

**PATRON DE CONDUCTA TIPO A, REPRESENTACION
SOCIAL Y COGNICION SOCIAL. ESTUDIO EXPERIMENTAL.**

**Echebarría Echabe, Agustín
Páez Rovira, Darío
Universidad del País Vasco.**

Resumen

En el presente estudio se analizó la relación entre las representaciones de los sujetos tipo A versus tipo B del éxito y del fracaso, así como su relación con los procesos atribucionales. Utilizando el paradigma experimental de la Indefensión Adquirida se observó que los sujetos tipo A realizaban atribuciones de capacidad en mayor medida tanto ante la situación de éxito como en la de fracaso. Los sujetos tipo A comunicaron mayores niveles de implicación y ansiedad, así como una percepción más desafiante de la tarea. Se observó también una calidad de ejecución más pobre en la tarea subsiguiente en los sujetos tipo A, así como un fenómeno de indefensión en los sujetos previamente sometidos a una tarea experimental irresoluble. Por último, se propone un modelo Psicosociológico de Salud que integre niveles macro, microsociales y psicológicos.

Abstract

Type A vs. Type B subjects' representations of succes and failure were analyzed. Following the Learned Helplessness Model we observed a higher number of ability atributions in Type A subjects and several distress symptoms. According to data, a general model is proposed.

Marco de estudio. La Psicología de la salud.

El modelo biológico dominante en el campo de la Medicina hasta hace relativamente poco tiempo asumía que la causa fundamental de la enfermedad física era de carácter biológico (virus, bacterias, etc.). Este modelo contribuyó de forma importante a la erradicación de las causas fundamentales de mortandad hasta bien entrado el presente siglo. De este modo, las enfermedades infecciosas que habían azotado el mundo durante siglos dejaron, al menos en los países industrializados y en vías de industrialización, de ser las fuentes fundamentales de mortalidad. Con el cambio que implica la revolución industrial, y coincidiendo con el final de siglo XIX y comienzos del XX surgen en los países industrializados otras enfermedades como causas fundamentales de mortalidad (cardiopatías, cáncer, etc.). Ante la nueva situación, el modelo biológico anterior comienza a mostrarse insuficiente. Emergen como factores de riesgo variables de carácter psicosocial.

Conscientes de la nueva realidad, el ámbito de la Medicina adopta definiciones más amplias de la Salud y la Enfermedad, incluyendo estas nuevas variables. Así, en 1946 la OMS propone una concepción amplia de salud, definiéndola como " un estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente como la ausencia de enfermedad o dolencia " (Stone, 1982, p. 7; Albino, 1983, p. 221). En el campo de las cardiopatías la importancia de estos factores clásicos (colesterol, hipertensión, tabaquismo, inactividad o diabetes) explican sólo la mitad de la incidencia de las afecciones cardíacas (Feuerstein y cols., 1986, p. 318).

Dentro de este contexto surge la Medicina Conductual en el marco de la Conferencia de Yale de 1977, proponiendo un campo integrado o interdisciplinar para las ciencias conductuales y biomédicas. Esta definición será aceptada con algunas matizaciones por la Conferencia de la Academia Nacional de la Ciencia en 1978, encontrando una rápida aceptación (Eiser, 1982; Matarazzo y Carmody, 1983; Weiss, 1983; Feuerstein y cols., 1986).

La Psicopsicología de la salud surge con el objetivo de integrar los niveles macrosocial (Clase Social, Ideología, Rol Sexual, etc.), microsociales (soporte social, representaciones conductuales, formas de enfrentamiento, estilos atribucionales, respuestas emocionales, etc.) el considerar la enfermedad tanto física como mental (Páez y cols., 1986; Echebarría, 1986). Dicha integración retoma los niveles de análisis

postulados por Doise (1982) dentro de la Psicología Social, aplicándolos al campo de la Salud y la Enfermedad.

El objetivo del presente estudio es el de analizar las interacciones entre las variables consideradas en el nivel psicológico, los efectos de las situaciones de éxito y de fracaso sobre las mismas, y explorar las representaciones de éxito y fracaso de los sujetos con mayor riesgo de desarrollo de cardiopatías (patrón de conducta pro-coronario tipo A), así como su correspondencia con los procesos atribucionales.

Representaciones sociales e ideología

Uno de los factores considerados desde la Psicología Social de la Salud a nivel macro-social es el de las Ideologías. Las ideologías en el sentido amplio del término (discursos científicos, filosóficos, políticos, religiosos, etc.) impregnan el "pensamiento natural" o de "sentido común", generando creencias socialmente compartidas que sirven para explicar, clasificar, predecir y, en último término, guiar la conducta social, permitiendo la comunicación entre los miembros de grupo (Kaes, 1968; Moscovici, 1976, 1982; Moscovici y Hewstone, 1986; Farr, 1986; Jodelet, 1986). Las representaciones sociales surgen inicialmente para analizar el proceso a través del cual dichas analogías impregnan el "pensamiento natural" (Moscovici, 1976; Moscovici y Hewstone, 1986).

En el área de las cardiopatías consideramos de especial relevancia las concepciones emanadas de la ética del Trabajo, de la Ideología Protestante Secularizada. Como hemos indicado, existe un estilo de vida diferencial en los países industrializados y en vías de industrialización que se manifiesta como factor de riesgo en el desarrollo de cardiopatías (Rimé y Mertens, 1970; Eyer, 1980; Jenkins y Zyzansky, 1980). Pensamos que detrás de estos estilos de vida subyacen concepciones ideológicas que hunden sus raíces en la Ideología Protestante, y en el valor que la misma asigna al trabajo y la productividad, al logro socio-económico como indicadores del lugar que se alcanzará en el "más allá". Estos elementos secularizados impregnan las concepciones reinantes en los países capitalistas (no es casual que los países económicamente más poderosos sean aquéllos que tradicionalmente adoptaron estas concepciones religioso-ideológicas), enfatizando un sueño de igualitarismo, donde el trabajo y el esfuerzo personal se convierten en piedras angulares de la vida socio-económica, conduciendo a visiones individualistas y competitivas del trabajo, a representaciones del hombre

como adulto-productivo, y generando expectativa generalizada de control interno (Furnham, 1983, 1984). El énfasis en la ascensión y movilidad de status socio-económico como resultado del esfuerzo individual persisten como rescoldos de las antiguas creencias protestantes.

En este sentido, existe evidencia que señala la existencia de una correlación positiva entre la adscripción a creencias de la Ideología Protestante Secularizada y determinados patrones de conducta manifiesta (patrón de conducta tipo A) asociados al riesgo de cardiopatías (Furnham, 1984).

Dentro del campo de las cardiopatías, Voglaire (1983) analizó las representaciones sociales asociadas al concepto de "vida equilibrada" entre pacientes coronarios, traumáticos y un grupo control, encontrando que los sujetos coronarios asociaban a dicho concepto temas que reunían claramente los componentes del patrón tipo A (activismo, preocupaciones laborales, obligaciones, voluntarismo, etc.), implicándose personalmente en el objeto de las representaciones a diferencia del resto de los sujetos.

Las representaciones sociales son variables relevantes que deben ser consideradas al abordar de forma integradora el tema de la salud. Otras variables de carácter más psicológico como los estilos atribucionales, las creencias de control, o los patrones de conducta manifiesta, beben de las fuentes de las representaciones sociales (Deschamps, 1983; Moscovici y Hewstone, 1983; Hewstone y Jaspars, 1984). Existe evidencia en el campo de la salud mental que indica la influencia que ejercen las representaciones sociales en los juicios y conductas (Farina y Fisher, 1982; Jodelet, 1986; De Rosa, 1984; Ayestarán, De Rosa y Páez, 1987).

Como ya se ha indicado, las representaciones sociales son creencias compartidas por un grupo. En nuestro caso estos grupos fueron definidos por su posicionamiento en el JAS (cuestionario evaluador del patrón de conducta tipo A). Quizá parezca exagerado afirmar la existencia de un grupo basado en un estilo conductual. Sin embargo, recordemos que existe evidencia que apunta a la asociación entre el patrón de conducta tipo A y la pertinencia a las clases dominantes, así como el acuerdo con la Etica del Trabajo de la Ideología Protestante Secularizada, ideología del esfuerzo y del logro individualista dominante en las sociedades capitalistas industriales (Furnham, 1984).

Patrón de conducta pro-coronario tipo A

Esta es una de las variables más estudiadas dentro del área de las cardiopatías, siendo uno de los predictores más consistentes del desarrollo de cardiopatías (Cohen, 1982). Existe abundante evidencia que señala que los sujetos que se adscriben de forma más extrema a dicho patrón conductual presentan, al menos, una probabilidad dos veces superior de desarrollar problemas coronarios que los sujetos que manifiestan el patrón contrario (Tipo B) (Friedman y Rosenman, 1959; Jenkins y Zyzansky, 1980, 1982; Dembroski y cols., 1983; Feuerstein y cols., 1986).

El patrón de conducta coronario tipo A es un síndrome conductual que se manifiesta ante situaciones de amenaza, caracterizándose por una motivación por controlar el ambiente, la impaciencia, la irritabilidad, la hostilidad, la ambición, el sentimiento de urgencia temporal, la fuerte implicación laboral, la intolerancia a la inactividad, etc. (Jenkins y Zyzansky, 1980; Ray y Bozek, 1980; Van Doornen, 1980; Dembroski y McDougall, 1982; Matthews y Glass, 1984; Evans y Fearn, 1985).

Un elemento central en este tipo de sujetos es su fuerte motivación por mantener el control del ambiente (Bains, 1983; Matthews y Glass, 1984). Existe abundante evidencia de que los sujetos tipo A son reacios a delegar el control de una tarea a un compañero, incluso cuando poseen información que indica que éste representa niveles de ejecución en tareas similares a las realizadas (Strube y Werner, 1985; Strube y cols., 1985; Strube y Lott, 1985). Respecto al nivel de ejecución, los sujetos tipo A superan a los de tipo B en tareas difíciles que requieren persistencia o resistencia, así como las que se realizan tras un breve fracaso anterior. Sin embargo, cuando el fracaso es prolongado y saliente, la tarea requiere un trabajo continuado, lento y atento, los sujetos tipo B muestran mejores niveles de ejecución que los tipo A (Feuerstein y cols., 1986).

La existencia en los sujetos tipo A de creencias generalizadas de control interno conduce a patrones cíclicos de HIPERRESPONSIVIDAD-HIPORESPONSIVIDAD (Matthews y Glass, 1984) ante situaciones de amenaza de pérdida de control. Ante la amenaza inicial, los sujetos tipo A reaccionarían incrementando los niveles de actividad previa (hiperresponsividad) para preservar el control amenazado. Pero, si la situación de incontrolabilidad se prolonga, disminuyen los niveles de actividad, cesando finalmente en la conducta (hiporesponsividad). Podemos ver aquí un patrón similar al de la "indefensión aprendida"

(Metalski y Abramson, 1981; Miller y Seligman, 1984). Se ha encontrado que estas fluctuaciones en el nivel de actividad correlacionan con cambios a nivel autonómico, y que dichos cambios son mayores en los sujetos tipo A sometidos a una amenaza (Pittner et al., 1983; Feuerstein et al., 1986).

Existe también evidencia que señala que los sujetos tipo A se implican en mayor medida en las tareas que realizan, centrando su atención en los aspectos centrales de la misma y eliminando dicha atención de los aspectos periféricos, como los síntomas de fatiga que pueden afectar negativamente al rendimiento (Strube et al., 1983; Humphries et al., 1983).

Ya hemos afirmado anteriormente la existencia de evidencia que señala la existencia de una relación entre este patrón conductual y la mayor adscripción a la Ideología Protestante Secularizada (Furnham, 1984).

Estilo Atribucional y Tipo A

La importancia de considerar los procesos atribucionales en el estudio de la salud y la enfermedad ha quedado de manifiesto en los estudios sobre la influencia del estrés en la salud, y más concretamente en los modelos transaccionales del estrés (Cohen y Lazarus, 1982, Feuerstein y cols., 1986)

En el análisis de las características atribucionales asociadas al patrón de conducta tipo A no existe consenso. Existen autores que postulan que los sujetos manifiestan atribuciones más internas, globales y estables tanto ante situaciones de éxito como de fracaso (Rhodewalt, 1984). Otros autores mantienen que los sujetos de tipo A manifiestarían en mayor medida estilos atribucionales ego-protectores (Strube, 1985) lo que significa que si bien en situaciones de éxito serían internas, globales y estables, en situaciones de fracaso el patrón atribucional se invertiría, siendo de carácter más externo, específico e inestable (Snyder y cols., 1976; Cariston y Shovar, 1983).

En el presente estudio consideramos relevante el modelo atribucional de éxito y fracaso postulado por Weiner (1982, 1986) que diferencia entre las atribuciones de "habilidad", "esfuerzo", "dificultad de la tarea" y "suerte". Pensamos que las representaciones son las fuentes de las que se nutren los procesos atribucionales (Deschamps, 1983; Moscovici y Hewstone, 1983; Hewstone y Jaspars, 1984), y que por lo tanto deben de reflejarse en estos últimos. Concretamente, si es

verdad que los sujetos tipo A se adscriben en mayor medida a los elementos o concepciones que enfatizan el esfuerzo y la capacidad individual, estos deberían reflejarse en sus atribuciones. Existe evidencia que los sujetos tipo A hacen atribuciones en términos de capacidad tanto ante situaciones de fracaso, mientras que los sujetos tipo B realizan atribuciones más externas, especialmente ante las situaciones de fracaso, atribuyendo el mismo a la suerte a la dificultad de la tarea (Feuerstein y cols., 1986).

Creencias generalizadas de control y tipo A

El concepto de centro de control percibido hace referencia a las creencias del sujeto acerca de la relación de contingencia entre sus conductas y las consecuencias que se derivan de las mismas. En otras palabras, es la creencia generalizada sobre la propia capacidad para influir sobre el entorno (Rotter, 1986; Levenson, 1981; Paulhus, 1981, 1983; Lefcourt, 1984).

La percepción de un suceso vital como estresante o amenazador va a venir determinada por la evaluación que realiza el sujeto sobre su "peligrosidad" o "nocividad" y sobre sus propias capacidades para enfrentar el mismo (Cohen y Lazarus, 1982). En este contexto, las creencias generalizadas sobre el control juegan un papel fundamental.

De todo lo expuesto hasta el momento sobre el patrón de conducta pro-coronario tipo A se desprende la fuerte motivación por el control que caracteriza a dichos sujetos, mostrando creencias generalizadas de control interno (Mattews y Glass, 1984; Rimé y Bonami, 1976; Miller y cols.,(1985)

Estudio experimental

El objetivo central del diseño experimental realizado fue el de analizar las relaciones entre las variables consideradas a nivel psicológico, estudiando el efecto diferencial que producen las situaciones de éxito y fracaso en los sujetos tipo A versus los sujetos tipo B.

Las variables que fueron consideradas en dicho estudio fueron las siguientes: estilos atribucionales, sentimiento de control percibido, nivel de ansiedad, implicación durante la realización de la tarea, así como el nivel de desafío que la misma produjo en los diferentes sujetos.

Descripción del diseño experimental

El paradigma seguido en el presente estudio fue el ya clásico de la indefensión aprendida (Miller, y Seligman, 1984).

Se utilizó un diseño factorial 2x2, analizándose tanto variables de carácter mediacional como variables de carácter conductual.

MUESTRA

La muestra la compusieron 160 estudiantes de 1º y 5º de Psicología de la Universidad del País Vasco y de 3º de Psicología de la Universidad de Educación a Distancia. Dichos sujetos rellenaron el Jenkins Activity Survey (JAS) para evaluar su adscripción a la tipología A versus B. A partir del criterio de los cuartiles extremos, se seleccionaron 40 sujetos que puntuaron bajo en dicho instrumento (tipo B) y 40 sujetos que puntuaron extremo en el JAS (tipos A).

PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL

Los sujetos fueron convocados individualmente, y a todos se les dio la misma consigna:

"Vamos a someterte a una prueba que busca estudiar las estrategias cognitivas de resolución de problemas lógicos que utilizamos cotidianamente. A continuación vamos a presentarte una hoja de respuesta en la que se enumeran un total de 240 ensayos. Cada ensayo tiene una serie de posibles respuestas entre las que debes escoger una. Si la respuesta por ti escogida coincide con la correcta en el patrón que yo tengo, te diré que has acertado y marcarás un +1 al margen. Si tu respuesta no coincide con la del patrón, te diré que has fallado y anotarás un -1 al margen. La prueba consiste en obtener un balance positivo, o sea, lograr mayor número de aciertos que de errores.

Debes tener presente que las respuestas correctas siguen un patrón lógico. Por ejemplo:

- * Ensayo 1: A
- * Ensayo 2: B
- * Ensayo 3: C
- * Ensayo 4: A
- * Ensayo 5: B
- * Ensayo 6: C

Si descubres esta secuencia lógica, podrás anticipar y acertar la serie. El patrón lógico cambia cada número indeterminado de ensayos.

La prueba no tiene tiempo límite sino que eres tú mismo el que indicará cuándo la das por finalizada".

Existían dos tipos de prueba. Una de ellas manipulada de forma que el sujeto iba acumulando fallos, dándole cada un número de ensayos al azar que había acertado en alguna de sus respuestas. El otro formato no estaba manipulado y se elaboró de forma que la consecución de un balance positivo fuese muy sencilla.

Al azar se asignó a la mitad de los sujetos tipo A a la tarea "irresoluble", y a la otra mitad a la tarea "resoluble", haciéndose lo mismo con los sujetos tipo B, resultando de esta forma un diseño factorial recogido en la tabla

TABLA I

	<u>Tipo A</u>	<u>Tipo B</u>
Tarea resoluble	20	20
Tarea irresoluble	20	20

Cuando los sujetos experimentales daban por concluida la prueba, se les pedía que respondiesen a un breve cuestionario en el que se les preguntaba sobre el texto de atribución (internalidad, globalidad y estabilidad), así como la importancia concedida al resultado. El formato seguido para la elaboración de tales preguntas fue similar al utilizado por Miller y Seligman (1984). Además, respondieron a la subescala de Control Personal de la Escala de Esfera de Control de Paulhus y Christie (1981). Se pidió a los sujetos experimentales que indicasen el nivel de ansiedad y el grado de implicación durante la realización de la tarea, así como el nivel de desafío que supuso la misma, siguiendo el siguiente formato:

Nada 1 2 3 4 5 6 7 Mucho

Finalmente, y con el fin de analizar las representaciones diferenciales entre los sujetos tipo A y tipo B, se les pidió que realizasen una asociación libre de palabras ante los estímulos de "éxito" y "fracaso". La recolección del campo semántico vinculado a un estímulo simbólico

es una medida no obstrusiva muy utilizada en el estudio de las representaciones sociales (Di Giacomo, 1984).

Concluida esta fase se pedía a los sujetos que respondiesen durante cinco minutos al mayor número de pruebas presentadas, siendo éstas extraídas de una batería de pruebas psicotécnicas estándar.

Durante la primera fase del experimento se cronometraba el tiempo que los sujetos tardaban en dar por concluida la prueba.

Para evitar el sesgo del experimentador, se pidió la colaboración de tres investigadores, todos varones, que no conocían las hipótesis del estudio ni la pertenencia de los sujetos experimentales al grupo tipo A o tipo B.

Hipótesis

Las hipótesis sometidas a contrastación se extrajeron de la revisión teórica realizada, siendo las siguientes:

1º- Se esperaba que las representaciones de los sujetos tipo A del "éxito" y "fracaso" se asociasen en mayor medida a elementos asociados a la capacidad, el esfuerzo, la lucha y la superación.

2º- Se esperaba que estas representaciones se reflejasen en los patrones atribucionales, realizando los sujetos tipo A atribuciones más asociadas a la capacidad y/o esfuerzo.

3º- Se esperaba que los sujetos experimentales, independientemente del grupo al que pertenecieran (tipo A vs tipo B), realizasen atribuciones ego-protectoras.

4º- Se esperaba que los sujetos tipo A manifestasen mayor grado de implicación y ansiedad durante la realización de la tarea, y que percibiesen la misma como más desafiante.

5º- Se esperaba encontrar creencias más internas de control en los sujetos tipo A.

6º- Se esperaba que el fracaso afectase en mayor medida a los sujetos tipo A durante la tarea posterior, ya sea por un proceso de hiperresponsividad o hiporesponsividad.

Resultados

Representaciones del éxito y el fracaso

En primer lugar nos referiremos a los resultados encontrados ante la palabra estímulo "éxito".

De las palabras iniciales asociadas a dicho estímulo, se extrajo un

número más reducido de categorías a través de su agrupamiento utilizando un diccionario de sinónimos y eliminando aquéllas de carácter idiosincrático.

Se observó un campo representacional común a todos los sujetos definido por las palabras: esfuerzo (tipo A: 30.5 %, tipo B: 31.7 %), capacidad (tipo A: 22.2 %, tipo B: 21.9 %), orgullo (tipo A: 13.9 %, tipo B: 12.2 %), alegría (tipo A: 67 %, tipo B: 63 %), felicidad (tipo A: 36.1 %, tipo B: 26.8 %) y satisfacción (tipo A: 22.2 %, tipo B: 19.5 %). Las siguientes palabras aparecieron asociadas específicamente al grupo de los sujetos tipo A: ansiedad (tipo A: 11 %, tipo B: 4.8%), estímulo (tipo A: 52.8%, tipo B: 21.9 %), superación (tipo A: 13.9 %, tipo B: 0.0 %), así como otras asociadas al poder y al prestigio social: dinero (tipo A: 22.2 %, tipo B: 2.4%) y status (tipo A: 11 %, tipo B: 4.9 %). La palabra asociada en mayor medida a los sujetos tipo B fue suerte (tipo A: 13.9 %, tipo B: 24.4 %).

Fue ante la palabra estímulo FRACASO donde las diferencias se manifestaron de manera clara. Esto concuerda con lo esperado en la definición de patrón de conducta tipo A, donde se resalta que este patrón no se manifiesta invariablemente, sino que emerge con claridad ante situaciones de amenaza. Ante dicha palabra estímulo aparece un campo semántico común a ambos tipos de sujetos, donde el componente emocional adquiere especial relevancia. Estas palabras comunes fueron las siguientes: malestar (tipo A: 13.9%, tipo B: 14.6 %), tristeza (tipo A: 41.7 %, tipo B: 39 %), depresión (tipo A: 19.4 %, tipo B: 22 %) y pasividad (tipo A: 11.1 %, tipo B: 9.8 %).

El campo semántico más específicamente asociado a los sujetos tipo A lo componían las siguientes palabras: lucha (tipo A: 27.8 %, tipo B: 12.2 %), superación (tipo A: 16.7 %, tipo B: 7.4 %), reintento (tipo A: 22.2 %, tipo B: 12.2 %) e incapacidad (tipo A: 19.4 %, tipo B: 4.9%).

La palabra "suerte" apareció claramente asociada al grupo de los sujetos tipo B (tipo A: 5.6 %, tipo B: 17.1 %).

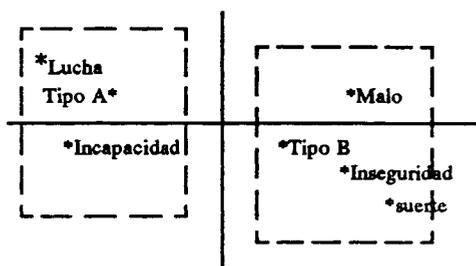
Dado que las diferencias representacionales de ambos grupos emergieron fundamentalmente ante la palabra estímulo "fracaso", representaremos únicamente los resultados del análisis de correspondencias para dicho estímulo. Para facilitar la lectura del gráfico obtenido, nos limitaremos a presentar sólo aquellas palabras que obtuvieron un valor Chi-cuadrado significativo o próximo a la significación. Se utilizó el criterio de la Chi-cuadrado para estimar la significación de las distancias de las palabras respecto a los grupos

comparados. Los valores Chi-cuadrado se recogen en la tabla 2 y la proyección de las palabras y los grupos sobre los dos primeros factores extraídos del análisis de correspondencias en el gráfico I.

TABLA II

VARIABLES	CHI-CUADRADO	GL	SIGNIFICACION
Inseguridad	2.74	1	0.0978
Incapacidad	3.94	1	0.0471
Lucha	2.97	1	0.0850
Malo	4.21	1	0.0402
Suerte	2.46	1	0.1165

GRAFICO I



Resultados de la manipulación experimental

Para confirmar que la selección de los grupos por el criterio de los cuartiles extremos permitió seleccionar grupos que difieran significativamente en el JAS, se sometió a análisis de varianza univariado (ONEWAY) la puntuación de los sujetos en dicho instrumento, obteniéndose un valor $F(2,80) = 16.978$, ($p < 0.000$).

Para evaluar el efecto de la tipologización (tipo A versus tipo B) y de la manipulación experimental se sometieron todas las variables a análisis de varianza (ANOVA) utilizando en todos los casos los dos factores anteriores como variables independientes. De los resultados obtenidos podemos resumir los siguientes aspectos:

1º- En la globalidad de las atribuciones, se observó un efecto significativo de la manipulación experimental ($F(2,80) = 35.24$, $p < 0.000$), explicando el 17.86% de la varianza. Fue también signi-

ficativo el efecto de la interacción tipo x manipulación ($F(2,80) = 5.69$, $p < 0.019$), explicando el 7% de la varianza. No fue significativo el efecto de la tipologización.

2º- En la estabilidad de las atribuciones, se observó un efecto significativo de la tipologización ($F(2,80) = 3.17$, $p < 0.079$), así como de la manipulación experimental ($F(2,80) = 3.17$, $p < 0.079$), explicando cada una de ellas el 4% de la varianza. El efecto de la interacción fue sólo ligeramente tendencial ($F(2,80) = 2.14$, $p < 0.14$).

3º- En la internalidad de las atribuciones, sólo la manipulación ejerció un efecto significativo ($F(2,80) = 10.99$, $p < 0.001$).

4º- Respecto al nivel de implicación en la tarea, tanto el patrón de conducta ($F(2,80) = 3.90$, $p < 0.05$), como la manipulación experimental ($F(2,80) = 7.96$, $p < 0.006$) ejercieron una influencia significativa, explicando respectivamente el 4,8% y el 9% de la varianza.

5º- En el nivel de desaffo percibido, el efecto del patrón conductual fue sólo ligeramente tendencial ($F(280) = 2.08$, $p < 0.15$), así como el de la manipulación experimental ($F(280) = 1.72$, $p < 0.19$).

6º- No se encontraron efectos significativos de ninguno de los factores sobre el centro de control percibido.

Para verificar globalmente la influencia del tipo de conducta y la manipulación experimental sobre el resto de las variables se realizó un análisis discriminante cuyos resultados se recogen en la tabla 3.

TABLA III

VARIABLES	X1	X2	X3	X4	F	SIGN
Ensayos	139.37	98.30	175.37	140.9	3.42	0.02
Tiempo	15.68	17.60	18.26	17.25	0.21	0.89
Internabilidad	5.68	4.25	5.16	4.20	4.99	0.003
Estabilidad	4.79	4.65	4.68	3.65	2.43	0.07
Globalidad	5.47	3.00	4.68	3.60	14.20	0.000
Desaffo	3.84	3.00	2.79	2.90	1.59	0.20
Importancia	3.95	2.55	3.26	2.45	4.53	0.006
Implicación	5.89	4.80	5.05	4.35	4.56	0.005
Ansiedad	4.00	3.55	3.53	2.90	1.34	0.26
X1 = Tipo A-Resoluble			X3 = Tipo B-Resoluble			
X2 = Tipo A-Irresoluble			X4 = Tipo B-Irresoluble			

Analizando los datos obtenidos, observamos que es en la situación de resolubilidad donde los grupos realizan mayor número de

ensayos, y los tipos B en particular. Encontramos diferencias significativas en la Internalidad, Globalidad y Estabilidad de las atribuciones. Si recurrimos a la tipología de Weiner (1982, 1986), exceptuando la dimensión de controlabilidad, no medida en el presente estudio, y definimos las atribuciones internas y estables como atribuciones a la capacidad, observamos que los sujetos tipo A realizan en mayor medida atribuciones de capacidad tanto en la situación resoluble como en la irresoluble. Sin embargo, existe un dato llamativo que podría confirmar la utilización de estrategias ego-protectoras en estos sujetos. Se trata de la globalidad de las atribuciones. Si bien en situaciones de éxito las atribuciones de capacidad se generalizan a otros contextos (globalidad), en la situación de fracaso las atribuciones de los sujetos tipo A son más específicas que las de los sujetos tipo B.

Dejando al margen la tipologización de los sujetos, se observa en los sujetos experimentales una clara tendencia a la utilización de estrategias atribucionales ego-protectoras, siendo dichas atribuciones más estables, globales e internas en la situación de éxito, y más inestables, específicas y externas en la situación de fracaso.

Los sujetos tipo A mostraron niveles significativamente mayores de implicación en la tarea, percibiéndola como más amenazante.

Finalmente, para verificar la influencia del resultado en la primera de las tareas sobre la ejecución en la tarea posterior, se sometieron las variables analizadas a análisis de regresión, adoptándose como variable dependiente la calidad de ejecución en la segunda de las tareas, estimándose la misma a partir del siguiente cociente:

$$\text{Calidad} = \frac{\text{Número de ensayos correctos}}{\text{Número total de ensayos}}$$

Los resultados de dicho análisis se recogen en la tabla 4:

VARIABLES	r	TABLA IV		Sig.	Var.Expl.
		BETA	T		
Tiempo 1	0.34	0.35	2.77	0.008	
Atribución	0.29	0.30	2.38	0.021	
Tipo A	-0.29	-0.14	1.10	0.276	21%
Manipulación	0.21	0.14	1.04	0.303	
Implicación	0.03	0.07	0.53	0.596	
Desaffo	0.01	0.04	0.32	0.746	
Ansiedad	-0.07	0.04	0.29	0.772	

Prueba de significación para la regresión: $F = 6.50, p < 0.0031$

Como podemos observar, los sujetos que dedicaron más tiempo a la tarea inicial, y aquéllos que realizaron atribuciones más internas de los resultados de la tarea inicial, fueron los que obtuvieron mejores niveles de calidad en la tarea subsiguiente, siendo significativa la influencia de ambas variables. Si bien el peso beta obtenido por el patrón de conducta no fue significativo, observamos que la tipologización A influyó negativamente en la calidad posterior. En cuanto a la manipulación experimental, observamos que el carácter resoluble de la primera de las tareas influyó positivamente en la calidad de ejecución en la tarea posterior (se convirtió dicha variable en variable "dummy" para poder ser sometida a regresión asignándose el valor 0 (cero) a la irresoluble y el valor 1 (uno) a la resoluble. El análisis del efecto de la ansiedad pone de manifiesto un problema de multicolinealidad, que se evidencia en la no correspondencia de los signos de la correlación y el coeficiente de regresión estandarizado. En nuestro caso, pensamos que este efecto se puede deber a la alta correlación existente entre dos de las variables independientes introducidas en la regresión: la implicación y la ansiedad ($r = 0.32$).

Conclusiones

De los datos del presente estudio se observa que los sujetos tipo A tienen una representación del "éxito" y del "fracaso" asociada a elementos de "lucha", "desafío", "superación" y "capacidad-incapacidad" en mayor medida que los sujetos tipo B. Por otra parte, el componente "suerte", tanto ante el éxito como ante el fracaso, aparece más fuertemente asociado a los sujetos tipo B.

Además, se confirmó la correspondencia existente entre las representaciones y procesos atribucionales (Deschamps, 1984; Moscovici y Hewstone, 1983; Hewstone y Jaspars, 1984), encontrando también que la atribución a la capacidad (interna y estable) estaba más fuertemente asociada a los sujetos tipo A. Se observa también una tendencia en todos los sujetos a utilizar estrategias ego-protectoras. La utilización de este tipo de atribuciones se manifestaba claramente en los sujetos tipo A, mostrando atribuciones más globales ante situaciones de éxito, pero más específicas ante situaciones de fracaso.

También se constató la mayor implicación y ansiedad de los sujetos tipo A durante la realización de la tarea experimental manipulada, así como la percepción de la misma como más desafiante, lo que podría explicar el mayor nivel de ansiedad ($r = 0.50$, $p < 0.01$).

No se encontraron diferencias en las creencias generalizadas de control entre ambos grupos.

En cuanto a la calidad de la ejecución en la tarea subsiguiente, las variables que afectaron negativamente a la misma fueron: el carácter irresoluble de la tarea inicial, lo que indicaría un fenómeno de "indefensión aprendida" (Miller y Seligman, 1984), el nivel de desafío en la tarea inicial (superior en los sujetos tipo A), la ansiedad, así como la adscripción al patrón de conducta tipo A.

Para concluir, pensamos que los objetivos iniciales del estudio fueron satisfechos. Nos referimos, entre otros, a la necesidad de considerar las representaciones sociales y la cognición como tareas interrelacionadas. Debería superarse la disyuntiva entre la visión excesivamente individualista de la actividad cognitiva del hombre y la exclusivamente sociológica, asumiéndose la necesidad de ofrecer modelos sistemáticos integrados que recojan la abundancia de estudios dispersos existentes sobre el tema que nos ocupa. Consideramos que la propuesta de la Psicología de la Salud, que enfatiza la urgencia de considerar conjuntamente los aspectos sociológicos (estructuras sociales, ideologías, condiciones socio-económicas, etc.) y psicológicos (cognición, emoción y conducta) puede ofrecer una vía a tal propósito.

Sin pretender agotar el tema, y asumiendo las limitaciones del presente estudio, pensamos que este trabajo ilustra parcialmente este intento.

***AGRADECIMIENTOS:** Agradecemos la colaboración prestada para la realización del presente estudio a Valencia, J.F., Yenes, F. y Saez Santamaría, G., así como a todo el Departamento de Psicología Social de la Universidad del País Vasco.

Referencias bibliográficas

- Albino, J.E., 1983, Health Psychology and primary prevention, en R.D. Felner y cols.,(eds.) **Preventive Psychology**, Nueva York, Pergamon Press, pp. 221-233
- Ayestarán, S., De Rosa, A.M. y Páez, D., 1987, Representación social, procesos cognitivos y desarrollo de la cognición social, en D. Páez y M. Villarreal, (eds.), **Pensamiento, individuo y sociedad: cognición y representación social**, Madrid, Fundamentos (en prensa)
- Bains, G., 1983, Explanations and the need for control, en M. Hewstone, **Attribution theory**, Oxford, Blackwell, pp. 126-143

- Carlston, D.E. y Shovar, N., 1983, Effects of performance attributions on other's perception of the attributor, **Journal of Personality and Social Psychology**, 44, 3, pp. 515-525
- Cohen, F., 1982, Personality, stress, and the development of physical illness, en G. Stone y cols., (eds.), **Health Psychology: a Handbook**, San Francisco, Jossey Bass, pp. 77-111
- Cohen, F. y Lazarus, R.S., 1982, Coping with the stresses of illness, en G. Stone y cols., (eds.), **Health Psychology: a Handbook**, San Francisco, Jossey Bass, pp. 217-251
- Dembroski, T.M., 1983, Stress, emotions, behavior and cardiovascular disease, en L.S. Zegans y cols. (eds.), **Emotions in health and illness**, Nueva York, Grune y Stratton, pp. 61-71
- Dembroski, T. M. y McDougall, J.M., 1982, Coronary-prone behavior, social psychology, and coronary heart disease, en R.J. Eiser (ed.), **Social Psychology and Behavioral Medicine**, Nueva York, Wiley, pp. 39-61
- Deschamps, J.C., 1983, Social attribution, en J. Jaspars y cols., **Attribution theory and research**, Londres, Academic, pp. 223-240
- De Rosa, A.M., 1984, Psychogenetic aspects in social representation of "mad person" and "madness", en **Psicosociología de la Enfermedad Mental: ideología y representación social de la enfermedad mental**, San Sebastián, III Curso de Verano, pp. 119-284
- Doise, W., 1982, **L'explication en Psychologie Sociale**, Paris, PUF
- Echebarría, A., 1986, **Factores psicosociales de riesgo en las enfermedades isquémicas coronarias: aspectos teóricos y metodológicos**, (Tesis Doctoral no publicada)
- Eiser, R.J. (ed.), 1982, **Social Psychology and Behavioral Medicine**, Nueva York, Wiley
- Evans, P.D. y Fearn, J.M., 1985, Type A Behavior Pattern choice of active coping strategy and cardiovascular activity in relation to threat of shock, **British Journal of Medical Psychology**, 58, pp. 95-99
- Eyer, J., 1980, Macro and meso-social structures and coronary health disease, **Psychother. Psychosom.**, 34, pp. 75-87
- Farina, A. y Fisher, J., 1982, Belief about mental disorders: findings and implications, en W. Gifford y H.L. Mirels (eds.), **Integration of clinical and social psychology**, Nueva York, Oxford University Press
- Farr, R.M., 1986, Las representaciones sociales, en S. Moscovici (ed.), **Psicología Social II: Pensamiento y Vida Social**, Barcelona, Herder, pp. 495-506
- Feuerstein, M. y cols. (eds.), 1986, **Health Psychology: a psycholo-**

gical perspective, Nueva York, Plenum

Freedman, M. y Rosenman, R.H., 1959, Association of a specific overt behavior pattern with increases in blood cholesterol, blood clotting, time incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease, **Journal of the American Medical Association**, 169, pp. 128-129

Furnham, A., 1983, The type A behavior pattern, mental health and health locus of control beliefs, **Social Science and Medicine**, 17, pp. 1569-1572

Furnham, A., 1984, The protestant work ethic, **European Journal of Social Psychology**, 14, pp. 87-104

Hewstone, M. y Jaspars, J., 1984, Social dimension of attribution, en H. Tajfel, (ed.), **The Social Dimension**, vol. 2, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 379-404

Humphreys, C. y cols., 1983, Cognitive characteristics of the type A coronary-prone behavior pattern, **Journal of Personality and Social Psychology**, 44, 1, pp. 177-187

Jenkins, C.D. y Zyzansky, S.J., 1980, Personality variables and coronary heart disease, **Psychother. Psychosom.**, 34, pp. 149-177

Jenkins, C.D. y Zyzansky, S.J., 1982, The type A behavior pattern is alive and well -when not dissected: a reply, **British Journal of Medical Psychology**, 55, pp. 219-223

Jodelet, D., 1986, La representación social: fenómenos, conceptos y teoría, en S. Moscovici (ed.), **Psicología Social: Pensamiento y Vida Social**, Barcelona, Herder, pp. 469-494

Kaes, R., 1968, **Images de la culture chez les ouvriers français**, Paris, Editions Cujas

Lefcourt, H.M., 1984, Locus of control and stressful life events, en B.S. Dohrenwend y B.P. Dohrenwend (eds.), **Stressful life events and their contexts**, Rutgers University Press, pp. 157-165

Levenson, H., 1981, Differentiating among internality, powerful others, and chance, en H.M. Lefcourt (ed.), **Research with the locus of control construct**, Nueva York, Academic, pp. 15-19

Matarazzo, J.D. y Carmodi, T.P., 1983, Health Psychology, en M. Hersen y cols. (eds.), **Handbook of clinical psychology**, Nueva York, Pergamon Press, pp. 657-682

Mathews, K.A. y Glass, D.C., 1984, Type A behavior, stressful life events and coronary heart disease, en B.S. Dohrenwend y B.P. Dohrenwend (eds.), **Stressful life events and their contexts**, Rutgers University Press, pp. 167-186

Metalsky, G. y Abramson, L., 1981, Attributional style, en F. Kendal

- y S. Hollons (eds.), **Assessment strategies for cognitive behavioral interventions**, Nueva York, Academic
- Miller, S.M. y Seligman, E.P., 1984, Modelo reformulado de desamparo y la depresión, en R.W.J. Neufeld (ed.), **Psicopatología y Stress**, Barcelona, Toray, pp. 160-193
- Miller, S.M. y cols., 1985, Preference for control and the coronary-prone behavior pattern: I'd rather do it myself, **Journal of Personality and Social Psychology**, 49, 2, pp. 492-499
- Moscovici, S., 1976, **La psychanalyse: son image et son public**, Paris, PUF
- Moscovici, S., 1982, The coming era of the social representation, en J.P. Codol y J.P. Leyens (eds.), **Cognitive analysis of social behavior**, La Haya, Martinus Nijhoff
- Moscovici, S. y Hewstone, M., 1983, Social representations and social explanations, from the naive to the amateur scientist, en M. Hewstone (ed.), **Attribution theory**, Oxford, Blackwell, pp. 98-125
- Moscovici, S. y Hewstone, M., 1986, De la ciencia al sentido común., en S. Moscovici (ed.), **Psicología Social II: Pensamiento y vida social**, Barcelona, Herder, pp. 679-710
- Páez, D. y cols., (eds.), 1986, **Salud mental y factores psicosociales**, Madrid, Fundamentos
- Paulhus, D., 1983, Sphere specific measures of perceived control, **Journal of Personality and Social Psychology**, 44, 6, pp. 1253-1265
- Paulhus, D. y Christie, R., 1981, Spheres of control: an interactionist approach to assessment of perceived control, en H.M. Lefcourt (ed.), **Research with the locus of control construct**, Nueva York, Academic, pp. 161-185
- Pittner, M.S. y cols., 1983, Control over stress, Type A behavior pattern, and response to stress, **Journal of Personality and Social Psychology**, 44, 3, pp. 627-637
- Ray, J.J. y Bozek, R., 1980, Dissenting the A-B personality type, **British Journal of Medical Psychology**, 53, pp. 181-186
- Rhodewalt, F., 1984, Self involvement, self attribution, and the Type A coronary-prone behavior pattern, **Journal of Personality and Social Psychology**, 47, 3, pp. 662-670
- Rimé, B. y Mertens, C., 1970, L'incidence des facteurs psychologiques et socio-culturels dans l'etiologie des affections coronariennes, **Annales Medico-psychologiques**, 128, 1, pp. 43-60
- Rotter, J.B., 1966, Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, **Psychological Monographs**, 80

- Snyder, M.L. y cols., 1976, Attributional egotism, en J.H. Harvey, W.J. Ickes y R.E. Kidd (eds.), **New directions in attribution research**, Hillsdale, L. Erlbaum, pp. 91-117
- Stone, G.C., 1982, Health and the health system: a historical overview and conceptual framework, en G.C. Stone y cols. (eds.), **Health Psychology: a Handbook**, San Francisco, Jossey Bass, pp. 1-17
- Strube, M.J., 1985, Attributional style and the type A coronary-prone behavior pattern, **Journal of Personality and Social Psychology**, 49, 2, pp. 500-509
- Strube, M.J. y cols., 1983, Type A and Type B attentional response to aesthetic stimuli: effects and mood and performance, **Journal of Personality and Social Psychology**, 45, 6, pp. 1369-1379
- Strube, M.J. y cols., 1985, Relinquishment of control and the Type A behavior pattern: the role of performance evolution, **Journal of Personality and Social Psychology**, 49, 3, pp. 831-842
- Strube, M.J. y Werner, C., 1985, Relinquishment of control and the Type A behavior pattern, **Journal of Personality and Social Psychology**, 48, 3, pp. 688-701
- Van Doornen, L.J.P., 1980, The coronary risk personality: Psychological and psychophysiological aspects, **Psychother. Psychosom.**, 34, pp. 204-215
- Voglaire, F., 1983, **Extrait d'approche des facteurs de risque des maladies coronariennes à travers leurs représentations sociales**, (Tesis Doctoral), Lovaina La Nueva
- Weiner, B., 1982, The emotional consequences of causal attribution, en M.S. Clark y S.T. Fiske (eds.), **Affects and cognitions**, Hillsdale, L. Erlbaum, pp. 185-209
- Weiner, B., 1986, Attribution, emotion and action, en R. Sorrentino y T.E. Higgins (eds.), **Handbook of Motivation and Cognition**, Nueva York, Wiley, pp. 281-312
- Weiss, S.M., 1983, Health and illness: the behavioral medicine perspective, en L.S. Zegans y cols. (eds.), **Emotion in health and illness**, Nueva York, Grune y Stratton, pp. 7-14