra de 118 trabajadores, de edades entre 19 y 72 años, (69 hombre y 49 mujeres). Las variables estrés laboral e ira como rasgo las midieron con los mismos instrumentos que en la parte anterior. La expresión de la ira la midieron con la escala de expresión de la ira de Spielberger (citado en Smith et als., 2005) la cual mide irá in e irá out. El RECV fue medido con el Cuestionario de Higiene de la Escuela de Londres, el cual mide diversos síntomas

característicos de la enfermedad.

Los resultados obtenidos dieron una relación significativa y directa, entre ira como rasgo y RECV ($r=0.23$ $p=0.00$) y; una relación directa y significativa entre estrés laboral e ira como rasgo ($r=0.19$ $p=0.00$). Las variables irán in e irá out correlacionaron significativamente con ira como rasgo ($r=0.44$ y $r=0.58$ respectivamente $p=0.00$) pero no correlacionaron significativamente con el RECV. Así pues, la ira como rasgo sirvió como mediadora entre el estrés laboral y las enfermedades cardiovasculares mientras que la expresión de la ira no demostró efectos relevantes, atribuyendo la mediación completamente a la tendencia crónica a experimentar ira.

Sin embargo, hay estudios que sí establecen una relación significativa entre expresión de la ira y RECV. Pérez-García, Sanjuán, Rueda y Ruiz (2011) estudiaron la relación entre la expresión de la ira y estilo de vida sobre la prevalencia de ECV. La muestra consistió en 327 mujeres, con edad media de 35,4 años, matriculadas en diversos cursos de la Universidad Nacional de Educación a Distancia de México. Un 63% trabajaba, al momento de la investigación, mientras que el resto eran subsidiados o amas de casa. La expresión de la ira lo midieron con la Escala de Expresión de la Ira elaborado por Spielberger y Moscoso, el cual divide la ira en ira-out (Cólera manifiesta), ira-in (cólera contenida) y control de la ira (cólera manifiesta controlada). Los síntomas cardiovasculares se registraron con una escala de 11 síntomas seleccionados, con preguntas sobre la presencia, en ese momento o período, de arritmia, palpitaciones, taquicardia, sensación de dolor u opresión en el pecho, mareos, dolor de cabeza, sudor frío, dificultad para respirar hondo, respiración muy rápida, o percepción del latido cardíaco. Por último, el estilo de vida se evaluó con la frecuencia con que los sujetos practicaban ejercicio físico, llevaban una dieta equilibrada, pasaban revisiones médicas, fumaban o consumían alcohol, dormían un mínimo de 7 horas, o disponía de tiempo para relajarse y hacer actividades de ocio.

Obtuvieron que aquellos que manejaban la ira de forma efectiva (cólera manifiesta controlada) tenían bajos niveles de RECV ($r= -.23$ $p=0,001$) y aquellos que la suprimieron (cólera contenida) tendían a presentar altos niveles de RECV ($r=0.24$ $p=0,002$). También comprobaron que, los sujetos que tendían a practicar

conductas preventivas frecuentemente manejaban la ira de forma efectiva ($r=.23$ $p=0,01$) y aquellos que tendían a practicar pocas a ninguna conducta preventiva tendían a suprimir la ira ($r=.12$ $p=0,01$).

Además, Setepto, Cropley, Griffith y Kirshbaum (2000), evaluaron la expresión de la ira en grupos con alto y bajo estrés. Aunque este no fue principalmente el objetivo del estudio, ya que pretendían relacionar cortisol y estrés laboral, sí obtuvieron resultados relevantes al caso. Este estudio se hizo con 105 profesores de escuela previamente separados en grupos de alto estrés laboral ($N=48$) y bajo estrés laboral ($N=57$) basados en el modelo ERI (donde aquellos con un puntaje mayor a 1 eran considerados como alto estrés laboral). Como resultado, no hubo diferencias significativas entre los grupos según la edad o el sexo, pero sí entre expresión de la ira y estrés laboral ($f=8.88$ p menor a 0.05) siendo el grupo de mayor estrés laboral quienes tendían a contener la ira de manera inefectiva más que aquellos con bajo nivel de estrés.

En conclusión, la expresión de la ira puede jugar un rol importante en RECV al influenciar la prevalencia de estrés laboral (Setepto et al., 2000), o la tendencia a practicar conductas saludables (Pérez-García et al., 2011). Además, puede en sí misma afectar el RECV directamente. La supresión de la ira puede aumentar el RECV mientras que la manifestación controlada de la ira podría disminuir RECV (Setepto et al., 2000; Pérez-García et al., 2011). Aunque algunos estudios señalan esta relación como no significativa (Smith et al., 2005).

Sexo, Edad y Tiempo en el cargo

En lo que se refiere a variables demográficas, Diaz-Realpe et al. (2007) verificaron la relevancia del sexo y la edad para la predicción del RECV, en 102 trabajadores clínicos de la ciudad de Popayán. Los trabajadores tenían 20 y 60 años; 29 hombres y 67 mujeres. Ellos entrevistaron a los sujetos luego de medir tres factores de riesgo. El primero fue la tensión arterial, medida con un tensiómetro de mercurio calibrado en el brazo derecho. El segundo fue el índice de masa corporal que se calculó con base en la talla y peso medidos con tallímetros y báscula calibrados. El tercero fue la diabetes considerada como presente si la glicemia, tomada en ayunas, era mayor que 124 mg/dl. El quinto fue el colesterol medido en base al perfil lipídico, donde aquellos con valores mayor a 200 se consideraban con

altos niveles de alcohol. El sexto fue la Dislipidemia, considerada en aquellos sujetos que presentaba una o más alteraciones en el perfil lipídico.

Los datos recopilados no demostraron diferencias significativas en el RECV comparando mujeres con hombres. Específicamente, no obtuvieron diferencias significativas con factores de riesgo como la hipertensión arterial (OR= 3,8 P = 0,055) o la obesidad (OR= 2,2 p = 0,062). Las diferencias del RECV entre personas mayores de 40 años con persona menores de 40 años tampoco fueron significativas (OR= 2,7 p= 0,087 para hipertensión; OR= 2,4 p= 0,056 para la obesidad) con excepción del factor Dislipidemia (OR= 2,7 p= 0,043) el cual tuvo mayor prevalencia en sujetos mayores de 40 años.

Por otro lado, Varona, Armas, Suárez, Bonet y Dueñas (2015) obtuvieron datos similares al estudiar una población de 4.625.197 cubanos, a través de un estudio transversal. Utilizaron los datos provistos por la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles, y calcularon el RECV con las tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH (la cual calcula el RECV con base a la hipertensión, diabetes, consumo de tabaco y colesterol). Además, para facilitar el análisis de los datos separaron a la población en grupos por RECV (bajo= riesgo menor al 10%; moderado= riesgo entre 10 y 19,9%; alto= riesgo entre 20 y 29,9%; muy alto= riesgo mayor al 30%) al igual que por edad (grupos de edad: 35-44, 45-49, 50-59 y 60-70 años).

No encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al RECV. A pesar, de que los hombres mostraron un mayor porcentaje en el grupo de RECV muy alto (3.5%) que en las mujeres (0.7%). Además, mostraron menor prevalencia en el grupo de bajo RECV (83%) que las mujeres (90%). Por otro lado, el grupo entre 60 y 70 años tuvieron una mayor prevalencia en los grupos de riesgo moderado, alto y muy alto tanto en mujeres (23.7%, 5.9% y 4.5% respectivamente) como en hombres (33.6%, 16.0 % y 8.3 % respectivamente) en comparación con los otros grupos de edad. Además, el grupo de entre 35 y 44 años tuvo la mayor prevalencia en el grupo de bajo riesgo cardiovascular (100% en mujeres y 99.1% en hombres). Concluyendo así que a mayor edad mayor RECV sobre todo aquellos mayores a 60 años.

Así pues, por lo visto en los estudios anteriores, la edad tiene relación directa y significativa con el RECV mientras que el sexo no parece tener una relación significativa. Sin embargo, en un estudio más reciente, Gontarev, Kalac, Zivkovic, Velickosvka y Telai (2017) sí observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en un estudio correlacional considerando la presión arterial sistólica, el índice de masa corporal, la edad y el sexo. La muestra, consistió en 4051 personas (2078 hombres y 1973 mujeres) con Nacionalidad en Macedonia y con una edad aproximada de 21,4 años. La tensión arterial fue medida con un tensiómetro de mercurio calibrado en el brazo derecho y el índice de masa corporal que se calculó con base en la talla y peso medidos con tallímetros y báscula calibrados.

Según los datos recopilados a mayor edad mayor presión arterial e índice de masa corporal indiferentemente del sexo ($r = \text{tensión/masa corporal}$; $r = 0.310/0.094$ en hombres y $r=0.182/0.144$ en mujeres). Concordando con los estudios antes mencionados. Además, las mujeres tuvieron 2% más probabilidad de tener una alta presión arterial y masa corporal que los hombres (Chi-cuadrado = 9.449, $p = 0.002$). Por lo que concluyeron que las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir hipertensión y obesidad y, por ende, mayor RECV, que los hombres.

Puesto brevemente, la edad tiene una relación clara con el RECV, donde a mayor edad mayor RECV (Diaz-Realpe et al., 2007; Varona, et al.,2015; Gontarev, et al. 2017). Mientras que el sexo tiene una relación con el RECV difusa. Dado que algunos estudios afirmaron que el sexo no es relevante (Diaz-Realpe et al., 2007; Varona, et al., 2015) y otros concluyeron que las mujeres tienen mayor RECV (Gontarev, et al. 2017).

En cuanto al tiempo en el cargo, ha sido difícil encontrar estudios que la relacionen con el RECV. Sin embargo, Sifuentes (2011) consideró el RECV en relación con el tiempo en el cargo, descrito en el estudio como antigüedad en el turno. El estudio se realizó con 246 trabajadores hombres de una empresa de manufactura en el área metropolitana de Monterrey N.L., México. El RECV fue medido mediante las tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH (la cual la calcula con base a la hipertensión, diabetes, consumo de tabaco y colesterol; que en este estudio los datos fueron reportados por los sujetos) y la dividió en grupos con RECV latente (menos del 10% de riesgo), intermedio (entre 10% y 20%) y alto (más

del 20% de riesgo). Luego las correlacionó con el estilo de vida, obtenido a través de la prueba FANTASTIC (Wilson, Nielsen y Ciliska, citado en Sifuentes, 2011). El tiempo en el cargo tuvo una relación de forma directa con el RECV ($r = .697$, $p = 0,000$), es decir, mientras más tiempo estuvieron los sujetos en un cargo específico mayor riesgo tenían de sufrir ECV.

En conclusión, en cuanto a las variables demográficas, la edad juega un rol importante con el RECV donde a mayor edad mayor RECV, sobre todo cuando se tiene más de 40 años (Karasek 1981; Marrugat et al. 1999; Diaz-Realpe et al. 2007; Varona et al. 2015). En cuanto al sexo, su relación resulta un poco más difusa pudiendo tener una relación significativa (Morentin y Audicana 2011; Montes y Alberto, 2013; Gontarev et al. 2017) o una relación no significativa (Diaz-Realpe et al. 2007; Varona et al. 2015). Por último, a mayor tiempo en el cargo mayor RECV (Sifuentes, 2011).

Así pues, los datos hasta ahora expuestos llevan a conjeturar que aquellos sujetos masculinos, mayores a los 40 años, que viven estados altos de estrés durante el trabajo, no practican conductas preventivas, y/o reprimen la ira parecen presentar mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares que aquellos sujetos femeninos, menores a 40 años, que llevan un estilo de vida saludable y controlan efectivamente la expresión de la ira.

MÉTODO

Problema

¿Cuál es la relación entre tiempo en el cargo, edad, sexo, estrés laboral, estilo de vida y expresión de la ira con el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares en los empleados de la Universidad Católica Andrés bello?

Hipótesis generales y específicas

La respuesta tentativa se ilustra en el diagrama de ruta propuesto (figura 1) que representa la hipótesis general del estudio, donde cada ruta representa las hipótesis específicas correspondiente a cada relación entre las variables que se sustentan sobre la evidencia empírica y teórica explicada en el marco teórico.

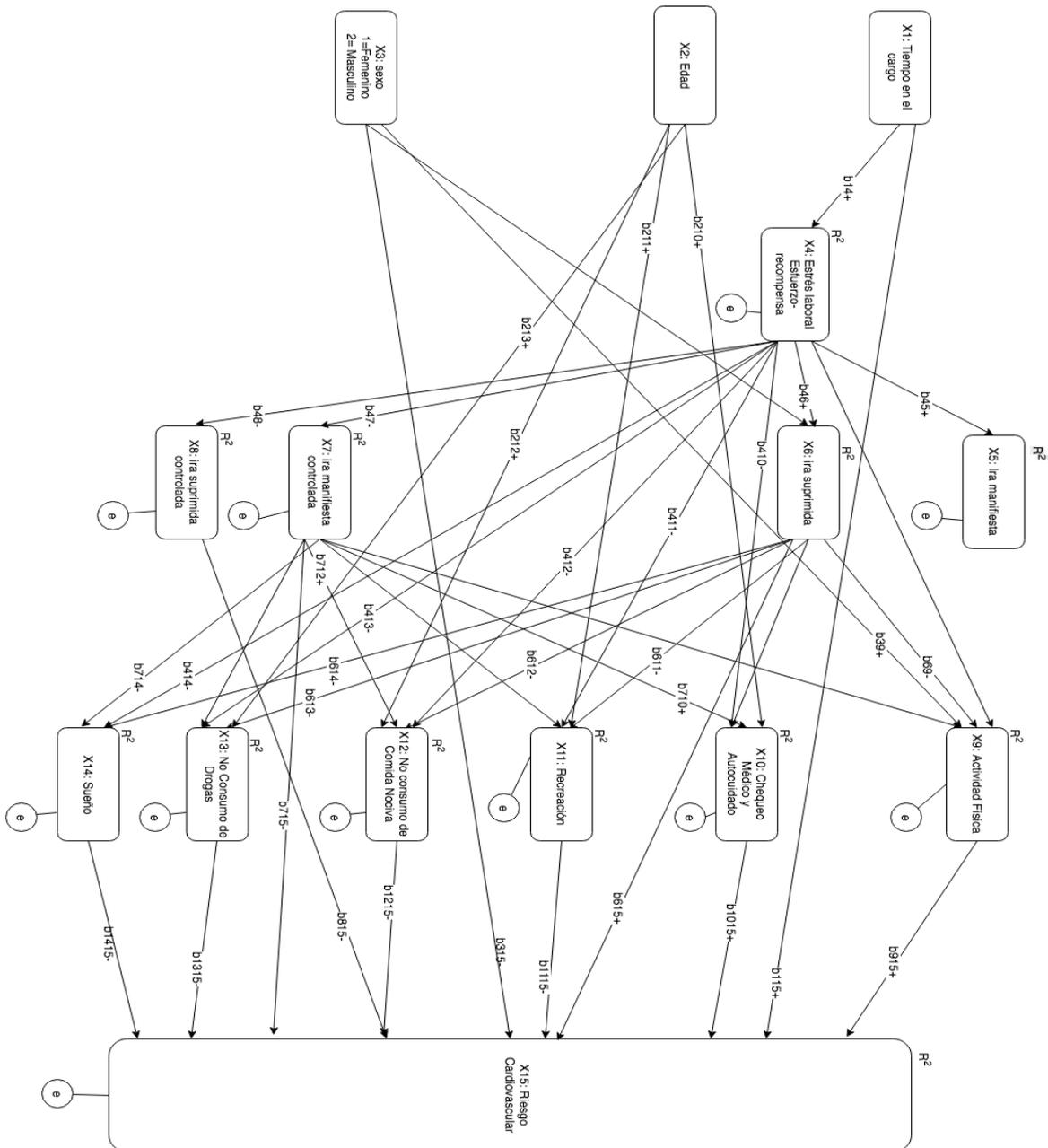


Figura 4. Diagrama de rutas propuesto: Se ilustra las relaciones hipotéticas entre las variables señaladas por "x" y acompañada de su número de variables; así la variable uno es la "X1", la dos es la "X2" y así sucesivamente. Cada relación está especificada por una flecha que sale de un cuadro a otro, señalando encima de estas flechas la dirección de la relación mediante betas (b), el número de las variables relacionadas (poniendo el número más pequeño de primero) y el signo que corresponde a la dirección ("+"= a relación directa; "-"=a relación inversa).

Variables exógenas

Tiempo del cargo

Conceptual: Tiempo total en un cargo, desde que comenzó a ejercerlo hasta la actualidad.

Operacional: Cantidad de años y meses trabajando en un cargo escritos por el sujeto en el ítem “¿Cuántos años y meses tiene trabajando en el mismo cargo en la UCAB?”

Edad:

Conceptual: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo hasta el momento que se considera. (DRAE, 2007)

Operacional: Cantidad de años cumplidos escritos por el sujeto en el ítem “¿Cuántos años tiene?”.

Sexo:

Conceptual: Condición orgánica de un ser vivo por la cual este es masculino o femenino. (DRAE, 2007)

Operacional: Respuesta dada por el sujeto en el ítem “ Sexo” donde “H” significa hombre y “M” que significa mujer.

Variables endógenas

Estrés laboral:

Conceptual: situaciones o estímulos en un ambiente laboral que provocan demandas de carácter físico o psicológico en el individuo, así como también a las reacciones emocionales o fisiológicos que se experimentan bajo este tipo de situaciones (Moscoso, 1998)

Operacional: Puntaje obtenido de la división de los 11 ítems correspondiente a la dimensión de esfuerzo con los 6 ítems de la dimensión recompensa del cuestionario Desbalance Esfuerzo-Recompensa de Siegrist adaptado por Macías, Fernández, Hernández, Cueto y Rancaño (2003), donde a mayor puntaje mayor estrés percibido por el empleado dentro del ambiente laboral.

Estilo de vida:

Conceptual: conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona que demuestran cierta consistencia en el tiempo y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad, dependiendo de su naturaleza, para la salud (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003)

Operacional: Sumatoria de las respuestas de los sujetos a los 60 ítems del cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilos de Vida creado por Arrivillaga, Salazar y Correa (2003) en la que el menor puntaje que se puede obtener es 0 y el mayor 180, donde a mayor puntaje mejor estilo de vida y hábitos saludables.

expresión de la Ira:

Conceptual: “sentimientos o acciones que un sujeto puede realizar cuando se enfada” (Spilberger, 2001; pp. 2).

Operacional: Puntajes obtenidos de las respuestas de los sujetos a los 6 ítems del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera (Moscoso 2007) correspondiente a cada dimensión, los cuales son: (a) Ira manifiesta, (b) ira suprimida, (c) Ira manifiesta Controlada y (d) Ira suprimida controlada. Cada dimensión va desde 6 puntos a 24 puntos, donde a mayor puntaje en cada factor, mayor tendencia a manejar la ira de esa manera. (Moscoso, 2007)

Riesgo cardiovascular:

Conceptual: la probabilidad de padecer una ECV en un determinado período de tiempo (Jackson 2000)

Operacional: Puntaje obtenido de la Calculadora de Riesgo Cardiovascular de la OPS/OMS (OMS, 2015), la cual considera la presencia de diabetes, consumo de tabaco, presión arterial y colesterol. Los puntajes oscilan entre 0 y 100, donde aquellos con un puntaje de 10 o menos es considerado como bajo RECV y aquellos con un puntaje mayor a 10 son considerados como alto RECV.

VARIABLES POR CONTROLAR

A todos los sujetos se les administró las pruebas en el mismo orden para garantizar que las condiciones de la prueba no afecten los resultados. También se

seleccionó la muestra de forma aleatoria para poder comparar las medidas de las variables sin que las diferencias individuales afecten significativamente los resultados (Kerlinger y Lee, 2002)

Tipo de investigación

Esta investigación se encontró dentro del marco de las investigaciones no experimentales según los criterios establecidos por Kerlinger y Lee (2002) que las define como:

“la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentemente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención directa, de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes” (p.504).

Las variables de interés no se intervinieron de manera directa, solo se verificó cómo estas se relacionan entre sí. Para obtener los datos se acudió, con el uso de encuestas, a recopilar las características psicológicas y epidemiológicas en una población donde las variables no fueron controladas pues estas ya ejercieron sus efectos conjuntos al momento de recopilar los datos. Una vez obtenido la tendencia de expresar la ira, las prácticas de estilo de vida, el nivel de estrés que el sujeto suele soportar y la presencia o ausencia de un indicador de salud específico se infirió sobre las relaciones entre estas variables al ver la variación concomitante de las variables independientes (estrés laboral, expresión de la ira y estilo de vida) y dependientes (riesgo cardiovascular). Por último, el estudio fue de tipo transversal porque se analizó la prevalencia de estas variables dentro de grupos de personas con distintas edades evaluadas en un mismo momento (Kerlinger y Lee, 2002).

Diseño de investigaciones

Se hizo un diseño de ruta para así conocer la dirección y magnitud de la relación entre las variables (Kerlinger y Lee, 2002). En relación con las variables, se reconoció como endógena las variables Riesgo Cardiovascular (como una variable Dummy donde 1=10% o menos de riesgo de ECV y 2=más de 10% de riesgo de ECV) ,expresión de la ira (con cuatro dimensiones) estilo de vida (con siete

dimensiones) y estrés laboral. Las variables exógenas en este estudio fueron sexo (variable Dummy donde 1=femenino y 2=masculino), edad y tiempo en el cargo.

Diseño muestral

Se trabajó con la población de empleados en la Universidad Católica Andrés Bello de Caracas, reconocidos por estar registrados en el sistema de la universidad como empleados, obreros y profesionales. Según la Dirección de Recursos Humanos de la Universidad Católica Andrés Bello, para el 2017 hubo una población de 604 empleados donde 297 son hombres y 307 son mujeres con rango de edades que van de 19 a 78.

Kerlinger y Lee (2002) recomiendan usar 20 casos por relación en el modelo por lo que se hará un muestreo aleatorio para seleccionar a una muestra de 300 sujetos, 150 mujeres y 150 hombres con edades comprendidas de 23 a 78 años para la investigación.

Instrumentos

Hojas de datos de Identificación

Se usó una serie de ítems donde el sujeto pudo especificar edad, sexo, tiempo en el cargo, presión arterial sistólica, prevalencia de diabetes, consumo o no de tabaco y nivel de colesterol. Esto son siete ítems cada uno con su propia medida. El ítem 1 es una pregunta abierta que registró la edad en forma de años. El ítem 2 es una pregunta de dos opciones que registró el sexo de la persona donde la opción 1 es H u hombre y la opción 2 es M o mujer. El ítem 3 es una pregunta abierta que registró el tiempo que el sujeto lleva trabajando en un cargo específico, en la universidad Católica Andrés bello, expresado en años y meses. El cuarto ítem registró la presión arterial sistólica expresada por el sujeto en forma de mmHg. El quinto ítem es una pregunta cerrada de dos opciones referentes a si el sujeto sufre de diabetes o no, dónde la opción uno fue "sí" y opción dos es "no". El sexto ítem es una pregunta cerrado de dos opciones referente a si el sujeto consume o no tabaco donde la opción uno fue "sí" y opción dos será "no". El último ítem registró el nivel de colesterol expresado por el sujeto en mg/dl.

Cuestionario Desbalance Esfuerzo-Recompensa

Para medir el estrés laboral se usó la versión española del cuestionario Desbalance Esfuerzo-Recompensa de Siegrist adaptado por Macías, Fernández, Hernández, Cueto, Rancaño y Siegrist (2003) el cual mide el esfuerzo y las recompensas en el trabajo, así como las características personales de cómo se afrontan esas demandas y desafíos. El cuestionario consiste en 23 ítems tipo Likert que se dividen en dos factores: 17 de los ítems corresponden a la apreciación que tiene el trabajador acerca de su situación laboral en lo referente al esfuerzo y la recompensa profesional (esfuerzo-recompensa), y los últimos 6 ítems corresponden al grado de implicación vivido por el trabajador en su puesto de trabajo (implicación).

El primer factor, esfuerzo-recompensa, a su vez contiene dos dimensiones (el de esfuerzo y el de recompensa), cuyos ítems van desde 1 a 5, donde el sujeto puntuará dependiendo de qué tan aplicable sea para el sujeto la situación propuesta por el ítem y que tanto le afecta. Así pues, si no es aplicable, puntuará 1; si es aplicable, pero «no me afecta», la puntuación es 2; si «me afecta moderadamente», 3; si «me afecta mucho», 4, y si «me afecta muchísimo», 5. Los primeros 6 ítems miden el esfuerzo aplicado en el área laboral según es percibido por el sujeto, cuyo puntaje total oscila entre 6 y 30 donde a mayor puntaje mayor esfuerzo percibido. La segunda dimensión mide el nivel en el que el trabajo recompensa al sujeto según es percibido por el mismo, esta contiene 11 ítems cuyos puntajes oscilan entre 11 y 55 donde a mayor puntaje mayor recompensa percibida. Para calcular los puntajes del primer factor se dividen los puntajes de la dimensión esfuerzo con los puntajes de este sujeto en la dimensión recompensa y el resultado se multiplica por una constante (0, 5454) donde a mayor puntaje mayor estrés percibido por el sujeto dentro del ambiente laboral.

El segundo factor, implicación, está compuesto por 6 ítems tipo Likert con cuatro opciones por ítem; «muy en desacuerdo», 1; «en desacuerdo», 2; «de acuerdo», 3, y «muy de acuerdo», 4. Se computará el promedio de los puntajes permitiendo un rango de puntajes entre 1 y 4, siendo el menor puntaje posible 6 y el mayor 24. A mayor puntaje mayor prevalencia del trabajo entre las preocupaciones diarias del sujeto.

El cuestionario fue validado por Díaz y Feldman (2010) en Venezuela con una muestra de 290 trabajadores de la salud; (Bioanalistas, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Enfermeras, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, Odontólogos). Elaboraron un análisis factorial exploratorio aplicando el método de rotación ortogonal VARIMAX para determinar las cargas factoriales, del cual obtuvieron tres factores que concordaban con los factores criterios; (a) factor recompensa (con autovalor de 5.75 explicando el 25% de la varianza), (b) factor esfuerzo (con autovalor de 3.70, explicando el 16.11% de la varianza) y (c) factor implicación (con autovalor de 2.04, explicando el 7.76% de la varianza), obteniendo una varianza total explicada de 48.7%. También calcularon el alfa de Cronbach para cada valor, resultando en una confiabilidad alta para los valores de esfuerzo (alfa=.83) y recompensa (alfa= .87) y una confiabilidad media para el factor implicación (alfa=.57). Dado los resultados concluyeron que el cuestionario puede usarse de manera válida para medir el estrés en la población venezolana.

Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre el Estilo de Vida

Se usó el Cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilo de Vida creado por Arrivillaga, Salazar y Correa (2003). Solo se usó los ítems que miden comportamientos sobre el estilo de vida. En él, los sujetos podrán escoger una de cuatro alternativas: nunca (1), algunas veces (2), frecuentemente (3) o siempre (4), con puntajes que van de 1 a 4, en cada uno de los 60 ítems del cuestionario. Los puntos obtenidos en cada ítem se suman para obtener un valor, que puede ir de 60 a 240, donde un menor puntaje en la escala señala peor estilo de vida y un mayor puntaje indica mejor estilo de vida y hábitos más saludables. A su vez, La prueba consiste en seis dimensiones: (a) Actividad física, (b) Recreación, (C) Chequeo Médico y Autocuidado, (d) No Consumo de Comida Nociva, (e) No Consumo de Drogas, (f) Sueño.

La dimensión Actividad Física aglomera aquellos ítems relacionados con la constancia con la que se practican actividades cardiovasculares y de ejercicio físico. Esto corresponde a 6 ítems, cuyos puntajes se suman para obtener un valor entre 6 y 24. Un mayor puntaje, se interpreta como mayor actividad física y viceversa.

La dimensión Recreación aglomera 4 ítems relacionados con incluir

momentos de descanso en su vida diaria, compartir con su familia y/o amigos en su tiempo libre y practican actividades recreativas (cine, leer, pasear). Los puntajes se suman para obtener un valor entre 4 y 16 donde a mayor puntaje mayor frecuencia de momentos de descanso, practicas recreativas y tiempo con sus familiares y/o amigos.

La dimensión Chequeo médico y Autocuidado reúne 16 ítems relacionados con revisiones médicas (ir al odontólogo, chequear la presión arterial, ir al médico, entre otras) y conductas de prevención (usar protector solar, leer las instrucciones antes de usar un medicamento, usar cinturón de seguridad, entre otras). Los puntajes se sumaron para obtener un valor entre 16 y 64, donde a mayor puntaje mayor frecuencia de revisiones médicas y conductas de prevención.

La dimensión No Consumo de Comida Nociva incluye 16 ítems relacionados con una alimentación balanceada libre de alimentos nocivos para la salud. De este, los ítems 77, 78, 83, 84, 85, 86, 90, 91, 92, 93, 97 y 98, se codifican de forma inversa. Así pues, se suman los puntajes para obtener un valor entre 16 y 64, donde a mayor puntaje, mayor alimentación balanceada y menor consumo de comida nocivas para la salud. Mientras que a menor puntaje mayor consumo de comidas nocivas para la salud.

La dimensión No Consumo de Drogas reúne 8 ítems relacionados con el consumo o no de drogas (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, achís, café, refresco). Los ítems, 99, 103, 105 y 106 se codificaron de forma inversa. Los puntajes se suman para obtener un valor entre 8 y 32 donde a mayor puntaje menor consumo de drogas y viceversa.

La dimensión sueño es calculada con los 8 ítems, de la encuesta, relacionados con hábitos del sueño saludables (duerme siete horas, duerme todos los días, tiene una sueño constante e interrumpido, duerme sin el uso de pastillas de dormir) . De estos, los ítems 107, 108, 110, 111, 113 y 114 son codificados de forma inversa. La dimensión se calcula en base a la suma de los puntajes de los ítems para obtener un valor entre 8 y 32, donde a mayor puntaje, mejores hábitos del sueño y viceversa.

Esta prueba ha sido extensamente aplicada en poblaciones venezolanas con

alta consistencia interna (Alfa de Cronbach .85) (Blanco y La Rosa, Citados en Angelucci y Cañoto, 2010) por lo que tampoco será necesario aplicar una prueba piloto.

Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera

También se usó el Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera (IMULEC) (Moscoso, 2007) el cual permite medir la experiencia, expresión y control de la cólera en diversos grupos de personas de habla hispana. Estos son 24 ítems con preguntas donde el sujeto puede puntuar una de cuatro opciones (1= casi nunca, 2= Algunas veces, 3= Frecuentemente, 4= Siempre).

Incluye cuatro factores: El primer componente, Ira Manifiesta, implica la manifestación de la ira hacia otras personas u objetos del entorno. El segundo componente, Ira suprimida, consiste en dirigir la ira hacia el interior (esto es, reprimiendo los sentimientos de ira). El tercer componente, Ira manifiesta controlada, se basa en el control de los sentimientos de enfado evitando su manifestación ante otras personas u objetos circundantes. Finalmente, el cuarto componente, Ira suprimida controlada; se relaciona con el control de los sentimientos de ira suprimidos mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas. Todos los factores tienen 6 ítems, los cuales van desde 6 puntos a 24 puntos, donde a mayor puntaje en cada factor, mayor frecuencia de un estilo de experiencia de la cólera.

Por otro lado, la prueba ha sido probada en enfermeros, doctores, psicólogos, psiquiatras, contadores, secretarios y profesores, ciudadanos de Chile, Argentina, Colombia, Venezuela y México (Moscoso, 2007). Obteniendo cargas factoriales de entre .61 y .90 en mujeres, y .69 y .92 en varones mostrando una consistencia interna media-alta (Moscoso, 2007). Dado que ha sido validada en una diversa variedad de trabajadores en la población latinoamericana tampoco se aplicará una prueba piloto

Procedimiento

Se procedió a pedir permiso en el Dirección de Recursos Humanos de Universidad Católica Andrés Bello y al Sindicato de empleados y obreros para poder

administrar las pruebas necesarias.

Las pruebas se presentaron en el siguiente orden: (1) ítems relacionados a datos demográficos, (2) Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera, (3) Cuestionario de Desbalance Esfuerzo-Recompensa y (4) Cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilo de Vida . Estos fueron administrados por el investigador quien estuvo presente durante todo el tiempo que los sujetos llenaron los auto reportes para aclarar cualquier duda.

Todo lo antes presentado, siguió los principios éticos establecidos según el Código Deontológico de la Práctica de Investigación en Psicología aprobado por el Consejo de Escuela de Psicología de la UCAB (2002). Estos son:

1. El principio general de Competencia que llaman a los investigadores a tocar temas que dominen y usar instrumentos para los cuales se hayan entrenado. Por esto se estudió el tema tratando de tocar las fuentes teóricas y empíricas más recientes disponibles. También se usó técnicas en las cuales se haya entrenado el investigador como el diseño de rutas, el paquete estadístico Spss e instrumentos de autorreporte. Por último, se hizo todo el trabajo bajo la supervisión de un profesional que domine el tema, quien pudo evaluar y dar indicaciones en caso de que algo se hiciera incorrectamente.
2. El principio general de Responsabilidad el cual expone que los investigadores deberán tomar responsabilidad individual de las consecuencias de los resultados de la investigación. Así pues, el investigador estuvo presente durante todo el proceso de investigación, buscó la mejor ejecución posible y se hizo responsable de toda la investigación.
3. El principio general de Respeto por los Individuos por el cual se espera un trato humanitario y comprometido con los sujetos que formen parte de la investigación. Por lo que se tuvo consentimiento informado del participante. Se aseguró el anonimato y confidencialidad de los datos. Además, solo se recogieron los datos pertinentes para el estudio sin indagar más allá de lo necesario, y la información no se otorgó a terceros que no tuvieran que ver con la investigación.

4. El principio de concordancia con los principios de la ciencia y la tecnología, por lo que se realizó el estudio bajo los criterios y parámetros del método científico. Se mantuvo los registros de los datos y se usaron las herramientas de manera confiable, válida y correcta para obtener información verídica, generalizable y replicable.

Unas veces recopilados los datos se procedió a su análisis con el programa SPSS (versión 23) de cada relación. Se construyó el modelo de ruta y se hizo la discusión de los resultados.

ANÁLISIS DE DATOS

Originalmente, se pretendía recopilar 300 encuestas, sin embargo, solo se pudo pasar la encuesta a 231 personas. Los participantes tuvieron entre 19 y 70 años ($M=34,2$ $SD= 12,89$), de las cuales el 62,8% fueron mujeres y 37,2% fueron hombres. 104 de las personas reportaron estar registradas en la nómina de empleados mientras que 127 reportaron estar registrado en la nómina de profesionales. Adicionalmente, el tiempo de trabajo de la muestra fue de entre 12 y 231 meses, con un promedio de 6 años y un mes (73 meses). En la Tabla 1 se muestran las características específicas de la muestra.

Tabla 1.

Características de la muestra

Variable		N	Porcentaje	Media	Desviación
Sexo	Mujer	145	62,8		
	Hombre	86	37,2		
Cargo	Empleado	104	45,0		
	Profesional	127	55,0		
Edad				34,32	12,89
Tiempo en el cargo				6 años y un mes	2 años

Primero se calculó, a cada persona, el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (RECV) registrando los valores reportados de la presión arterial, el colesterol, la edad, el sexo, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes en la calculadora de Riesgo Cardiovascular de la OPS (OMS, 2018). El cual asignó al 99,6% de la muestra como con menos del 10% de RECV. El resto, que fue

solo una persona, fue asignada al grupo de RECV entre 10% y 20%.

Luego, se calculó el nivel de estrés laboral con el Cuestionario Desbalance Esfuerzo-Recompensa. Según esta, los montos de estrés laboral en la muestra fueron bajos ($M=0,2134$; $SD=0,07$). Es decir, que los empleados, que respondieron a la encuesta, reportaron que su esfuerzo en el trabajo es correctamente recompensado. También se calculó el porcentaje de respuesta a cada ítem del Cuestionario Desbalance Esfuerzo-Recompensa. Para discriminar entre respuestas características de la muestra y respuestas no características, se estableció un porcentaje de 60% como punto de corte. Así pues, en la tabla 2 se resumen aquellos ítems a los cuales un 60% o más de la muestra dio una misma respuesta ya sea 1 (no se aplica), 2 (se aplica), 3 (me afecta moderadamente), 4 (me afecta mucho) o 5 (me afecta muchísimo). Sus respectivas interpretaciones son:

- El 63,6% de los empleados y profesionales encuestados reportaron no requerir de un esfuerzo físico para llevar adelante su trabajo (ítem 36, respuesta 1)
- 70% reportó ser tratada de forma justa en el trabajo (ítem 41) y esto les afecta mucho al momento de considerarse recompensados (respuesta 4)
- El 60,2% reportó no estar padeciendo o esperando un empeoramiento en sus condiciones de trabajo (Horario, carga laboral, salario, etc.) (ítem 43, respuesta 1).
- El 67,5% reportó creer que su trabajo NO está en peligro (ítem 44, respuesta 1).

Tabla 2.

Ítems de estrés laboral

Número del ítem	ítem	Porcentaje
36	"Mi trabajo requiere esfuerzo físico"	63,60%
41	"En mi trabajo me tratan justamente"	70%
43	"Estoy padeciendo -o esperando- un empeoramiento de mis condiciones de trabajo (Horario, carga laboral, salario, etc.)"	60,20%
44	"Teniendo en cuenta mi formación considero adecuado el cargo que desempeño"	67,50%

Aparte del estrés laboral, el Cuestionario de Desbalance Esfuerzo-Recompensa también mide una variable adicional llamada implicación. Como se pasó el cuestionario completo, se decidió calcular los valores de esta variable como un cálculo adicional. Así pues, La media de la muestra fue de 2,14 (SD=0,544), es decir, que la muestra reportó poder separar el trabajo del tiempo libre.

Así como se hizo con la variable estrés laboral, se calculó el porcentaje de respuesta por ítem en la escala de Implicación del Cuestionario de Desbalance Esfuerzo-Recompensa. El punto de corte, una vez más, fue de 60%. En la tabla 3 se muestran los ítems a los cuales un 60% o más de la muestra dio una respuesta ya sea 1 (nunca), 2 (algunas veces), 3 (frecuentemente) o 4 (siempre) que se interpretaron como:

- El 76,5% reportó tener tiempo suficiente para terminar el trabajo (ítem 49,

respuesta 1)

- El 68,8% reportó no tener personas cercanas que opinan que se sacrifica demasiado por el trabajo (ítem 52, respuesta 1)
- El 77,6% reportó poder olvidar el trabajo en tiempos de descanso (ítem 53, respuesta 1)
- El 70,2% reportó poder dormir por la noche sin problemas, aunque les falte trabajo por hacer (ítem 54, respuesta 1)

Tabla 3.

Ítems de la escala de Implicación

Número del ítem	ítem	Porcentaje
49	"Siempre me falta tiempo para terminar el trabajo"	76,50%
52	"Las personas más cercanas dicen que me sacrifico demasiado por mi trabajo"	69%
53	"No puedo olvidarme del trabajo, incluso por la noche estoy pensando en él"	77,60%
54	"Cuando aplazo algo que necesariamente tenía que hacer hoy, no puedo dormir por la noche"	70,20%

Una vez calculado los valores del estrés laboral, se pasó a calcular las distintas dimensiones del Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre el Estilo de Vida correspondientes a la variable estilo de vida (EV). En la tabla 4, se muestran la media y desviación de cada dimensión.

Para la dimensión Actividad Física se obtuvo una media de 13 (SD=3,8), lo cual se interpreta como que la muestra práctica actividades de ejercicio físico con

una baja frecuencia. Para la dimensión No Consumo de Drogas, la muestra obtuvo una media de 25,22 (SD=4,06), es decir, que evita el consumo de drogas (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, achís, café, refresco). En cuanto la dimensión Sueño, la muestra tuvo una media de 21,97 (SD=2,42), es decir, que la muestra, en general reportó tener un sueño reparador y dormir con regularidad por al menos siete horas.

En cuanto a la dimensión Chequeo médico y Autocuidado tuvo una media de 43,63 (SD=6,7), es decir, la muestra reportó hacerse revisiones médicas y practicar conductas preventivas frecuentemente. La dimensión No Consumo de Comida Nociva tuvo una media de 42,56 (SD=4,6), es decir, que la muestra reportó evitar el consumo de comidas nocivas frecuentemente. Por último, la dimensión Recreación tuvo una media de 10,87 (SD=2,48), es decir, la muestra reportó apartar espacios de descanso y practicar actividades recreativas frecuentemente

Tabla 4.

Dimensiones del estilo de vida

Dimensión	Media	Desviación estándar
Actividad Física	13,0087	3,80274
No Consumo de Drogas	25,2208	4,06776
Sueño	21,974	2,42258
Chequeo Médico y Autocuidado	43,6376	6,72352
No Consumo de Comida Nociva	42,5671	4,62635
Recreación	10,8701	2,48483

Así como se procedió con las variables anteriores, también se calculó el porcentaje por respuesta de cada ítem en el Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre el Estilo de Vida. El punto de corte esta vez, fue del 50%. En la tabla 5 se muestran los ítems a los cuales un 55% o más de la muestra dio una misma respuesta ya sea 1 (nunca), 2 (algunas veces), 3 (frecuentemente) o 4 (siempre). Estos resultados fueron interpretados como:

- El 59,3% de la muestra reportó nunca practicar ejercicios que le ayuden a estar tranquilos (taichí, kung fu, yoga, danza, meditación) (Ítem 59, respuesta 1)
- El 60,6% de la muestra reportó nunca participar en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión (Ítem 60, respuesta 1).
- El 78,4% de la muestra reportó compartir tiempo con su familia o amigos en su tiempo libre frecuentemente (ítem 63, respuesta 3)
- El 82,7% reportó nunca consumir medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes o estimulantes sin prescripción médica (ítem 73, respuesta 1).
- El 84,8% reportó nunca manejar bajo los efectos del alcohol u otras drogas (ítem 77, respuesta 1).
- El 69,7% reportó nunca abordar un vehículo manejado por algún conductor bajo los efectos del licor u otras drogas (ítem 78, respuesta 1).
- El 66,2% reportó usar el cinturón de seguridad como pasajero o conductor (ítem 80, respuesta 1).
- El 64,1% de la muestra reportó nunca consumir más de cuatro gaseosas en la semana (ítem 85, respuesta 1).
- El 57,1% reportó consumir productos ahumados algunas veces (ítem 93, respuesta 2).
- El 64,1% reportó consumir algunas veces comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservativos) (ítem 97, respuesta 2).
- El 61,5% reportó consumir algunas veces (comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perros calientes) ítem 98, respuesta 2).
- El 86,6% de la muestra reportó nunca fumar más de dos cigarrillos al día (ítem 99, respuesta 1).

- El 55% de la muestra reportó nunca consumir alcohol más de dos veces a la semana (ítem 101, respuesta 1).
- El 61,5% reportó siempre reconocer en que momento debe parar de beber alcohol (ítem 102, respuesta 1).
- El 83,5% reportó nunca haber consumido drogas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, achís) (ítem 103, respuesta 1).
- El 64,9% reportó decir “no” a todo tipo de drogas (ítem 104).
- El 65,8% reportó nunca consumir más de tres refrescos de cola en la semana (ítem 106, respuesta 1).
- El 57,6% de la muestra reportó trasnocharse algunas veces (ítem 108, respuesta 2)
- El 55,1% de la muestra reportó despertar en varias ocasiones durante la noche de forma poco frecuente (ítem 111, respuesta 2).
- El 64,1% reportó tener sueño parte del día algunas veces (ítem 113, respuesta 2).
- El 93,9% reportó nunca utilizar pastillas para dormir (ítem 114, respuesta 1).

Tabla 5.

Ítems del estilo de vida

Dimensión	Número del ítem	ítem	Porcentaje
Actividad Física	59	Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (Taichí, kung fu, yoga, danza, meditación)	59,30%
	60	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	61%
Recreación	63	Comparte con su familia o amigos en su tiempo libre	78,40%
Chequeo Médico y Autocuidado	73	Consume medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes o estimulantes sin prescripción médica	82,70%
	77	Maneja bajo los efectos de licor u otras drogas	84,80%
	78	Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo los efectos del licor u otras drogas	69,70%
	80	Como conductor o pasajero usa el cinturón de seguridad	66,20%
No Consumo de Comida Nociva	85	¿Consume más de cuatro gaseosas en la semana?	64,10%
	93	¿Mantiene un horario regular en las comidas?	57,10%
	97	¿Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservativos)?	64,50%
	98	¿Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perros calientes)?	61,50%
No Consumo de Drogas	99	¿Fuma más de dos cigarrillos al día?	86,60%
	101	¿Consume licor al menos dos veces a la semana?	55%
	102	¿Cuándo empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar?	61,50%
	103	¿Consume drogas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, achís)?	83,50%
	104	¿Dice "no" a todo tipo de drogas?	64,90%
	106	¿Consume más de tres refrescos de cola en la semana?	65,80%
Sueño	108	¿Se traspasa?	57,60%
	111	¿Se despierta en varias ocasiones durante la noche?	55,10%
	113	¿Se mantiene con sueño parte del día?	64,10%
	114	¿Utiliza pastillas para dormir?	93,90%

De último, se calculó las dimensiones de Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera correspondientes a la variable expresión de la ira. En la tabla 6, se pueden ver los estadísticos descriptivos para las dimensiones de expresión de la ira.

La primera dimensión, Ira Suprimida Controlada tuvo una media de 18,02 (SD=3,98), es decir, que la muestra con frecuencia tiende a evitar situaciones que produzcan ira y practicar técnicas para relajarse una vez experimentan ira. La dimensión Ira manifiesta Controlada tuvo una media de 17,43 (SD=3,497), es decir, la muestra, con frecuencia, manifiesta sus sentimientos de ira sin agredir a alguien o algo. La dimensión Ira Suprimida tuvo una media de 11,95 (SD=3,104), es decir, la mayoría de la muestra reportó suprimir la ira con poca frecuencia. Por último, La dimensión Ira Manifiesta tuvo una media de 12,48 (SD=2,673), es decir, la muestra expresa, con poca frecuencia, la ira de manera impulsiva.

Tabla 6.

Dimensiones de expresión de la ira.

dimensión	Media	Desviación estándar
Ira Suprimida controlada	18,02	3,986
Ira Manifiesta Controlada	17,43	3,497
Ira Suprimida	11,95	3,104
Ira Manifiesta	12,48	2,673

Una vez más, se calculó el porcentaje de respuestas por ítem del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera. El punto de corte establecido fue 50%. En la tabla 7 se muestran los ítems a los cuales el 50% o más de la muestra dio una misma respuesta, ya sea 1 (nunca), 2 (algunas veces), 3

(frecuentemente) o 4 (siempre). Estos fueron interpretados como:

- El 60,2% de la muestra reportó controlar su ira con frecuencia (ítem 9, respuesta 3)
- El 69,7% reportó mostrar su enojo a los demás solo algunas veces (ítem 13, repuesta 2)
- El 65,4% reportó algunas veces discutir con los demás (ítem 15, respuesta 2)
- El 87,5% estar más enfadado de lo que generalmente admiten con poca frecuencia (ítem 19, respuesta 2)
- El 61,9% reportó nunca perder los estribos (ítem 21, repuesta 1)
- El 74,9% reportó mantener el control frecuentemente (ítem 31, respuesta 3).
- El 50,2% reportó mantener la calma frecuentemente (ítem 12, respuesta 3)
- El 51,1% reportó que, si alguien le molesta, le dicen cómo se sienten solo algunas veces (ítem 22, respuesta 2)

Tabla 7.

Ítems de expresión de la ira

Dimensión	Número de ítem	ítems	Porcentaje
Ira manifiesta	9	"Controlo mi humor colérico"	60,20%
	13	"Muestro mi enojo a los demás"	69,70%
	21	"Pierdo los estribos"	61,90%
	15	"Discuto con los demás"	65,40%
Ira Suprimida	19	"Estoy más enfadado(a) de lo que generalmente admito"	87,50%
Ira Suprimida Controlada	31	"Mantengo el control"	74,90%
	12	"Mantengo la calma"	50,20%
Ira Manifiesta Controlada	22	"Si alguien me molesta, le digo cómo me siento"	51,10%

Una vez evaluado cada variable de forma individual, se procedió a calcular la relación entre variables mediante regresiones múltiples. Sin embargo, debido a la poca variabilidad de la muestra en cuanto al RECV, no se pudo hacer el análisis de ruta en base el riesgo calculado por la calculadora de la OPS. Por tal razón, se optó por calcular el análisis de ruta en base a las dimensiones del RECV; tensión arterial y colesterol. Así pues, la muestra tuvo una tensión arterial en rangos normales (M=118,39 mmHg; SD: 7,544 mmHg) al igual que el colesterol (M= 140,17mg/dl; SD= 17,877mg/dl).

Antes de elaborar el análisis de ruta se evaluó los requisitos necesarios. Primero se evaluó la correlación de los errores mediante el estadístico Durbin-Watson (1,675) el cual demostró que los errores no correlacionan entre sí, comprobando el supuesto de independencia de errores. Por otro lado, la multicolinealidad se calculó con el estadístico de colinealidad VIF. Los resultados, como se muestra en la tabla 8, arrojaron multicolinealidad (resaltados en negrita en la tabla 8) para las variables de ira manifiesta controlada (VIF=2,124), ira suprimida controlada (VIF= 1,901), la variable edad (VIF= 2,034) y la variable tiempo en el cargo (VIF=2,034).

Tabla 8.

Multicolinealidad

Variables independientes	Tolerancia	VIF
Esfuerzo/Recompensa	,886	1,129
Implicación	,772	1,295
Ira Suprimida Controlada	,526	1,901
Ira Manifiesta Controlada	,471	2,124
Ira Suprimida	,801	1,249
Ira Manifiesta	,760	1,316
No Consumo de Comidas Nocivas	,772	1,295
Actividad Física	,742	1,347
Conductas Preventivas	,736	1,359

VARIABLES INDEPENDIENTES	TOLERANCIA	VIF
Sueño	,861	1,161
No Consumo de Drogas	,782	1,278
Chequeo Medico	,685	1,461
Edad	,396	2,527
Sexo	,939	1,065
Tiempo en el cargo	,492	2,034

Para verificar qué variables tienen una correlación importante con Ira suprimida controlada, ira manifiesta controlada, edad y tiempo en el cargo, se calculó la correlación entre cada variable. En la tabla 9, se muestra que el tiempo en el cargo y la edad correlacionan de forma significativa y alta entre sí ($r=.715$ $p=0,05$), es decir que la edad y el tiempo en el cargo explican lo mismo. También hubo una correlación alta entre la ira suprimida controlada y la ira manifiesta controlada ($r=0,643$ $p= 0,05$), es decir que ambas dimensiones parecen medir una misma forma de expresar la ira.

Tabla 9.

Correlaciones significativas (al 5%) y altas (r igual o mayor que 0,6).

	IraSuprCtrl	IraManCtrl	Edad
IraManCtrl	,643**		
Edad	,047	-,009	
Tiempocargo	,054	,010	,715**

Para resolver el requisito de no multicolinealidad se unió, a la ira manifiesta controlada y la ira suprimida controlada, en una sola dimensión llamada Ira controlada. La cual se va a interpretar como a mayor puntaje mayor expresión controlada de la ira (mediante conductas para calmarse o para expresar los sentimientos de ira de forma regulada). También, se decidió sacar al tiempo en el cargo del modelo por tener menor poder predictivo que la edad. De esta manera se procedió a calcular las regresiones múltiples teniendo a la presión arterial y el colesterol como variables dependientes.

Como se observa en la figura 5, el modelo para la presión arterial fue significativo ($F=2,005$; $P=0,016$) y explica el 2,2% de la variable presión arterial ($R^2=0,022$). La única variable que obtuvo un efecto significativo, bajo, sobre la presión arterial fue la dimensión actividad física ($b=-0,163$). Lo cual se interpreta como a mayor práctica de actividades físicas menor presión arterial.

Así mismo, se evidenciaron efectos indirectos hacia la presión arterial, tales como:

- Implicación, que tuvo una correlación baja e inversa con actividad física ($b=-0,247$). Lo cual se interpreta como que aquellos con mayor dificultad para separarse del trabajo tienden a practicar menos actividades físicas y por ende tienen mayor presión arterial.
- Ira manifiesta, que tuvo una correlación baja y directa con actividad física ($b=0,179$). Lo cual se interpreta como que a mayor expresión impulsiva de la ira mayor actividad física y por ende menor presión arterial.
- Ira controlada, que tuvo una correlación baja y directa con actividad física ($b=0,156$). Lo cual se interpreta como que a aquellos que tienden a comunicar sus emociones de ira sin agresión y/o a usar estrategias para relajarse tienden a practicar más actividades físicas y, por ende, tienden a tener menor presión arterial.

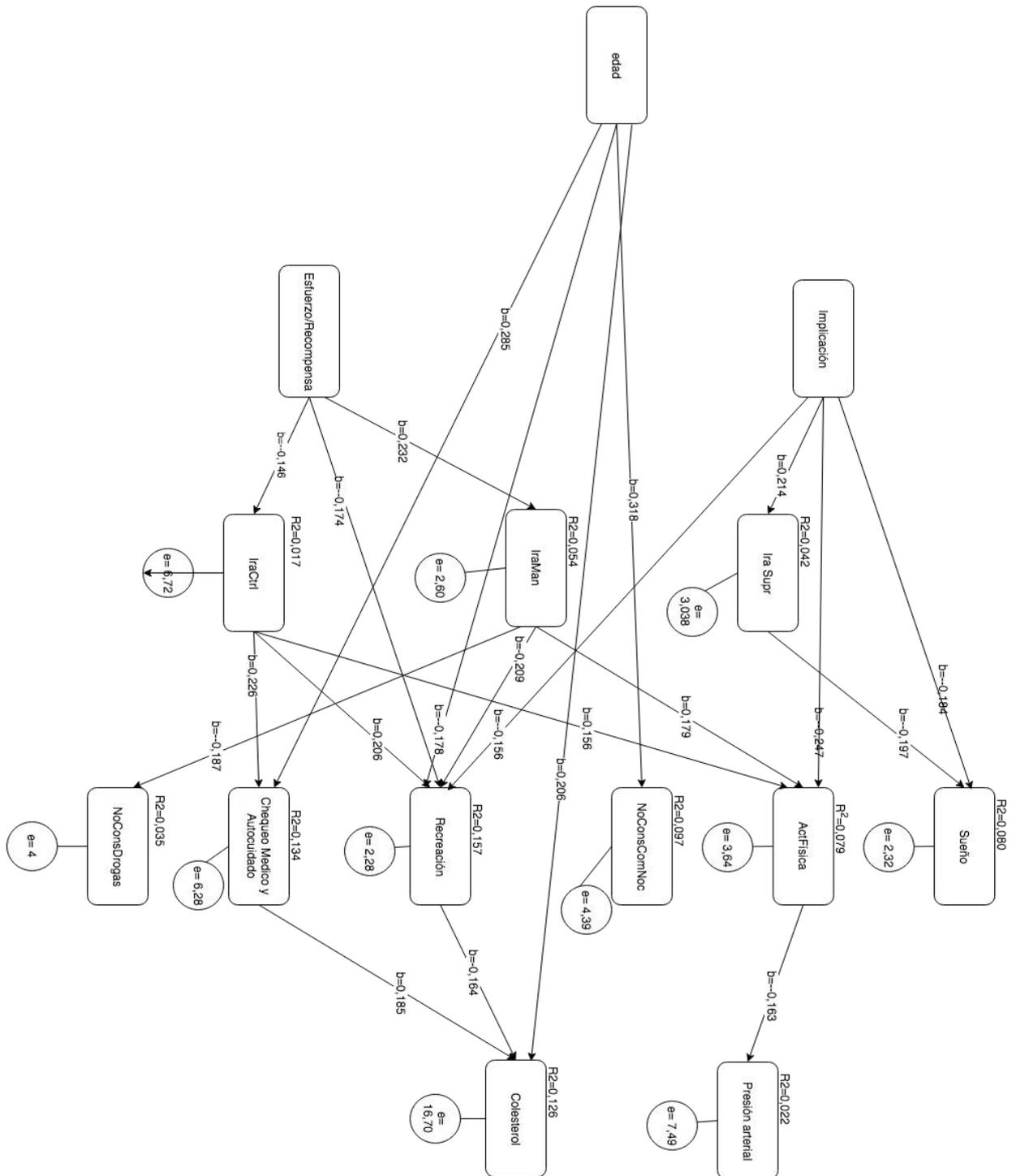


Figura 5: Se muestran con flechas las correlaciones parciales y significativas de cada variable del modelo. Encima de cada flecha estará el valor beta. Por otro lado, la varianza explicada es ilustrado por el valor R2, encima de la variable a la cual le corresponde el porcentaje de varianza explicada por el modelo. Por último, el error residual del modelo con relación a cada variable endógena es encerrado en un círculo debajo de su correspondiente variable.

- Estrés laboral, que tuvo una correlación directa con la Ira manifiesta ($b=0,232$). Lo cual se interpreta como que a mayor desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa de un trabajo mayor expresión impulsiva de la ira y por ende mayor actividad física que entonces resulta en menor presión arterial.
- Aparte de ello, el estrés laboral tuvo una correlación baja e inversa con ira controlada ($b=0,156$). Lo cual se interpreta como que, a mayor desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa, menor expresión controlada de la ira y menor actividad física que resulta en mayor presión arterial.

En cuanto al modelo de colesterol, fue significativo ($F=3,513$, $P=0,000$) y explica el 12,6% de la varianza del colesterol ($R^2=0,126$). Este tuvo relaciones directas:

- Edad, el cual tuvo una correlación baja y positiva con colesterol ($b=0,206$). Lo cual se interpreta como que a mayor edad mayor niveles de colesterol.
- Recreación, el cual tuvo una correlación inversa y baja con colesterol ($b=-0,164$). Lo cual se interpreta como que aquellos que apartan tiempo para hacer actividades recreativas y pasar tiempo con familiares y amigos cercanos tienden a tener menor colesterol que aquellos que no apartan tiempo para hacer actividades recreativas.
- Chequeo Médico y Autocuidado, el cual tuvo una correlación positiva y directa colesterol ($b=0,185$). Lo cual se interpreta como que aquellos que hacen revisiones médicas constantes y practican conductas de autocuidado (como ponerse el cinturón de seguridad o ponerse protector solar) reportaron mayores niveles de colesterol que aquellos que no hacen revisiones médicas constantes ni practican conductas de autocuidado.

Así mismo, se evidenciaron efectos indirectos hacia el colesterol, tales como:

- Implicación, que tuvo una correlación baja e inversa con el factor

recreación ($b=-0,156$). Lo cual se interpreta como a mayor implicación en el trabajo menor es el tiempo para hacer actividades recreativas y, por consiguiente, mayores niveles de colesterol.

- Ira Manifiesta, que tuvo una correlación baja y directa con la dimensión recreación ($b=-0,209$). Lo cual se interpreta como aquellos que reportaron expresar su ira de forma impulsiva con constancia y tener poco tiempo de descanso y recreación reportaron un mayor colesterol.
- Ira controlada, que tuvo una correlación directa y baja con la dimensión chequeo médico y autocuidado ($b=0,226$). Lo cual se interpreta como que aquellos que tienden a controlar su expresión de la ira reportaron hacer más revisiones médicas y practicar conductas de autocuidado que aquellos que no tienden a controlar su expresión de la ira.
- Estrés laboral, que tuvo una correlación baja e inversa con la dimensión recreación ($b=-0,174$). Lo cual se interpreta como que, a mayor percepción de que no se recompensa adecuadamente el esfuerzo en el trabajo menor tiempo para hacer actividades recreativas y por ende mayores niveles de colesterol.
- Además, el estrés laboral tuvo una correlación baja y directa con la Ira manifiesta ($b=0,232$). Lo cual se interpreta como que aquellos que tienden a experimentar un mayor desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa en un trabajo tienden a expresar más la ira de forma impulsiva por lo que tienden a practicar menos actividades recreativas que a su vez resulta en un mayor nivel de colesterol.
- El estrés laboral, también, tuvo una correlación baja e inversa con ira controlada ($b=0,156$). Lo cual se interpreta como que, a mayor desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa, menor expresión controlada de la ira, menor recreación y mayor colesterol. También puede ser interpretada como que a mayor desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa en un trabajo menor expresión controlada y menor chequeo médico y conductas de autocuidado por lo que se tiene menor colesterol.
- Edad, que tuvo una correlación inversa y baja con la dimensión recreación ($b=-0,178$). Lo cual se interpreta como que a mayor edad

menor tiempo de recreación y mayor colesterol.

- Además, la edad tuvo una correlación directa y baja con chequeo médico y autocuidado ($b=0,285$). Lo cual se interpreta como que a mayor edad mayor chequeo médico y conductas de autocuidado y mayor colesterol.

Por otro lado, algunas variables no correlacionaron de forma significativa con la presión arterial ni con el colesterol, pero si se obtuvo resultados relevantes para el estudio. Una de estas variables fue la dimensión sueño, de la cual se obtuvo un modelo significativo ($F= 13,591$; $P=0,000$) que explica el 8% de la varianza de sueño ($R^2=0,080$). Este tuvo efectos directos como:

- Implicación, que tuvo una correlación inversa y baja con el sueño ($b=-0,0184$). Lo cual se interpreta como que aquellos que tienen una mayor implicación en el trabajo tienden a dormir menos de siete horas y a sentirse menos descansados.
- Ira suprimida, que tuvo una correlación baja e inversa con la dimensión sueño ($b=-0,197$). Lo cual se interpreta como que a mayor supresión de la ira menor sensación de descanso y menor las horas de sueño.

Así mismo, en el modelo del sueño, hubo un efecto indirecto por parte de la variable implicación. La cual tuvo una correlación directa y baja con la ira suprimida ($b=0,214$). Esto se interpreta como que, aquellos que expresaron tener el trabajo entre sus preocupaciones, también expresaron suprimir sus emociones de ira y tener malos hábitos del sueño (dormir menos de siete horas, de forma irregular, trasnocharse, etc.)

Otra variable que no correlacionó de forma significativa con la presión arterial ni con el colesterol fue la dimensión No consumo de comida nociva. Sin embargo, De esta dimensión del estilo de vida, se tuvo un modelo significativo ($F= 25,800$; $P=0,000$) que explica el 9,7% de la varianza del No consumo de comida Nociva ($R^2=0,097$). La única variable que dio una correlación significativa con No consumo de comida Nociva fue la edad. La cual tuvo una correlación directa y baja ($b=0,285$) que se interpreta como que a mayor edad menor consumo de comida nociva.

Por último, la dimensión No consumo de Drogas tampoco correlacionó de forma significativa con la presión arterial o el colesterol. Sin embargo, se obtuvo un modelo significativo ($F=8,262$; $P=0,004$) que explicó el 3,5% de la varianza del No consumo de Drogas ($R^2=0,035$). Este tuvo una correlación inversa y baja con la ira manifiesta. Lo cual se interpreta como que a mayor expresión impulsiva de la ira mayor consumo de drogas. Además, tuvo un efecto indirecto con el estrés laboral, que correlacionó de forma directa y baja con ira manifiesta ($b=0,232$). Lo cual se interpreta como que a mayor desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa mayor expresión impulsiva de la ira, por ende, mayor consumo de drogas (alcohol, tabaco, café, refresco, marihuana, bazuco y/o éxtasis).

En resumen del análisis de los datos, los empleados y profesionales de la UCAB, que compusieron la muestra estudiada: (a) tienen un bajo RECV, (b) evitan el consumo de drogas y comida nociva, (c) hacen revisiones médicas y practican conductas de autocuidado con frecuencia, (d) tienen buenos hábitos del sueño, (e) practican actividades físicas con poca frecuencia, (f) apartan espacios para el descanso y la recreación con frecuencia, (g) sienten que el esfuerzo en el trabajo es correctamente recompensado, (h) expresan la ira de forma controlada y (j) tienen una baja implicación en el trabajo.

En cuanto al diagrama de ruta, solo el estilo de vida tuvo una relación directa con la presión arterial y el colesterol. La edad, el estrés laboral, la implicación y la expresión de la ira tuvieron relaciones indirectas con la presión arterial y el colesterol, mediante el estilo de vida. Específicamente: (a) mayor estrés laboral, menor frecuencia con la que se expresa la ira de forma controlada, menor estilo de vida y por ende mayor presión arterial y colesterol (b) mayor implicación en el trabajo, mayor supresión de la ira, menor estilo de vida y por ende mayor presión arterial y colesterol y (c) a mayor edad mayor colesterol.

DISCUSIÓN

A los fines de la presente investigación y para responder a las interrogantes planteadas en cuanto a la relación que puede establecerse entre tiempo en el cargo, edad, sexo, estrés laboral, expresión de la ira, estilo de vida y riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (RECV) en los empleados y profesionales de la Universidad Católica Andrés Bello se procedió a administrar: (a) el cuestionario Desbalance Esfuerzo-Recompensa (Macías, Fernández, Hernández, Cueto y Rancaño, 2003), (b) el cuestionario de prácticas y creencias sobre estilo de vida (Arrivillaga, Salazar y Correa 2003) y el inventario multicultural latinoamericano de la expresión de la cólera (Moscoso, 2007). Se irá haciendo el análisis por partes, debido a la complejidad del problema de investigación planteado.

Es importante resaltar que, a pesar de que la recolección de datos inició a tiempo, se obtuvo permiso de la Dirección de Recursos Humanos de la Universidad Católica Andrés Bello y del Sindicato de Empleados y Obreros, y se envió un correo a los empleados y profesionales explicando los motivos de la investigación y pidiendo colaboración, sólo se recogió 231 encuestas de las 300 esperadas. Esto fue debido a que varios empleados y profesionales de la Universidad Católica Andrés Bello, se rehusaron a llenar la encuesta, se comprometieron a llenarla, pero nunca la llenaron, lo hicieron a medias, de manera aleatoria o exigieron una carta de parte del rector como requisito para llenar la encuesta. Todo de lo cual hizo que el proceso de recolección de datos durará más de los tres meses planteados. Dado que se tuvo una fecha límite para entregar el trabajo de investigación, se decidió entonces parar en 231 personas y así disponer de tiempo para hacer el análisis de los datos y la discusión.

Primero se empezará con el tiempo en el cargo, el cual se conjeturó que a mayor tiempo en un cargo mayor RECV, como concluyó Sifuentes (2011). Sin embargo, no se pudo obtener datos al respecto dado que se eliminó la variable tiempo en el cargo del modelo para cumplir con el requisito de no multicolinealidad. Así pues, el tiempo en el cargo fue desplazada por la variable edad, ya que correlacionaron de forma directa y alta (revisar tabla 9.), además de que la edad tuvo un mayor poder predictivo que el tiempo en el cargo.

En cuanto a la variable edad, se hipotetizó que a mayor edad mayor sería el

RECV basándose en los resultados de los estudios de Diaz-Realpe et al. (2007), Varona et al. (2015) y Gontarev et al (2017). Los resultados obtenidos apoyan parcialmente las conjeturas, pues la edad no tuvo correlación significativa con la presión arterial, algo que también se dio en los resultados de Diaz-Realpe et al. (2007) y Varona et al. (2015) pero que discrepa de lo encontrado por Gontarev et al. (2017), quien concluyó que a mayor edad mayor presión arterial. Sin embargo, el estudio actual si obtuvo que a mayor edad mayor colesterol resultando en mayor RECV, por lo que la edad si resultó tener relación significativa sobre el RECV, tal y como Diaz-Realpe et al. (2007), Varona et al. (2015) y Gontarev et al (2017) concluyeron.

Con relación a la variable sexo, se conjeturó que las mujeres tendrían mayor RECV que los hombres, con bases en el estudio de Gontarev et al. (2017). Los resultados del presente estudio contradicen la hipótesis, dado que el sexo no tuvo correlación significativa con ninguna variable del modelo. Así pues, los resultados coinciden con los estudios de Diaz-Realpe et al. (2007) y Varona et al. (2015), apoyando sus propuestas de que la edad influencia el RECV de una persona mientras que el sexo resulta indiferente.

A pesar de lo anterior, Diaz-Realpe et al. (2007) también concluyeron que los hombres hacían más actividades físicas que las mujeres y por eso tenían menor RECV. Pero en la investigación presente la frecuencia con la que se practican actividades físicas no fue significativamente distinto entre hombres y mujeres. Esta discrepancia entre los resultados de Diaz-Realpe et al. (2007) y los propios se deben a que los empleados y profesionales de la Universidad Católica Andrés Bello en su mayoría no practican actividades físicas con frecuencia.

Pasando por el estrés laboral, se hipotetizó que, tal y como Lynch et al. (1997), Bosman et al. (1998) y Lazló et al. (2009) concluyeron, sufrir altos montos de estrés laboral aumenta el RECV. No obstante, este no aumentó o disminuyó a medida que incrementaba el monto de estrés laboral en los empleados y profesionales del presente estudio. Esto se debió a que la muestra estudiada no reportó tener altos montos de estrés.

Tampoco se cumplió la segunda hipótesis de la relación entre estrés laboral y RECV. La cual consistía en que la frecuencia con la que se expresa la ira de una

forma u otra cambia a medida que se sufre de más estrés en el trabajo, alterando los RECV de una persona (Stephoe, 2000). Los resultados del estudio, en cambio, replicaron los resultados de Smith et al. (2005), quien obtuvo que la manifestación o supresión de la ira no altera el RECV de una persona.

Sin embargo, los empleados y profesionales de la UCAB sí reportaron expresar la ira de forma distinta a medida que sufrían de más estrés en el trabajo. Aquellos que sufrían de más estrés tendían a expresar la ira de manera impulsiva con más frecuencia que aquellos que no. Mientras que aquellos que tuvieron menores niveles de estrés en el trabajo reportaron expresar la ira de forma más controlada con más frecuencia. Todo de lo cual coincide con los hallazgos de Steptoe (2000).

Además, Pérez-García et al. (2011) obtuvo que aquellos que sufrían de mayor estrés en el trabajo tendían a suprimir la ira con más frecuencia, algo que no se replicó en el estudio. Pues la frecuencia con la que los empleados y profesionales de la UCAB reportaron suprimir la ira no cambió a pesar de que cambiaran sus niveles de estrés. En este caso, los resultados volvieron a coincidir con los de Smith et al. (2005), mencionados anteriormente. Así pues, es posible que la propuesta de Smith et al. (2005), de que es la facilidad con la que una persona experimenta ira (ira como rasgo) lo que realmente explica la relación entre estrés laboral y RECV, resulte una explicación más adecuada para predecir el RECV que la frecuencia con la que se expresa la ira de una manera u otra.

Por otro lado, Pérez-García et al. (2011) también concluyeron que aquellos que suprimen la ira con constancia tienden a practicar menos conductas saludables que aquellos que tienden a expresar la ira de forma controlada con frecuencia. Lo que concuerda con lo que el presente estudio obtuvo de que aquellos que tienden a expresar la ira de forma controlada también hacen revisiones médicas, actividad física y apartan espacios para la recreación y el descanso en su día a día con frecuencia. Así como que aquellos que suprimen la ira con mayor frecuencia se tienden a trasnochar, dormir menos de siete horas y/o sentirse cansados con frecuencia.

Aunque Pérez-García et al. (2011) también afirmaron que expresar la ira de forma impulsiva no tiene relación con la frecuencia con la que se practican

conductas saludables, lo que no concordó con el presente estudio. Ya que se obtuvo que los empleados que expresan la ira de manera impulsiva también tienden a practicar actividades físicas y consumir drogas con frecuencia, pero no apartan espacios para el descanso ni para la recreación con frecuencia.

La relación obtenida entre la ira manifiesta y el estilo de vida podría ser explicada por la propuesta de Frederickson (2001). Él propone que las emociones negativas, como la ira, reducen el repertorio pensamiento-acción de una persona lo que puede deteriorar su capacidad de resolver problemas ya que solo están enfocados en el estímulo aversivo y no logran considerar otros factores. Ahora, con base al estudio de Smith et al. (2005) se sabe que aquellos que experimentan más ira tienden a suprimir o a expresar de forma impulsiva la misma. Así pues, aquellos que expresan la ira de manera impulsiva o a suprimirla, siguiendo la propuesta de Frederickson (2001), tienen una menor capacidad para resolver problemas lo cual los lleva a optar por conductas mal adaptativas como consumir drogas, trasnocharse y/o no dejar de trabajar a pesar de estar cansado o fatigados. Aunque hace falta más sustento empírico para afirmar esto.

Además, esto no explica porque los resultados obtenidos sugieren que aquellos que expresan la ira de forma impulsiva practican más actividades físicas. De esto se cree que pueda deberse a factores culturales, donde el deporte es percibido como un espacio para la libre expresión de la ira. Sin embargo, no se tiene sustento empírico al respecto por lo que hacen falta más investigaciones.

Volviendo a lo propuesto por Frederickson (2001) y en concordancia con los resultados antes mencionados de que aquellos que sufren de mayor estrés laboral también expresan la ira de forma impulsiva, se cree que esta incapacidad para resolver problemas les hace más difícil responder a las tareas en el trabajo. Por lo que les hace falta más esfuerzo y tiempo para recibir las recompensas acordadas en el trabajo, por ende, un mayor estrés laboral. El cual también implica menos conductas saludables según Kuper et al. (2002).

Lo antes dicho lleva a la tercera hipótesis planteada para la relación entre el estrés laboral y el RECV. Se propuso que a medida que aumenta el estrés laboral de una persona ésta tendería a practicar más conductas no saludables (consumir más drogas, comer más comida nociva, hacerse menos revisiones médicas, dormir

menos y/o tener menos espacios de recreación y descanso) que entonces aumentan el RECV de una persona (Kuper et al. 2002). Aunque los resultados solo apoyan la hipótesis de manera parcial, pues los trabajadores de la UCAB solo reportaron tener menos espacios de recreación y descanso a medida que aumentaba el estrés laboral. Mientras que el consumo de drogas y/o comidas nocivas, las revisiones médicas y el sueño no varió en base al estrés laboral.

Además, sólo el tener espacios de recreación y descanso y hacer actividades físicas tuvieron diferencias significativas en personas con distintos RECV, en el presente estudio. Es decir, que el estudio replica los resultados de Kuper et al. (2002) y de Pérez-García et al (2011) sólo de manera parcial. Pues ellos concluyeron que todas las conductas saludables que componen el estilo de vida disminuirían el RECV de una persona.

Parte de la discrepancia entre los resultados obtenidos y los estudios antes mencionados se debe a que la mayoría de las dimensiones del estilo de vida que no tuvieron una correlación significativa, tuvieron valores estables en el presente estudio. La mayoría de los trabajadores en la UCAB estudiados reportaron no consumir drogas, evitar la comida nociva y dormir bien. La única dimensión en la que tuvieron valores negativos y que sí apoyó la hipótesis planteada fue en la actividad física, que tuvo una correlación significativa con el RECV donde a medida que se hacían, con menos frecuencia, actividades físicas aumentaba la presión arterial y por ende el RECV.

Continuando con las discrepancias, la frecuencia con la que los trabajadores de la UCAB hacían revisiones médicas y practicaban conductas de autocuidado sí varió de manera significativa en base al RECV, pero no de la manera en que Pérez-García et al. (2011) hubieran predicho. Pues ellos obtuvieron que todas las conductas saludables disminuyen el RECV de una persona. Mientras que los resultados del presente estudio sugieren que las revisiones médicas y las prácticas de autocuidado, que son conductas saludables, acarrearán un mayor RECV porque aumenta el colesterol. Esta contradicción tiene dos posibles explicaciones:

1. Como el colesterol fue reportado, es posible que aquellos que hicieran revisiones médicas con mayor frecuencia supieran con mayor precisión su colesterol mientras que aquellos que no acostumbran a hacer revisiones

médicas subreportaran sus niveles de colesterol por no conocerlos.

2. Una segunda explicación sería que las personas con un alto colesterol lo saben y por eso hacen más revisiones médicas y tienen mayor autocuidado.

Aunado a lo anterior, todas las discrepancias, del presente estudio con el estudio de Pérez-García et al. (2011), sobre el estilo de vida pudiesen deberse también a las diferencias en la medición de la variable. El estudio de Pérez-García et al. (2011) consideró al estilo de vida como una sola variable donde a mayor frecuencia de conductas saludables mayor sería el puntaje de estilo de vida. Mientras que el presente estudio separó el estilo de vida en varias dimensiones, calculando la significancia de cada una con el RECV por separado. Así pues, el presente estudio tuvo una vista más precisa sobre la relación entre estilo de vida y RECV que el estudio de Pérez-García et al. (2011), lo cual explica por qué algunas conductas saludables no tuvieron la misma relación con el RECV.

Para terminar, se calculó como una variable adicional la implicación en el trabajo. Los resultados del presente estudio sugieren que la implicación tiene un efecto indirecto sobre el RECV a través de: (a) una disminución de la actividad física y (b) una disminución del tiempo de ocio y descanso. Esto concuerda con el estudio de Chen (2016) quien dedujo que la implicación en el trabajo tiene un efecto adverso sobre el estilo de vida saludable en una persona.

La conclusión de Chen (2016), también apoya otro hallazgo del presente estudio donde los trabajadores de la UCAB que reportaron tener altos montos de implicación en el trabajo también reportaron trasnocharse, dormir menos de siete horas o tener un sueño interrumpido a lo largo de la noche. Permitiendo concluir que aquellos que tienen dificultades para separar su vida personal del trabajo practican conductas arriesgadas para la salud, como trasnocharse, trabajar muchas horas seguidas y no hacer ejercicio físico.

Entonces, dado el presente estudio en comparación con los estudios planteados en el marco teórico se afirma que:(a) A mayor edad mayor RECV, (b) ni el sexo, estrés laboral ni la expresión de la ira afectan de forma directa el RECV de una persona, (c) practicar algunas conductas saludables con más frecuencia puede representar un menor RECV, (d) La frecuencia con la que se practican conductas saludables es menor en personas que suprimen la ira y mayor en aquellos que

expresan la ira de forma controlada, (e) aquellos que experimentan estrés en el trabajo tienden a apartar menos espacios de descanso y recreación, (f) aquellos que experimentan la ira tienden a expresar la ira de forma más impulsiva y (g) estar muy implicado en el trabajo puede representar peores hábitos del sueño y menos tiempo de recreación y descanso.

Por otro lado, no se puede afirmar con total certeza: (a) qué conductas saludables realmente representan un menor RECV, (b) si el tiempo en el cargo juega un rol relevante en el RECV de una persona, (c) si expresar la ira de forma impulsiva con frecuencia representa mayor actividad física y consumo de drogas, pero menor tiempo de recreación y descanso y (d) si la frecuencia con la que se hacen actividades físicas es distinta entre hombres y mujeres.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En resumen, solo el estilo de vida y la edad tuvo un efecto directo sobre el riesgo de enfermedades cardiovasculares (RECV). Por un lado, hacer actividad física disminuye la presión arterial. Por el otro, tener espacios de recreación y descanso ayuda disminuir el colesterol. El chequeo médico y las conductas de autocuidado resultaron aumentar el nivel de colesterol, pero no queda claro la precisión de esto. Además, a mayor edad mayor colesterol, por lo que tienen mayor RECV.

Por otro lado, el estrés laboral, la expresión de la ira y la implicación tuvieron un efecto indirecto sobre el RECV a través del estilo de vida. Aquellos con mayor estrés laboral tienen menos espacios para la recreación y el descanso, por consecuencia, mayor colesterol. Aquellos que acostumbran a expresar la ira de forma controlada también practican frecuentemente actividades físicas y recreativas que luego disminuyen la presión arterial y el colesterol. Aquellos que acostumbran a manifestar impulsivamente la ira tienden a practicar actividades físicas, pero no acostumbran a tener espacios de recreación y descanso algo que, en consecuencia, les aumenta el colesterol y disminuye la presión arterial. Por último, los que están constantemente trabajando o pensando en el trabajo no tienen tiempo para descansar, hacer actividades recreativas y/o hacer actividades físicas por lo que tienen un mayor RECV.

También, hubo variables que no aportaron significación al modelo. Específicamente, el tiempo en el cargo, el sexo, la supresión de la ira, los hábitos del sueño, el consumo de comida nociva y el consumo de drogas no tuvieron alguna influencia, directa o indirecta sobre el RECV. Sin embargo, no se descarta la posibilidad de que estas variables puedan tener alguna relación significativa con el RECV.

En cuanto a los trabajadores de la UCAB se concluyó que tienen un bajo RECV, así como un bajo nivel de estrés en el trabajo. Además, Evitan el consumo de drogas y comida nociva, apartan espacios para la recreación y descanso, duermen al menos siete horas de forma regular y hacen revisiones médicas y practican conductas de autocuidado con frecuencia. También acostumbran a expresar la ira de forma controlada con frecuencia y a manifestarla de forma impulsiva o a

suprimirla solo algunas veces.

Sin embargo, todos los resultados obtenidos pueden verse mediados por el pequeño tamaño de la muestra. Además, el medir la presión arterial y el colesterol en base al valor reportado también acarrea una imprecisión de la variable que pudieron alterar los resultados. Por esto, es recomendable que futuras investigaciones consideren medir los factores de riesgo de manera directa. Por último, se recomienda considerar el valor mediador de la ira como rasgo. Puesto que la propensión a experimentar ira podría mediar entre el estrés laboral y el RECV.

REFERENCIAS

- Angelucci, L. (2006). Estrés: Aspectos básicos y su relación con salud. Peña, G., Cañoto, Y., Santalla, Z. (Eds.). *Una introducción a la psicología* (Vol. 1, pp. 411-443) Montalbán, Caracas: Publicaciones UCAB.
- Angelucci, L., Cañoto, Y. (2010). Estilos de vida en los estudiantes de la escuela de psicología ucab-caracas. Universidad Católica Andrés Bello. Informe interno no publicado
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C., Correa, D. (2003) Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica* 34 (4), 186-195. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/283/28334403.pdf>
- Banegas, J.R., Villar, F., Graciani, A., Artalejo, F.R (2006). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. *Revista española de Cardiología*, 6, pp. 3-12. Recuperado de: <http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-las-enfermedades-cardiovasculares-espana/articulo/13113730/>
- Blanco-Baldó, J. (2011). Emociones “positivas” y salud cardiovascular. En Y. Cañoto, G. Peña y G. Yaber (Eds.), *Tópicos en psicología de la salud* (pp.154-182). Caracas, Venezuela: Publicaciones UCAB.
- Bosman, H., Siegrist, J. y Marmot, M., (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Health*, 88 (1), pp. 68-74. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508386/pdf/amjph00013-0070.pdf>
- Cadenas M. V., De González, T. M. y González, J. P. (2013). Estrés y resiliencia como factores relacionados a la hipertensión arterial sistémica, *Med Interna*, 29 (2), pp.87 - 94.
- Cerecero P, Hernández B, Aguirre D, Valdés R y Huitrón G. (2009). Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México, *Salud Publica Mex*, 51,465-473. Recuperado en www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000600004
- Chen, S-W (2016). *Effort–Reward imbalance, overcommitment, perceived control and health Behaviors in central and eastern Europe* (Tesis Doctoral). University College London, London, United Kingdom. Recuperado de:

<http://discovery.ucl.ac.uk/1522338/>

Díaz, A., & Feldman, L. (2010). Validación preliminar del Cuestionario de Estrés Laboral (Desbalance-Esfuerzo/Recompensa) en una muestra de trabajadores de la salud venezolanos. *Ciencia & trabajo*, 12(36), 320-323. Recuperada de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=1877464c-d885-40be-9eed-dc90e255533d%40sessionmgr120&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI>

Díaz-Realpe, J.E., Muñoz-Martínez, J., y Sierra-Torres, C.H. (2007) Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en trabajadores de una institución prestadora de servicios de Salud, Colombia, *Salud Pública* 9 (1), 64-75. Recuperado en https://www.google.co.ve/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a08.pdf&ved=0ahUKEwiy_O713cTQAhUC4SYKHUujAMcQFggYMAA&usq=AFQjCNHPMvPnXXzUrvmvheqhlfqf2bpjoA&sig2=wMzSeElujJMkbuXcRfEecg

Duval, F., González, F. y Rabia H., (2010). Neurobiología del estrés, *Rev. Chil Neuro-Psiquiat*, 48 (4), pp.307-318. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272010000500006&script=sci_arttext&tIng=pt

Everson-Rose, S. A. y Lewis, T. T., (2005). Psychosocial factors and cardiovascular disease, *Rev. Public Health*, 26, 469–500 . Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15760298>

Fernández-López, J.A., Siegrist, J., Rödel, A., Hernández-Mejía, R. (2003). El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Aten Primaria* 31 (8) pp. 1-10. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670370715X>

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/record/2001-00465-003>

Gontarev, S., Kalac, R., Zivkovic, V., Velickosvka, A. y Telai, B. (2017). The association between high blood pressure, physical fitness and fatness in adolescents. *Nutrición*

Hospitalaria 34 (1) Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000100007&lang=pt

Huber, G. (1980) *Stress y conflictos: métodos de superación*. Madrid: Parainfo, S.A.

Jackson, R. (2000). Guidelines on preventing cardiovascular disease in clinical practice. *British Medical Journal*, 320, 659-61. Recuperado de:
<http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC1117692/pdf/659.pdf>

Karasek, R. A. (1979) Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (2), 285-308. Recuperado de:
http://www.jstor.org/stable/2392498?seq=1#page_scan_tab_contents

Karasek, R. A., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A. y Theorell, T., (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of swedish men. *AJPH*, 71 (7), pp. 694-705. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1619770/pdf/amjph00667-0024.pdf>

Kerlinger, F. N., y Lee, B. H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México D.F.: McGraw-Hill.

Kuper, H., Singh-Manoux, A, Siegrist, J., y Marmot, M, (2002). When reciprocity fails effort-reward imbalance in relation to CHD and health functioning within the Whitehall II Study. *Occup Environ Med*, 59, pp. 777-784.

Lachman, S. (1972). *Psychosomatic disorders: a behavioristic interpretation*. New York: Wiley

Laham, M. (2008). Psicocardiología su importancia en la prevención y rehabilitación coronarias, *Suma Psicológica*, 15 (1), pp.143-170. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604006>

László, K. D., Ahnve, S., Hallqvist, J., Ahlbom, A. y Janszky, I. (2009). *Job strain predicts recurrent events after a first acute myocardial infarction: the stockholm heart epidemiology Program*. Recuperado de:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2796.2009.02196.x/ful>

- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). The stress concept in the life sciences. En: R. Lazarus y S. Folkman (Eds). *Stress, Appraisal and Coping* (pp.1-21). New York: Springer.
- Lynch, J., Krause, N., Kaplan, N., Tuomilehto, J., y Salonen, J., (1997). Workplace conditions, socioeconomic status, and the risk of mortality and acute myocardial infarction: The Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. *American Journal of Public Health*, 87 (4), pp. 617-622. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/14072899_Workplace_conditions_socioeconomic_status_and_the_risk_of_mortality_and_acute_myocardial_infarction_The_Kuopio_Ischemic_Heart_Disease_Risk_Factor_Study
- Macías, M., Fernández, J., Hernández, R., Cueto, A., Rancaño, I., Siegrits, J. (2003) Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital público español: Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo «Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa». *Medicina Clínica*, 120 (17), pp. 652-657. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775303737993>
- Marrugat, J., Elosua, R. y Gil, M., (1999). Muerte súbita (I). Epidemiología de la muerte súbita cardíaca en España. *Revista Española Cardiol* 52 (9), pp. 15-25. Recuperado de: <http://www.revespcardiol.org/es/muerte-subita-i-epidemiologia-muerte/articulo/174/>
- Martinez, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española Salud Pública* 71 (3), Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300008
- Mikkelsen, A, Ogaard, T., y Landsbergis, P. (2005). The effects of new dimensions of psychological job demands and job control on active learning and occupational health. *Work & Stress*, 19 (2), pp. 153-175. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678370500167808>
- Montes, O. y Alberto, L., (2013). *Muerte súbita cardíaca en comunidades de arroyo naranja en el periodo 2000-2010*. (Tesis doctoral) Universidad de ciencias médicas de la Habana, la Habana, Cuba. Recuperado de: http://tesis.repo.sld.cu/639/1/Luis_Alberto_Ochoa_Montes.pdf
- Moretin, B. y Audicana, C., (2011) Estudio poblacional de la muerte súbita cardiovascular

extrahospitalaria: incidencia y causas de muerte en adultos de edad mediana. *Revista Española Cardiol* 64 (1), pp. 28-34. Recuperado de: <http://www.revespcardiol.org/es/estudio-poblacional-muerte-subita-cardiovascular/articulo/13190095/>

Moscoso, M.S. (1998). Estrés, salud y emociones: Estudio de la ansiedad, cólera y hostilidad, *Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 2(2), 47-68. Recuperado en https://www.researchgate.net/profile/Manolete_Moscoso/publication/283488827_Estrés_Salud_y_EmocionesEstudio_de_la_Ansiedad_Colera_y_Hostilidad/links/563a248208aeed0531dca6d4.pdf

Moscoso, M.S. (2007). La expresión y supresión de la cólera: Sus efectos en la salud y su medición psicométrica en américa latina, *Psicol Herediana* 2 (2), 104-114. Recuperado en https://www.researchgate.net/profile/Manolete_Moscoso/publication/283349624_LA_EXPRESION_Y_SUPRESION_DE_LA_COLERA_SUS_EFECTOS_EN_LA_SALUD_Y_SU_MEDICION_PSICOMETRICA_EN_AMERICA_LATINA_Expression_and_suppression_of_anger_Effects_on_health_and_psychometric_measurements_in_Latin_America/links/56361aef08ae88cf81bd0ef3.pdf

Ong, A. (2010). Pathways linking positive and health in later life. *Current Directions in Psychological Science* 19(6). Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0963721410388805>

Organización Mundial de la Salud (2016) Informe de la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014 "Cumplimiento de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles: Una responsabilidad compartida" Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

Organización Mundial de la Salud (2015, enero) Enfermedades Cardiovasculares [artículo publicado en página oficial] Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

Organización Mundial de la Salud (2005) Prevención de los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. *Evite los Infartos de Miocardio y los Accidentes*

Cerebrovasculares: No Sea Una Víctima, Protéjase, 1, pp. 11-14. Recuperado de: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/cvd_report_es.pdf

Varona, P., Armas, N. B., Suárez, R., Bonet, M. y Dueñas, A. F. (2015) Estimación del riesgo cardiovascular en la población cubana. Una aproximación al tema. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 21 (4). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubcar/ccc-2015/ccc154b.pdf>

Pérez-García, A.M., Sanjuán, P., Rueda, B., y Ruiz, M.A. (2011). Salud cardiovascular en la mujer: El papel de la ira y su expresión, *Psicothema*, 23 (4), 593-598. Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3761281&orden=322558&info=link>

Peter, R., Siegrist, J. Hallqvist, J. Reuterwall, C. t Theorell, T. (2002) Psychosocial Work Environment and Myocardial Infarction: Improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, pp. 294-300.

Pinto, E. (2011). Puede ser beneficioso para la salud experimentar emociones “negativas”. En Y. Cañoto, G. Peña y G. Yaber (Eds.), *Tópicos en psicología de la salud* (pp.154-182). Caracas, Venezuela: Publicaciones UCAB.

Real Academia Española. (2007) *Diccionario práctico del estudiante*. Madrid, España.

Romero-Ordoñez, S. (2011). Estrés laboral y salud: Dos modelos alternativos. En Y. Cañoto, G. Peña & G. Yaber (Eds.) *Tópicos en psicología de la salud* (pp. 298-325) Caracas, Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello

Rosa, M.A., Albiol, L.M. y Salvador, A. (2009). Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endocrinos, *Anales De Psicología*, 25, pp.150-159. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/71611/69091>

Sifuentes, M. (2011) *Riesgo cardiovascular, estilo de vida y factores laborales en trabajadores de una empresa manufacturera* (Trabajo de maestría) Universidad Autónoma de Nuevo León, San Nicolás de Las Garzas, México.

Siegrist, J. (1996) Adverse health effects of High-Efforts/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, (1), pp.27-41.

- Seyle, H. (1956) *The stress of live*. New York: McGraw-Hill.
- Smith, L., Roman, A., Dollard, M., Winefield, A., Siegrist, J., (2005) Effort-reward imbalance at work: The effects of work stress on anger and cardiovascular disease symptoms in a community sample. *Stress and Health*, 21 (2), pp. 113-128. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/smi.1045>
- Sternbach, R. (1966). *Principles of psychophysiology*. New York: Oxford University.
- Stephoe, A., Cropley, M., Griffith, J. y Kirschbaum, C. (2000). Job strain and anger expression predict early morning elevations in salivary cortisol, *Psychosomatic Medicine*, 62, pp. 286-289. Recuperado de: http://journals.lww.com.sci-hub.io/psychosomaticmedicine/Abstract/2000/03000/Job_Strain_and_Anger_Expression_Predict_Early.22.aspx
- Stephoe, A., Wardle, J., Marmot, M. (2005). Positive affect and health related neuroendocrine, cardiovascular and inflammatory processes. *PNAS*, 102 (18), pp. 6508-65012. Recuperado de: <http://www.pnas.org/content/pnas/102/18/6508.full.pdf>
- Suárez, G. R., Vidales, S. Z. y Arias J. C. (2014) Estrés laboral y actividad física en empleados, *Perspect. Psicol.*, 10 (1), 131-141.
- Spilberger, C. D. (2001, enero). Inventario de expresión de la ira estado-rasgo, S.T.A.X.I.-2 [Artículo publicado en foro online] Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/230577107_Inventario_de_Expresion_de_la_Ira_Estado-Rasgo_STAXI-2_State-Trait_Anger_Expression_Inventory_STAXI-2
- Tejedor, E.M., Martín, M. A., Moreno-Jiménez, B., Benadero, M.E., (2006). La escala de irritación como instrumento de evaluación del estrés laboral. *Psicothema* 18 (3), pp. 419-424.
- Universidad Católica Andrés Bello (2002). *Contribuciones a la deontología de la Investigación en Psicología*. Caracas: Publicaciones UCAB
- Valdiviezo-Martínez, A. y López-García, M. C. (2016). Estrés y burnout en médicos familiares *Revista Colombiana de Salud Ocupacional* 6 (4), 30-32. Recuperado de: <http://revistasojs.unilibrecali.edu.co/index.php/rcso/article/view/408/507>

ANEXO A

Hojas de datos de Identificación

1. ¿Cuántos años tiene? _____
2. ¿Cuál es su sexo? M.____ H. ____
3. ¿Cuántos años y meses tiene trabajando en la UCAB? _____
4. ¿De cuántos mmHg es su presión arterial sistólica? _____mmHg
5. ¿Sufre de diabetes? Sí ___ No ___
6. ¿Consume tabaco? Sí ___ No___
7. ¿De cuántos mg/dl es su colesterol? _____mg/dl.

ANEXO B

Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera

EDAD _____ SEXO _____ NACIONALIDAD _____

PROFESIÓN _____

Instrucciones

Parte 2: Todos nos sentimos coléricos o enojados de vez en cuando y, sin embargo, la gente varía en la *manera de reaccionar* cuando está enojada. Por favor, lea cada frase y marque el número apropiado en la sección de respuestas, indicando la frecuencia con la que Ud. *generalmente reacciona cuando se enoja* o siente cólera.

1 = Casi nunca; 2 = Algunas Veces; 3 = Frecuentemente; 4 = Casi Siempre

Cuando Estoy Colérico o Enojado....

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 01. Controlo mi humor colérico. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 02. Expreso mi cólera. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 03. Contengo mi enojo por muchas horas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 04. Me aparto de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 05. Mantengo la calma. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 06. Muestro mi enojo a los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 07. Controlo mi forma de actuar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 08. Discuto con los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 09. Guardo rencores que no comento a nadie. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Puedo controlarme antes de ponerme de malhumor. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Secretamente soy muy crítico de los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Estoy más enfadado (a) de lo que generalmente admito. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Me irrito mucho más de lo que la gente se da cuenta. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Pierdo los estribos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Si alguien me molesta, le digo cómo me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Controlo mis sentimientos de cólera. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Hago algo reconfortante para calmarme. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Trato de relajarme. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Hago algo relajante para tranquilizarme. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Reduzco mi rabia lo más pronto posible. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Trato de calmarme lo más pronto posible. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Respiro profundo para relajarme | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Expreso mis sentimientos de furia. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Mantengo el control. | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO C

Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre el Estilo de Vida

Edad: _____ Sexo: H _____ M _____ Carrera: _____ Año: _____

Con el objeto de evaluar las prácticas relacionadas con el estilo de vida. Marque con una "X" la casilla que mejor describa su comportamiento. Por favor conteste de la forma más sincera posible, recordando que la información es confidencial y que no existen respuestas correctas e incorrectas.

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte.				
2. Termina el día con vitalidad y sin cansancio.				
3. Mantiene estable el peso corporal.				
4. Realiza ejercicios que le ayuden a tener un adecuado funcionamiento cardiaco.				
5. Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichi, kung fu, yoga, danza, meditación).				
6. Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.				
7. Practica actividades físicas de recreación.				
8. Incluye momentos de descanso en su vida diaria.				
9. Comparte con su familia o amigos en su tiempo libre.				
10. En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear).				
11. En los últimos seis meses ha ido al odontólogo.				
12. En los últimos seis meses ha ido al médico.				
13. Cuando se expone al sol, usa protectores solares.				
14. Evita las exposiciones prolongadas al sol.				
15. En los últimos seis meses ha chequeado su presión arterial.				

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
16. Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
17. En los últimos seis meses se ha realizado exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia.				
18. Se automedica en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.				
19. Consume medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes o estimulantes sin prescripción médica.				
20. Observa su cuerpo con detenimiento para observar cambios físicos.				
21. En los últimos seis meses se ha realizado exámenes de urología o ginecología según sea el caso.				
22. Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas.				
23. Maneja bajo los efectos de licor u otras drogas.				
24. Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo los efectos del licor u otras drogas.				
25. Obedece las leyes del tránsito, sea peatón o conductor.				
26. Como conductor o pasajero usa el cinturón de seguridad.				
27. Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como "zona de refugio", etc.).				
28. ¿Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?				
29. ¿Consume alimentos salados?				
30. ¿Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
31. ¿Consume más de cuatro gaseosas en la semana?				
32. ¿Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana?				

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
33. ¿Su alimentación incluye alimentos balanceados?				
34. ¿Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
35. ¿Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				
36. ¿Come golosinas o chucherías?				
37. ¿Come carne más de cuatro veces a la semana?				
38. ¿Consume embutidos (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?				
39. ¿Consume productos ahumados?				
40. ¿Mantiene un horario regular en las comidas?				
41. ¿Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?				
42. ¿Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?				
43. ¿Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservativos)?				
44. ¿Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perros caliente)?				
45. ¿Fuma más de dos cigarrillos al día?				
46. ¿Prohíbe que fumen en su presencia?				
47. ¿Consume licor al menos dos veces a la semana?				
48. ¿Cuándo empieza a beber puede reconocer en que momento debe parar?				
49. ¿Consume drogas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, achís,)?				
50. ¿Dice "no" a todo tipo de drogas?				

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
51. ¿Consume más de dos tazas de café al día?				
52. ¿Consume más de tres refrescos de cola en la semana?				
53. ¿Duerme al menos siete horas diarias?				
54. ¿Se trasnocha?				
55. ¿Se levanta descansado luego de haber dormido?				
56. ¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?				
57. ¿Se despierta en varias ocasiones durante la noche?				
58. ¿Hace siesta?				
59. ¿Se mantiene con sueño parte del día?				
60. ¿Utiliza pastillas para dormir?				

ANEXO D

Cuestionario Desbalance Esfuerzo-Recompensa

A continuación, se presentarán una serie de enunciados sobre posibles experiencias en el trabajo que pretenden explorar si se aplican a usted y, en caso de que sí se aplique, en qué medida le afectan. Por favor, marque con una "x" la opción que mejor corresponda a su caso.

	No se aplica	no me afecta	me afecta moderadamente	me afecta mucho	me afecta muchísimo
1. A menudo, debido a la cantidad de tareas que tengo, trabajo a un ritmo muy apurado					
2. Me interrumpen y molestan con frecuencia en mi trabajo					
3. En mi trabajo tengo mucha responsabilidad					
4. A menudo, me veo obligado a trabajar más tiempo del estipulado					
5. Mi trabajo requiere esfuerzo físico					
6. En los últimos tiempos, tengo cada vez más trabajo					
7. Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco					
8. Mis compañeros de trabajo me dan el reconocimiento que merezco					

9. En las situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario					
10. En mi trabajo me tratan injustamente					
11. Las oportunidades de promoción en mi trabajo son escasas					
12. Estoy padeciendo -o esperando- un empeoramiento de mis condiciones de trabajo (Horario, carga laboral, salario, etc.)					
13. Mi puesto de trabajo está en peligro					
14. Teniendo en cuenta mi formación considero adecuado el cargo que desempeñó					
15. Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, el reconocimiento que recibo en mi trabajo me parece adecuado					

Por último, por favor marque con una "x" en el recuadro que mejor represente el grado en el que está de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados

	Muy en desacu erdo	En desa cuerd o	De acuer do	Muy de acue rdo
1. Siempre me falta tiempo para terminar el trabajo				
2. Muchos días me despierto con los problemas del trabajo en la cabeza				
3. Al llegar a casa me olvido fácilmente del trabajo				
4. Las personas más cercanas dicen que me sacrifico demasiado por mi trabajo				
5. No puedo olvidarme del trabajo, incluso por la noche estoy pensando en él				
6. Cuando aplazó algo que necesariamente tenía que hacer hoy, no puedo dormir por la noche				

ANEXO E

Modelo de encuesta

1. ¿Cuántos años tiene? _____ 2. ¿Cuál es su sexo? M. ___ H. ___
 5. ¿De cuántos mmHg es su presión arterial sistólica? _____ mmHg

3. ¿Cuántos años y meses tiene trabajando en la UCAB? _____
 8. ¿De cuántos mg/dl es su colesterol? _____ mg/dl

4. ¿Sufrir de diabetes? Si ___ No ___
 7. ¿Consumir tabaco? Si ___ No ___

EMPLEADO _____ PROFESIONAL _____
 Todos nos sentimos coléricos o enojados de vez en cuando y, sin embargo, la gente varía en la manera de reaccionar cuando está enojado. Por favor, lea cada frase y marque con una "x" la casilla que mejor indique la frecuencia con la que Ud. **generalmente reacciona cuando se enoja** o siente cólera. Todas sus respuestas serán tomadas de manera confidencial.

A continuación, se presentarán una serie de enunciados sobre posibles experiencias en el trabajo que pretenden explorar si se aplican a usted y, en caso de que sí se aplique, en qué medida le afectan. Por favor, marque con una "x" la opción que mejor corresponda a su caso.

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
8. Controló mi humor colérico				
9. Expreso mi cólera				
10. Contengo mi enojo por muchas horas				
11. Me aparto de la gente				
12. Mantengo la calma				
13. Muestro mi enojo a los demás				
14. Controló mi forma de actuar				
15. Discuto con los demás				
16. Guardo rencores que no comento a nadie				
17. Puedo controlarme antes de ponerme de malhumor				
18. Secretamente soy muy crítico				
19. Estoy más enojado(a) de lo que generalmente admito				
20. Me irritó mucho más de lo que la gente se da cuenta				
21. Pierdo los estribos				
22. Si alguien me molesta, le digo cómo me siento				
23. Controló mis sentimientos de cólera				
24. Hago algo reconfortante para calmarme				
25. Trato de calmarme				
26. Hago algo relajante para tranquilizarme				
27. Reduzco mi rabia lo más pronto posible				
28. Trato de calmarme lo más pronto posible				
29. Respiro profundo para relajarme				
30. Expreso mis sentimientos de furia				
31. Mantengo el control				
32. A menudo, debido a la cantidad de tareas que tengo, trabajo a un ritmo muy apurado	No se aplica	no me afecta	me afecta moderadamente	me afecta mucho
33. Me interrumpen y molestan con frecuencia en mi trabajo				
34. En mi trabajo tengo mucha responsabilidad				
35. A menudo, me veo obligado a trabajar más tiempo del estipulado				
36. Mi trabajo requiere esfuerzo físico				
37. En los últimos tiempos, tengo cada vez más trabajo				
38. Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco				
39. Mis compañeros de trabajo me dan el reconocimiento que merezco				
40. En las situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario				
41. En mi trabajo me tratan injustamente				
42. Las oportunidades de promoción en mi trabajo son escasas				
43. Estoy padeciendo -o esperando- un emparejamiento de mis condiciones de trabajo (Horario, carga laboral, salario, etc.)				
44. Mi puesto de trabajo está en peligro				
45. Teniendo en cuenta mi formación considero adecuado el cargo que desempeño				
46. Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, el reconocimiento que recibo en mi trabajo me parece adecuado				
47. Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, mis oportunidades de ascender me parecen adecuadas				
48. Si pienso en todos los esfuerzos que he realizado, mi sueldo me parece adecuado				

Por último, por favor marque con una "x" en el recuadro que mejor represente el grado en el que está de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
49. Siempre me falta tiempo para terminar el trabajo				
50. Muchos días me despierto con los problemas del trabajo en la cabeza				
51. Al llegar a casa me olvido fácilmente del trabajo				
52. Las personas más cercanas dicen que me sacrifico demasiado por mi trabajo				
53. No puedo olvidarme del trabajo, incluso por la noche estoy pensando en él				
54. Cuando aplazo algo que necesariamente tenía que hacer hoy, no puedo dormir por la noche				

Con el objetivo de evaluar las prácticas relacionadas con el estilo de vida. Marque con una "x" la casilla que mejor describa su comportamiento. Por favor, conteste de la forma más sincera posible, recordando que la información es confidencial y que no existen respuestas correctas e incorrectas.

	Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Siempre
55. Hace ejercicio, camina, trotta o juega algún deporte				
56. Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
57. Mantiene estable el peso corporal				
58. Realiza ejercicios que le ayuden a tener un adecuado funcionamiento cardíaco				
59. Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (Taichí, kung fu, yoga, danza, meditación)				
60. Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				
61. Practica actividades físicas de recreación				
62. Incluye momentos de descanso en su vida diaria				
63. Comparte con su familia o amigos en su tiempo libre				
64. En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear)				
65. En los últimos seis meses ha ido al odontólogo				
66. En los últimos seis meses ha ido al médico				
67. Cuando se expone al sol, usa protectores solares				
68. Evita las exposiciones prolongadas al sol				
69. En los últimos seis meses ha chequeado su presión arterial				
70. Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
71. En los últimos seis meses se ha realizado exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia				
72. Se automedica en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales				
73. Consume medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes o estimulantes sin prescripción médica				
74. Observa su cuerpo con detenimiento para observar cambios físicos				
75. En los últimos seis meses se ha realizado exámenes de urología o ginecología según sea el caso				
76. Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas				
77. Maneja bajo los efectos de licor u otras drogas				
78. Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo los efectos del licor u otras drogas				
79. Obedece las leyes del tránsito sea peatón o conductor				
80. Como conductor o pasajero usa el cinturón de seguridad				
81. Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como "zona de refugio", etc.)				
82. ¿Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?				
83. ¿Consume alimentos salados?				
84. ¿Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
85. ¿Consume más de cuatro gaseosas en la semana?				
86. ¿Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana?				
87. ¿Su alimentación incluye alimentos balanceados?				
88. ¿Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
89. ¿Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				
90. ¿Come golosinas o chucherías?				
91. ¿Come carne más de cuatro veces a la semana?				
92. ¿Consume embutidos (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?				
93. ¿Consume productos ahumados?				
94. ¿Mantiene un horario regular en las comidas?				
95. ¿Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?				
96. ¿Desayuna antes de iniciar su actividad física?				
97. ¿Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservativos)?				
98. ¿Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perros calientes)?				
99. ¿Fuma más de dos cigarrillos al día?				
100. ¿Prohíbe que fumen en su presencia?				
101. ¿Consume licor al menos dos veces a la semana?				
102. ¿Cuándo empieza a beber puede reconocer en que momento debe parar?				
103. ¿Consume drogas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, achis)?				
104. ¿Dice "no" a todo tipo de drogas?				
105. ¿Consume más de dos tazas de café al día?				
106. ¿Consume más de tres refrescos de cola en la semana?				
107. ¿Duerme al menos siete horas diarias?				
108. ¿Se trasnocha?				
109. ¿Se levanta descansado luego de haber dormido?				
110. ¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?				
111. ¿Se despierta en varias ocasiones durante la noche?				
112. ¿Hace siesta?				
113. ¿Se mantiene con sueño parte del día?				
114. ¿Utiliza pastillas para dormir?				