



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Psicología

Unidad de Posgrado

**Relación entre Locus de control, Patrón de conducta A
y Estilo interactivo de riesgo en jóvenes universitarios**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Psicología

AUTOR

John William MONTGOMERY URDAY

ASESOR

Dr. Alex Teófilo GRAJEDA MONTALVO

Lima, Perú

2022



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Montgomery, J. (2022). *Relación entre Locus de control, Patrón de conducta A y Estilo interactivo de riesgo en jóvenes universitarios*. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	John William Montgomery Urday.
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	06008744
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2348-5939 .
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Alex Teofilo Grajeda Montalvo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08636611
URL de ORCID	https:// orcid 0000-0001-5972-2639
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Lupe Celica Garcia Ampudia
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08323635
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Victor Eusebio Montero Lopez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06744095
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Pedro Garcia Pizarro
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08513279
Miembro del jurado 3	
Nombres y apellidos	Juan Jose Danielli Rocca
Tipo de documento	DNI

Número de documento de identidad	25564896
Datos de investigación	
Línea de investigación	A.3.1.1. Salud Pública.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vicerrectorado de Investigación y Posgrado. Programa de Tesis de Posgrado A20180096-PTPGRADO.
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria). País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Lima. Urbanización: (según corresponda) Calle: Av. Universitaria con Av. Venezuela, Latitud: 12°03'30"S Longitud: 77°05'00"O
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Enero 2018 – Diciembre 2020.
URL de disciplinas OCDE	Psicología http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.02



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN PSICOLOGÍA

Siendo las 10:00 horas del día viernes 22 de julio de 2022, en la Plataforma Virtual de Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. German Amezaga n.º 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por la Dra. Lupe Célca García Ampudia e integrado por:

Dra. Lupe Célca García Ampudia	(Presidente)
Dr. Alex Teófilo Grajeda Montalvo	(Asesor)
Dr. Juan José Danielli Rocca	(Miembro)
Dr. Víctor Eusebio Montero López	(Informante)
Dr. Pedro García Pizarro	(Informante)

Se reunió para la sustentación pública para optar el Grado Académico de Doctor en Psicología del Magíster **JOHN WILLIAM MONTGOMERY URDAY** quien procedió a la exposición de la Tesis titulada *Relación entre Locus de control, Patrón de conducta A y Estilo interactivo de riesgo en jóvenes universitarios*, con el fin de optar el Grado Académico de **DOCTOR EN PSICOLOGÍA**.

Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el artículo 8.º del Reglamento para el otorgamiento del Grado Académico de Doctor, obteniendo la siguiente calificación.

19 (Diecinueve) Excelente

A continuación, el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Grado Académico de:

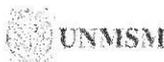
Doctor en Psicología

Se extiende la presente ACTA a las...12.15.....del 22 de julio de 2022.



Firmado digitalmente por GARCIA
 AMPUDIA Lupe Célca FAU
 20148092282 soft
 Motivo: Soy el autor del documento
 Fecha: 22.07.2022 12:44:47 -05:00

Dra. Lupe Célca García Ampudia
 Presidente

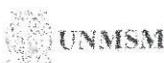


Firmado digitalmente por GRAJEDA
 MONTALVO Alex Teofilo FAU
 20148092282 soft
 Motivo: Soy el autor del documento
 Fecha: 22.07.2022 12:24:55 -05:00

Dr. Alex Teófilo Grajeda Montalvo
 Asesor

Juan José Danielli Rocca

Dr. Juan José Danielli Rocca
 Miembro



Firmado digitalmente por MONTERO
 LOPEZ Víctor Eusebio FAU
 20148092282 soft
 Motivo: Soy el autor del documento
 Fecha: 22.07.2022 12:30:48 -05:00

Dr. Víctor Eusebio Montero López
 Informante

Pedro García Pizarro

Dr. Pedro García Pizarro
 Informante

INFORME DE ORIGINALIDAD

1. **Facultad:** Psicología
2. **Unidad de posgrado** de Psicología
3. **Autoridad académica que emite el informe de originalidad**
Director de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Psicología
4. **Apellidos y nombres de la autoridad académica**
Dr. Juan Aníbal Meza Borja
5. **Operador del programa informático de similitudes**
6. Dr. Juan Aníbal Meza Borja
7. **Documento evaluado**
Relación entre Locus de Control, Patrón de Conducta A y Estilo Interactivo de Riesgo en Jóvenes Universitarios
8. **Autor del documento**
John William Montgomery Urday
9. **Fecha de recepción del documento**
Día 30 de septiembre del 2022
10. **Fecha de aplicación del programa informático de similitudes**
Día 06 de octubre del 2022
11. **Software utilizado**
Turnitin
12. **Configuración del programa detector de similitudes**
 - Excluye textos entrecomillados
 - Excluye bibliografía
 - Excluye cadenas menores a 40 palabras
 - Otro criterio especificar
13. **Porcentaje de similitudes**
Según programa detector de similitudes cuatro por ciento (3%)
14. **Fuentes originales de las similitudes encontradas en el informe de originalidad.**

Informe de Originalidad			
3%	3%	2%	1%
Índice de Similitud	Fuentes de Internet	Publicaciones	Trabajos del Estudiante
Fuentes Primarias			
1. vrip.unmsm.edu.pe			1%
2. hdl.handle.net			1%
3. www.scribd.com			1%
4. idoc.pub			<1%

5. pt.scribd.com	<1%
6. repositorio.uladech.edu.pe	<1%

15. Observaciones

Ninguna

16. Calificación de originalidad

Documento cumple con criterios de originalidad, sin observaciones

17. Fecha del informe

Día 10 de octubre del 2022



Firmado digitalmente por ORELLANA
MANRIQUE Diego Oswaldo FAU
20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11.10.2022 17:14:04 -05:00

Puede hacerse una clara distinción entre el uso psicológico y popular del término personalidad al observar que, desde una perspectiva psicológica, personalidad se refiere siempre a conducta. Personalidad psicológica significa las formas en las cuales un individuo interactúa con cosas.

(Kantor y Smith, 1975/2015; p. 144).

RELACION ENTRE LOCUS DE CONTROL, PATRÓN DE CONDUCTA A Y ESTILO INTERACTIVO DE RIESGO EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

RESUMEN

La presente investigación tiene por objeto llevar a cabo un análisis tentativo de la relación establecida entre las variables de *Locus de Control*, *Patrón de Conducta tipo A* y *Estilo Interactivo de Riesgo*; con referencia a ciertas implicaciones respecto a la salud integral en el ámbito universitario. Para ello, se utilizan como instrumentos de medición la *Escala de Locus de Control de Rotter* (versión corta adaptada de Bail y Azzollini), la *Escala de Retiro de Conducta Tipo A* (ERCTA) de Rodríguez, Gil-Corbacho y Martínez, y el *Test de Riesgo Asumido mediante Datos*(TRAD) de Santé y Santacreu. El diseño de la investigación es de tipo sustantivo, y el método utilizado es de tipodescriptivo-correlacional y transversal. La muestra escogida es una población de estudiantes que cursan del primer al tercer año de una universidad pública Limeña. Los resultados muestran que en dicha muestra existe un grado de correlación alta entre las variables de locus de control y el patrón de conducta A, y una leve relación significativa entre el patrón de conducta y el alto estilo interactivo de riesgo.

Palabras clave: Locus de control, patrón de conducta tipo A, estilo de riesgo interactivo, personalidad, salud.

RELATIONSHIP BETWEEN LOCUS CONTROL, A-BEHAVIOR PATTERN AND INTERACTIVE RISK STYLE IN YOUNG UNIVERSITY STUDENTS

SUMMARY

The purpose of this research is to carry out a tentative analysis of the relationships established between the variables of Control Locus, Type A Behavior Pattern and Interactive Risk Style; with reference to certain implications regarding integral health in the university environment. For this, the Rotter *Control Locus Scale* (short version adapted from Bail and Azzollini), the *Type A Behavior Retreat Scale* (ERCTA) by Rodríguez, Gil-Corbacho and Martínez, and the Test are used as measuring instruments of *Risk Assumed through Dice* (TRAD) of Sante and Santacreu. The research design is substantive type, and the method used is descriptive-correlational and transversal type. The sample chosen is a population of students attending the first to third year at the Faculty of Psychology of a National University from Lima. The results show that in this sample there is a high degree of correlation between the control locus variables and the behavior pattern A, and a slight significant relationship between the behavior pattern and the high interactive risk style.

Keywords: Control locus, type A behavior pattern, interactive risk style, personality, health.

ÍNDICE

TEMARIO	Pág.
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	
1.1. Situación Problemática.....	9
1.2. Formulación del Problema.....	14
1.3. Justificación teórica.....	22
1.4. Justificación práctica.....	23
1.5. Objetivos.....	25
1.6. Limitaciones del estudio.....	26
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Marco filosófico de la investigación.....	28
2.2. Bases teóricas.....	33
2.3. Antecedentes de la investigación.....	48
2.4. Glosario.....	56
2.5. Hipótesis.....	61
CAPITULO III: MÉTODO	
3.1. Tipo, método y diseño de investigación.....	63
3.2. Población.....	63

3.3. Diseño muestral.....	63
3.4. Relación entre variables.....	63
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	65
3.6. Procedimiento de recolección de datos.....	68
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	68
3.8. Confiabilidad y validez de los instrumentos.....	69

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis e interpretación.....	72
4.2. Discusión de resultados.....	83

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	89
--	-----------

REFERENCIAS	93
--------------------------	-----------

ANEXOS.....	116
--------------------	------------

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Comparación esquemática de los paradigmas filosóficos denominados "positivismo" y "postpositivismo".....	30
Tabla 2. Distribución de la muestra.....	64
Tabla 3. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov.....	69
Tabla 4. Validez de contenido por criterio de jueces: Escala de Locus de Control.....	70
Tabla 5. Validez de contenido por criterio de jueces: Escala de Retiro de Conducta Tipo A.....	71
Tabla 6. Pruebas para diferencias según géneros en conducta tipo A, locus de control y estilo interactivo.....	72
Tabla 7. Pruebas para diferencias según edad en conducta tipo A, locus de control y estilo interactivo.....	74
Tabla 8. Pruebas para diferencias según año de estudios en conducta tipo A, locus de control y estilo interactivo.....	75

Tabla 9. Relación entre el locus de control (LC) y el patrón de conducta A (A) en jóvenes universitarios.....	76
Tabla 10. Correlaciones entre el LC y las subescalas de A (Estrés y Ambición).....	77
Tabla 11. Correlaciones entre A total y las subescalas de LC.....	77
Tabla 12. Relación entre las subescalas del locus de control (LCI - LCE) y del patrón de conducta A (Estrés - Ambición) en jóvenes universitarios.....	78
Tabla 13. Relación entre el locus de control (LC) y el estilo interactivo (EI) de riesgo en jóvenes universitarios.....	79
Tabla 14. Correlaciones entre el LC total y los estilos interactivos de menor y mayor riesgo.....	80
Tabla 15. Correlaciones entre el estilo interactivo total y las subescalas de LC.....	80
Tabla 16. Relación entre las subescalas del locus de control (LCI - LCE) y niveles bajo (EI-1) y alto (EI-3) del estilo interactivo de riesgo.....	80
Tabla 17. Relación entre el patrón de conducta A y el estilo interactivo de riesgo (EI) en jóvenes universitarios.....	81
Tabla 18. Correlaciones entre el EI total y las subescalas de la conducta tipo A.....	81
Tabla 19. Correlaciones entre A y los estilos interactivos de menor (EI-1) y mayor riesgo (EI-3).....	82
Tabla 20. Relación entre las subescalas de A (Estrés - Ambición) con EI-1 bajo y EI-3 alto.....	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de creencias de salud simplificado.....	37
Figura 2. Modelo de la acción razonada.....	38
Figura 3. Modelo de autoeficacia de salud.....	40
Figura 4. Modelo de salud biopsicológica de Ribes.....	44

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En este primer capítulo se hacen consideraciones respecto a las condiciones objetivas que propician la existencia y pertinencia del presente problema de investigación, su justificación teórica y práctica, la formulación de objetivos que sirven de guía para realizar el estudio y las limitaciones que se pueden anticipar respecto a él.

Lo central del argumento radica en que hay numerosos aspectos de salud biopsicológica y de rendimiento intelectual que se ven afectados por conductas de riesgo de los individuos. Frente a ello las políticas oficiales de salud han propuesto posibles soluciones, desplegando estrategias basadas en modelos de salud biomédica o educativa para establecer, en el mejor de los casos, pautas de prevención en términos fundamentalmente de información colectiva, lo que según los indicadores de prevalencia no parece dar mayores resultados.

Ante semejante realidad viene emergiendo otro modelo mucho más operativo, enfocado pragmáticamente en promover la adquisición de habilidades y competencias de salud a través de un entrenamiento

directo de las personas, algunas veces llamado aprendizaje de gestión integral del riesgo (Helsloot, Vlagsma & Kraaijenbrink, 2017). Sin embargo, tal fin debe cumplirse sobre la base de la evaluación previa de algunas variables personalísticas relevantes que, entre otras, pueden jugar un papel propicio para el ejercicio de malos estilos de vida y comportamientos riesgosos, con la idea de ir acumulando información sobre ello.

En este sentido de variables personalísticas, se propone empezar dicha evaluación por los repertorios de locus de control, patrón de conducta tipo A y estilo interactivo de riesgo. Además, interesa al autor de esta tesis obtener esa información en el campo universitario, siguiendo la línea hoy en boga de actuar en el campo educativo superior apoyando la promoción de “universidades saludables”.

1.1. Situación Problemática

Desde los albores de la historia de las sociedades humanas la preocupación por la salud y el bienestar ha sido constante, y, en este plano, el interés por encontrar los nexos entre el estilo de vida y el riesgo de enfermedad, de contaminación o de sufrir accidentes, ocupa un lugar preferencial, tratando de entender las relaciones entre esos aspectos. En la actualidad, es ampliamente aceptado que la incidencia y prevalencia de la morbimorbilidad se asocia a los comportamientos y estilos de vida (Quillas, Vásquez y Cuba, 2017; Gómez, 2017).

A este respecto, la explosión demográfica y el creciente fenómeno de urbanización en diferentes grupos poblacionales de la estructura social, con considerables diferencias socioeconómicas entre ellos y exigencias dispares respecto a sus capacidades, necesidades y posibilidades de desarrollo, se configuran como condiciones que predisponen a un gran número de personas a llevar malos estilos de vida y, por consiguiente, a sufrir problemas de salud tanto biológica como psicológica.

Según muestran diversos estudios a nivel internacional (véanse Galán y Camacho, 2012; Ruiz, García, Suárez y Odriozola, 2017), la depresión, la ansiedad y el estrés, lo mismo que el surgimiento de enfermedades como la obesidad, la hipertensión, el cáncer y la artritis reumatoide, entre otras, son corolarios inevitables de dicha situación de descuido. A nivel mundial, además, se dice que un 10% de adultos presenta un problema de salud mental, y un 20% de sujetos menores de edad presenta problemas de conducta o de desarrollo (López, Martín y Garriga, 2012). Es más, se reporta en los estudios epidemiológicos que al menos una de cada cuatro personas padece a lo largo del transcurso de su vida algún trastorno de salud mental (Muñoz, Ausín y Pérez-Santos, 2012), todo eso con correlatos a nivel de calidad de vida, de productividad en el trabajo y de convivencia familiar.

La *Organización Mundial de la Salud* (OMS) definió en 1947 la salud como un estado de bienestar relacionado con aspectos físicos, mentales y sociales del individuo, donde los conceptos de estilo y

calidad de vida como determinantes de los hábitos relacionados con la salud saltan a la vista, en términos de comportamientos individuales que pueden llevar a la prevención o agravamiento de los problemas adscritos al cuidado personal (OMS, 2002). Por ejemplo, como lo señalan Costa y López (2008):

No comer verduras y fruta en la proporción adecuada en la dieta y llevar un estilo sedentario están contribuyendo a una morbimortalidad en la que la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer están experimentando un desarrollo inusitado... En particular, la obesidad infantojuvenil se ha convertido en un preocupante problema de salud pública... El aumento del número de embarazos de adolescentes unido al incremento de la práctica de relaciones sexuales sin protección, el creciente consumo de cocaína... la implicación de los adolescentes en acciones violentas de las que son víctimas otros niños y adolescentes o el alarmante número de muertes y discapacidades originadas por conducir de manera temeraria y en estado de embriaguez son otros tantos problemas del mundo en que vivimos... (pp. 36-37).

Esto pone en primer plano las conductas de riesgo, definidas como "aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas" (Corona y Peralta, 2011; p. 70). A menudo, es la subestimación de

tales consecuencias la que lleva a jóvenes a comportarse riesgosamente.

Al principio, con el fin de superar tales problemas, se propulsó un modelo biomédico asistencial de promoción de la salud (ver la revisión de Díaz, Rodríguez y Valencia, 2015; como un ejemplo en latinoamérica), que aparentemente no cumplió con los objetivos propuestos. Ese modelo fue sustituido por otro con más énfasis en la prevención interdisciplinaria porque, como dicen Gil-Lacruz e Izquierdo (2004), anticipando las cosas: “Una orientación exclusivamente medicalizada y curativa de los servicios de salud resulta insuficiente para abordar el tema de la calidad de vida y el bienestar de las personas” (p. 72).

Así, en este contexto, la interdisciplina que se ha planteado para desempeñar el papel de guía de intervención y práctica transformadora a partir de su postulación de principios, métodos y procedimientos en este rubro es la *educación para la salud*, definida “como un proceso deliberado de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a la adquisición y fortalecimiento de los comportamientos y estilos de vida saludables, a favorecer las elecciones positivas para la salud y a promover los cambios en los comportamientos y estilos de vida no saludables o de riesgo” (Costa y López, 2008; p. 37). Eso en el entendido de que los factores psicológicos de acuerdo con Rosa, Posada y Rosa (2012), son los más influyentes en el proceso de salud-enfermedad.

El caso es que, aun así, los programas de prevención delineados a partir de la educación para la salud tampoco parecen estar haciendo efecto. Por ejemplo, según indicadores actualizados al año 2012 del *Ministerio de Salud* en el Perú, nuestro país presenta índices que lo colocan en el primer lugar del continente americano respecto a la morbilidad en fiebre amarilla, segundo lugar en tuberculosis, quinto lugar en malaria, sexto en tétanos neonatal y séptimo en tos ferina (MINSA, 2018). Por otro lado, tales indicadores junto con los de VHS-SIDA, adicciones, violencia de género, emergencias y desastres, no han variado sustancialmente con relación a años anteriores, tanto peor cuanto el alcance de la cobertura sanitaria deja fuera aproximadamente al 20 % de la población y el seguro social cubre solo al 25 % de aquella (Maguiña y Galán-Rodas, 2011). Esto, aunado a la escasez de especialistas de salud en el país, resulta un tema crítico (Arroyo, 2015).

En la misma línea, Orbegoso (2012) reporta algunas tasas de ocurrencia respecto al consumo de sustancias adictivas, conducta sexual arriesgada y malas costumbres dietéticas. Respecto a lo primero, uno de cada diez peruanos confiesa haber probado marihuana por lo menos una vez en su vida. El 10.3% de la población entre 12 y 64 años consume marihuana, y el consumo de cocaína se estima afecta al 4.1%, más entre varones que entre mujeres (7.7% frente al 0.9%). En cuanto a la conducta sexual, en la estadística más próxima un 17% de adolescentes de 15 a 19 años tuvo un embarazo no deseado, y un

35% de ellas abortó. A pesar de que el 98% conoce métodos anticonceptivos, solo un 9% los utiliza. Por último, los estudios epidemiológicos a nivel nacional muestran que perviven la malnutrición y problemas de bulimia y anorexia, aumentando durante la adolescencia.

Obviamente, todas esas incidencias afectan el desarrollo posterior de la población juvenil en términos personales y académicos.

1.2. Formulación del Problema

Al no haber avances significativos durante los últimos años en la política de prevención de riesgos de salud, la tesis aquí sostenida argumenta que tan leve variación en las tasas de prevalencia epidemiológica en nuestro país, puede deberse a que en la articulación de esos programas quizá no se está prestando la atención debida a las variables del individuo: a los repertorios de su personalidad que inciden en probabilizar conductas de riesgo, en tanto que se privilegia una concepción de la prevención respecto a ellas como simple información colectiva sobre su incidencia. Como dicen Corona y Peralta (2011): "Se asume que a mayor conocimiento de los eventos negativos, mayor posibilidad de evitarlos, pero se ha demostrado que no basta tener conocimientos adecuados para generar cambios" (p. 71).

Entonces, en el enfoque habitual de educación para la salud y prevención de riesgos parece haberse olvidado, por lo menos parcialmente, que los estilos de vida son ejercidos por *individuos* y que

tales estilos implican *elecciones* particulares e idiosincrásicas que influyen en el comportamiento de salud, y pueden aprenderse a tomar correctamente si se les ejercita.

En consecuencia, desde esta perspectiva es imperativo explorar detenidamente dichos repertorios comportamentales, y ubicar aquellos que llevan a estilos de vida inadecuados y a su persistencia. Aquellos que inclinan al individuo concreto a tomar decisiones riesgosas en ciertas direcciones, pese a los intentos preventivos y de modificación del comportamiento de salud que hacen las entidades sanitarias pertinentes.

De aquí se deduce que hay que analizar la conducta del individuo en sus características diferenciales y consistentes, aquellas que se suelen insertar en el constructo disposicional¹ de "personalidad", cuya naturaleza es bueno precisar antes de pasar más adelante.

Cuando se desea medir este constructo, las preguntas pasan por identificar aquello que es lo que hace específicamente diferente a una persona de otra, cuáles son los componentes relacionados entre sí que están implicados en ello, y también de qué manera se manifiesta la estabilidad del comportamiento de las personas a lo largo del tiempo y en situaciones diversas. De acuerdo con Kantor y Smith (1975/2015):

¹ De acuerdo a la jerga técnica del paradigma que se utiliza aquí, los "factores disposicionales" —entre ellos la personalidad— son propios de la historia interactiva del individuo frente a su entorno que modulan la relevancia funcional de sus contactos funcionales y de sus distintos patrones reactivos presentes, facilitándolos o interfiriéndolos (Ribes, 2018).

... el estudio de la personalidad es necesario pues todas las reacciones psicológicas son los actos de individuos particulares. Pero ésta no es la única razón. Para empezar, constantemente nos enfrentamos al problema de la predicción conductual. ¿Cuáles son las probabilidades de que X actúe de cierta manera bajo ciertas condiciones? Sólo si conocemos la constitución del equipo de personalidad de un individuo, podemos planificar el futuro respecto a él. ¿El soldado se acobardará ante el fuego? ¿El médico será capaz de diagnosticar la enfermedad? ¿El empleado seguirá las instrucciones fiel y laboriosamente? Estas son preguntas importantes que sólo un conocimiento de la personalidad puede ayudarnos a contestar (p. 143).

Una de las formas como se pueden dimensionar estas variables es a través del estudio de "rasgos" (constelaciones de respuestas interrelacionadas entre sí que forman pautas estables de conducta) particularmente gravitantes en las decisiones que el individuo puede tomar durante el transcurso de su vida, con el fin de utilizar esa información para modificarlos. Es destacable que este punto de vista viene adquiriendo consenso mundial, como lo muestran los denodados esfuerzos de la *Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura* (UNESCO, 2016/2017), para extender sus planes de mejora al año 2030 como una fecha límite, incidiendo ya en "promover vidas saludables mediante una educación basada en la

adquisición de competencias” (p. 20); lo que supone indudablemente centrar el foco del cambio en dotar a los individuos no solo de conocimientos sobre el tema, sino sobre todo de habilidades para manejarse a sí mismos y a su entorno.

Queda, pues, establecido que se requiere sistematizar la estrategia preventiva en torno a dos fases: una “descriptiva-diagnosticativa” donde se ubiquen los repertorios de personalidad ligados al estilo de vida y a la asunción de riesgos, y otra “interventiva” donde se emplee esa información para plantear modificaciones pertinentes. La presente tesis incide en el primer punto.

No obstante, la cantidad de variables personalísticas ligadas a competencias potencialmente influyentes a estudiar es vasta. Solo cabría mencionar aquellas recurrentes utilizadas en las diferentes teorías psicológicas para “explicar” la autorregulación: la inteligencia emocional; la autoeficacia; el patrón de personalidad (o conducta) tipo A; el narcisismo; el locus de control; el estilo de riesgo; la motivación de logro y el sentimiento de flujo (*flow*); entre otras. Es preciso, pues, elegir algunas de ellas para empezar un proceso de investigación que busque las más relevantes con el fin de establecer un “mapa” de relaciones que puedan servir para el diagnóstico y la intervención acerca de estilos de vida y comportamientos específicos. En este sentido, desde el punto de vista del autor de esta tesis, las variables de “locus de control”, “patrón de conducta Tipo A” y “estilo interactivo

de riesgo” parecen ser objetivos de investigación ideal para cubrir tal propósito.

Otra inquietud del presente trabajo, esta vez en relación con la muestra a seleccionar, es enmarcarlo como rubro de indagación en el campo educativo superior, con el fin de que los posibles hallazgos se apliquen al quehacer intelectual. Lo cierto es que, según un informe del *Banco Mundial (Educational change in Latin American and the Caribbean. Social and Human Development)*, publicado en 1999 y comentado por Becerra (2013), “una mejor educación lleva a mejores resultados en salud y... una mejor salud lleva a mejores logros académicos” (p. 289). Por ello en nuestro país, siguiendo una corriente internacional (Arroyo y Rice, 2009), se han establecido hace algún tiempo políticas estatales de promoción de “universidades saludables” (Resolución Ministerial N° 968-2010) a través del *Ministerio de Salud* (MINSA) (ver Alayo, Bambarén, Gueiler, Magill, Sueiro, Valdivieso y Vera, 2013); cuyo propósito es incentivar la promoción de la salud y disminuir enfermedades transmisibles en instituciones de educación superior.

Concordante con esto, se puede esperar que la indagación sobre diversos aspectos relacionados con el estilo de vida de los estudiantes contribuya a proporcionar más elementos de juicio para llevar adelante tales políticas (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003; Galdames, Jamet, Bonilla, Quintero y Rojas, 2019). De hecho, en nuestro país la *Pontificia Universidad Católica del Perú* viene centrando su interés en el entorno

ambiental de su población universitaria (Becerra, 2013); y la *Universidad nacional Mayor de San Marcos* “ha creado la primera *Red de Salud Mental Universitaria* (RSMU), conformada por un equipo multidisciplinario de diversos actores: Servicio Médico - Clínica Universitaria; Oficina General de Bienestar Universitario, y Unidades de Asesoría y Orientación al Estudiante de las Facultades, [para] propiciar el bienestar integral de los alumnos en la comunidad sanmarquina durante su etapa formativa... implementando el *Plan de Salud Mental Universitario* con un enfoque biopsicosocial, que busca optimizar la calidad académica de los estudiantes sanmarquinos y su proyección en su desarrollo profesional” (nota de prensa de la *Oficina General de Imagen Institucional* del 19/09/2018).

En otros contextos, como el de la presente investigación, según ya se adelantó en pasadas líneas, se pueden abordar variables personalísticas de la conducta autorregulativa de salud (todo ello sin perder de vista que la interacción de los individuos con su ambiente es la verdadera síntesis para fijar los propósitos de la planeación estratégica), tales como las ya mencionadas variables de “locus de control”, “patrón de conducta tipo A” y “estilo interactivo de riesgo”.

Respecto al *locus*, las creencias de control que tienen las personas se constituyen en percepciones subjetivas de sus propias habilidades para controlar o alterar diferentes acontecimientos en su vida. Dentro de este esquema, el locus de control se refiere al grado en el cual el sujeto considera que su vida se halla bajo su propio control o bajo

control ajeno (del azar o del poder de los demás), lo que se relaciona con la posibilidad de dirigir, dominar o producir un acontecimiento según se localice dicho control interno o externo (Rotter, 1966).

Por otro lado, el "patrón de conducta Tipo A" (PCTA) es actualmente un fenómeno de gran interés en la psicología de la personalidad y de la salud. Este patrón de comportamiento es considerado como el de mayor riesgo respecto al estilo de vida que lleva a muchos individuos a sufrir trastornos diversos en su estado físico, principalmente de orden cardiovascular. Sus características involucran principalmente la predisposición a una alta reactividad orgánica que oscila entre manifestaciones motoras, afectivas y cognitivas tales como la tensión muscular, la ansiedad, la impaciencia, la gesticulación abundante y el habla enérgica o violenta, la alta competitividad y motivación al éxito, la necesidad de control y la hiperactividad. Se dice que los individuos con PCTA suelen buscar situaciones amenazantes y competitivas, con el fin conseguir logros personales que les permitan reafirmar continuamente su tendencia a sobresalir. Esto significaría que son capaces de asumir riesgos mayores que otros individuos, así como de provocar también situaciones de riesgo y estrés para ellos mismos (Calvo, Alemán, Alemán y Ojeda, 2002; Berríos-Martos y García-Martínez, 2006). Los sujetos con patrones de conducta diferentes, por el contrario, se distinguen por ser propensos a la calma, la confianza, la relajación y la apertura

emocional (Del Pino, 2006; Barraza, 2008), por lo que cabe esperar de sus actitudes y acciones una menor orientación al riesgo.

Finalmente, la misma orientación al riesgo como una variable de personalidad se ha venido estudiando desde el paradigma interconductual a través de la investigación experimental sobre los estilos interactivos (entre otros Santacreu, Hernández, Adarraga y Márquez, 2002; Santacreu, Rubio y Hernández, 2004; Ribes, 2009, 2018), que son de una relevancia crucial para la investigación sobre la personalidad. Estos estilos constituyen, desde dicha perspectiva, formas personales, idiosincrásicas y estables que un individuo exhibe cuando se enfrenta con diferentes situaciones de la vida cotidiana; sus modos individuales históricamente configurados, consistentes y predecibles de contacto con las características del campo de factores que conforman un episodio psicológico particular. En ese sentido, son disposicionales (es decir que facilitan o interfieren contactos funcionales en las circunstancias concretas con que interactúan las personas), e influyen en la adquisición de motivos y competencias (Ribes, 1992, 2005, 2009, 2018). En opinión de Cortés, Romero, Hernández y Hernández (2004): "Los elementos del modelo facilitan la caracterización y análisis de los niveles de riesgo al considerar cómo es lo que hace un individuo modula los estados biológicos al regular el contacto con las variables del medio" (p. 59).

En función a lo dicho, la idea del presente trabajo es, en líneas generales, confrontar los datos obtenidos de una medición

psicométrica del locus de control y del PCTA con los datos registrados a partir de los resultados de una tarea ejecutiva a la cual se somete a los individuos bajo estudio durante varias sesiones, de modo que reflejen una tendencia interactiva de riesgo (dado que este último, como señala Ribes [2018], no es posible de medir mediante criterios psicométricos). En pos de aplicar la sugerencia de Santacreu, Hernández, Adarraga y Márquez (2002) sobre el punto, se siguen, en este caso, las recomendaciones de Cattell respecto a la complementación de los datos léxicos sobre la personalidad (conseguidos a través de los tests de autoinforme verbal) con los datos ejecutivos o "pruebas T" (puntuaciones basadas en respuestas a estímulos durante varios ensayos, sin que el sujeto conozca la finalidad).

Dadas las características de la tarea por plantear, que requiere en el caso de los estilos interactivos de riesgo de una medición repetida durante un cierto número de sesiones, se necesita de una muestra poblacional "cautiva" cuyos participantes estén disponibles a lo largo de todo el estudio. Por ello, se considera indispensable llevar a cabo las operaciones investigativas en un aula de clase.

Concluyendo, el propósito central de ésta investigación es determinar si existen relaciones significativas entre el locus de control, el patrón de conducta Tipo A y el estilo de riesgo en jóvenes universitarios.

1.3. Justificación teórica

Las variables elegidas ofrecen un amplio campo de elaboración teórica referente a la oferta de un modelo conductual de la salud integral y preventiva, centrando los esfuerzos en las variables biopsicológicas de la manera que se describe en el marco teórico-referencial del capítulo dos. Así, los resultados de esta investigación pueden ser relevantes a una consideración más centrada en los individuos respecto del problema de la prevención de salud en los estilos de vida, y comportamientos asociados.

Por ello, es el interés aportar a una mejor comprensión de los factores implicados en los patrones de conducta relacionados con el estilo de vida, y que a partir de allí se propicien tratamientos psicológicos preventivos diferenciales a nivel individual y comunitario, que permitan auspiciar la construcción de estilos basados en los comportamientos de los individuos con estilo de vida saludable, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la psicología clínica de la salud (Joseph, Gierlach, Housley y Beutler, 2005; Montgomery, 2007; Costa y López, 2012), que reflejan la filosofía desplegada por la *Organización Mundial de la Salud* (2002), la *Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura* (UNESCO, 2016/2017), y los propósitos de la política promovida por el *Ministerio de Salud* (2010; Alayo y cols, 2013; Becerra, 2013) en nuestro país respecto a las “universidades saludables”.

1.4. Justificación práctica

De este estudio pueden salir recomendaciones incorporables a la consideración de una relación individuo-ambiente que, utilizando los recursos del autocontrol personal, magnifique los aspectos positivos en la interacción con los entornos inmediatos y distales, y minimice los negativos, tal como los estudios clásicos de Friedman y Rosenman (1974) y Seligman (2003) lo proponen. Por ejemplo, Oros (2005) señala que "La investigación ha demostrado que quienes tienen locus de control interno son mejores alumnos, menos dependientes, menos ansiosos, se manejan mejor frente a las diferentes tensiones y problemas de la vida, tienen mayor autoeficacia y presentan mejor ajuste social" (p. 90).

Por esta vía, recientemente Camacho y Vega-Michel (2014) sugieren propiciar condiciones familiares, sociales y educativas para desarrollar en las personas competencias saludables orientadas al autocuidado propio y el mantenimiento del organismo. Por ejemplo en cuanto al sueño y al descanso, a la alimentación, al ejercicio físico e intelectual, al entretenimiento autoadministrado y a la generación de vínculos afectivos y redes de apoyo social.

En este sentido, es de notar que los individuos al participar socialmente influyen sobre su propia calidad de vida (Banda, Morales, Betancourt y Del Castillo, 2012), por lo que es recomendable involucrar a las personas en actividades comunitarias a partir del conocimiento

de sus circunstancias de salud y estrategias para cuidarla. Como señala Reynoso (2015):

Las conductas relacionadas con la salud-enfermedad se refieren a toda acción que influya en la probabilidad de consecuencias fisiológicas inmediatas o a largo plazo, que modifique el bienestar físico y la longevidad. Estos comportamientos pueden promover o impedir un funcionamiento óptimo. Por ello, no es raro observar que en el repertorio conductual de un individuo existan al mismo tiempo conductas saludables y de riesgo; un sujeto que realiza una determinada conducta de salud no garantiza que lleve a cabo otros comportamientos saludables (p. 171).

Es de notar, asimismo —como se ha anticipado en la formulación del problema—, que la *Universidad nacional Mayor de San Marcos* se halla actualmente comprometida con este tipo de visión de la salud integral, implementando un *Plan de Salud Mental Universitario*.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación y/o diferencias significativas entre el locus de control, el patrón de conducta y el estilo interactivo de riesgo en jóvenes universitarios.

1.5.2. Objetivos específicos

1.5.2.1. Determinar si hay diferencias significativas entre los participantes del estudio (por género, edad y año de estudios) en función a su locus de control.

1.5.2.2. Determinar la relación entre el locus de control y el patrón de conducta A en jóvenes universitarios.

1.5.2.3. Determinar la relación entre el locus de control y el estilo interactivo de riesgo en jóvenes universitarios.

1.5.2.4. Determinar si hay diferencias significativas entre los participantes del estudio (por género, edad y año de estudios) en función a su patrón de conducta A.

1.5.2.5. Determinar la relación entre el patrón de conducta A y el estilo interactivo de riesgo en jóvenes universitarios.

1.5.2.6. Determinar si hay diferencias significativas entre los participantes del estudio (por género, edad y año de estudios) en función a su estilo interactivo de riesgo.

1.6. Limitaciones del estudio

Las limitaciones están ligadas en primer lugar, como cualquier estudio basado en autorreportes, al posible sesgo en las respuestas de los participantes (en los casos del locus de control y de Patrón tipo A). Asimismo, la medición de los estilos interactivos de riesgo durante varias sesiones puede acarrear problemas de "muerte experimental". Por otra parte, la índole de la tarea de contingencias abiertas utilizada en este caso (descrita en el apartado de técnicas e instrumentos de

recolección de datos), es posible de ser de interpretación ambigua por parte de los participantes. También es conveniente señalar que la generalización del estudio solo será aplicable a estudiantes de psicología de universidades estatales de Lima Metropolitana.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El plan de la presente sección es, por un lado, exponer las influencias filosóficas pertinentes al enfoque teórico asumido, que pasan por el paradigma post-positivista, el pragmatismo contextualista y la filosofía analítica versión “análisis conceptual” (Montgomery, 2018). Por otro lado se detallan ciertos antecedentes relevantes a la investigación, se explicitan las bases teóricas del modelo conductual de salud y de estudio del riesgo utilizado en confrontación con otros modelos, se definen conceptos importantes y se formulan las hipótesis del trabajo.

2.1. Marco filosófico de la investigación

2.1.1. Post-positivismo

De acuerdo con el análisis realizado por Guba (1990/2019) en su clásica obra *The Paradigm Dialog* y escritos sucedáneos (Véase Guba y Lincoln, 1994/2002) –válido tanto para investigaciones cuantitativas como cualitativas y bien aceptado por la comunidad científica–, al

presente hay cuatro grandes tendencias filosóficas paradigmáticas predominantes, aquí mencionadas por orden de antigüedad:

- a) El positivismo.
- b) El postpositivismo.
- c) La teoría crítica.
- d) El constructivismo.

Estos paradigmas involucran conjuntos de presupuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos que definen lo que se cree, lo que se hace y aquello que es aceptable o no en el marco del estudio que cada investigador emprende.

En este sentido, el paradigma adoptado para la presente investigación es el del postpositivismo. Desde este punto de vista, se reformulan algunos aspectos que se consideran débiles en el positivismo tradicional. A nivel ontológico se considera la realidad como aprehensible de manera estocástica, imperfecta y probable (realismo crítico); a nivel epistemológico se aborda la relación entre sujeto y objeto de manera interaccional, manteniendo el criterio de objetividad pero relativa; y a nivel metodológico se amplía la base de indagación investigativa desde los clásicos estudios experimentales a toda clase de estrategias evaluativas, incluyendo las de corte correlacional y cualitativo. La tabla 1, adaptada de Guba y Lincoln (1994/2002; p. 124), esquematiza las diferencias del postpositivismo con el positivismo en función a sus presupuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos.

Tabla 1
Comparación esquemática de los paradigmas filosóficos denominados "positivismo" y "postpositivismo"

Presupuestos	Positivismo	Postpositivismo
Ontológicos	Realismo ingenuo. Realidad aprehensible.	Realismo crítico. Realidad aprehensible de manera imperfecta y probable.
Epistemológicos	Objetivista. Hallazgos reales.	Objetivista modificada. Hallazgos probablemente reales.
Metodológicos	Experimental. Verificación de hipótesis. Énfasis cuantitativo.	Experimental. Falsación de hipótesis ² . Inclusión de otros diversos métodos.

Dentro de este marco con implicaciones epistémicas postpositivistas, desde hace buen tiempo se han delineado varios modelos teóricos cuyos conceptos pretenden caracterizar la relación entre lo psicológico y los fenómenos de la salud y la enfermedad³.

2.1.2. Pragmatismo contextualista

Otra fuente importante es la ofrecida por el trabajo de Stephen Pepper (1942), quien explicita cuatro modelos hipotético-filosóficos (a

² En el sentido de falsacionismo sofisticado (Lakatos, 1978/1989) según el cual, si bien no se puede probar o justificar definitivamente la verdad de una teoría, en cambio sí es posible confirmarla aumentando su probabilidad de ser verdadera en un marco de contrastación de programas investigativos.

³ Esto refleja una diversidad de opciones postpositivistas, y está de acuerdo con lo que dice O'Donohue (2013) en una reciente revisión de la filosofía de la ciencia conductual, en la que ve un, por el momento irresoluble, "pluralismo de perspectivas" (p. 3).

manera de metáforas-raíces básicas) que dirigen el rumbo de la práctica científica, y la consiguiente toma de postura de cada profesional frente a lo que son el mundo, el conocimiento, la realidad y el ser humano (Hayes, Hayes y Reese, 1988/2016):

- a) Formismo.
- b) Mecanicismo.
- c) Contextualismo.
- d) Organicismo.

Los dos primeros constituyen alternativas analíticas que se basan en supuestos dicotómicos (por ejemplo de "salud-enfermedad") y variables de causa-efecto lineales (por ejemplo "estímulo-respuesta). Los dos últimos, por el contrario, son de orden sintético y están ligados al quehacer conductual del presente.

El contextualismo es una metáfora-raíz que reconoce una realidad pragmática y compleja dependiente del contexto particular en el cual opera. Así el sentido de cualquier acontecimiento se ve como local, restringido al análisis de la situación precisa en que se produce. El organicismo también implica una organización contextualista, pero más dialéctica, interactuante y evolutiva, en la cual las construcciones de la realidad van diferenciándose e integrándose en sistemas cada vez más amplios.

2.1.3. Filosofía analítica

Una tercera influencia proviene de la filosofía analítica del lenguaje (o análisis conceptual), en versión del "segundo" Wittgenstein y de

Ryle, aportando una discusión crítica de los fundamentos de la filosofía de la mente. El "segundo" Wittgenstein (1953/1988) entiende el lenguaje como una "forma de vida": un ambiente envolvente que es creación y producto humanos a la vez. Desde esta perspectiva, la conducta emerge como interacción enmarcada en un conjunto de sentidos convencionales que componen el contexto psicológico. El significado de las cosas no puede considerarse al margen de los usos del lenguaje, sino que depende de las reglas del "juego" en el que está inmerso. Cuando esas expresiones válidas sólo para la comunicación coloquial son identificadas como si fueran términos técnicos en la órbita psicológica, surgen problemas de cosificación de significados.

En consecuencia la psicología tradicional, al identificar expresiones válidas sólo para la comunicación coloquial con vocabulario técnico propio de la disciplina, ocasiona errores categoriales. Ryle (1949/2005) critica, en este sentido, la creación artificial de mundos fantasmales ("la mente") a partir de semejantes errores. Las expresiones que pretenden designar lo mental son malos entendidos acerca de la naturaleza de dos tipos de discurso: uno extensivo y otro no-extensivo. Así, mientras el no-extensivo se refiere a la descripción de propensiones o tendencias a la acción, el extensivo tiene por objeto describir realidades físicas. No obstante, como se utiliza la misma estructura gramatical para hablar de ambos, la confusión categorial emerge creando dos mundos cuando en realidad se trata de uno solo,

en el cual las actividades de la mente no son diferentes de las acciones del cuerpo.

La solución a los errores categoriales está, por un lado, en el análisis particular de cada expresión buscando su sentido en el contexto en el cual se formula; y por otro lado, guiarse por una concepción de "conducta" no como algo delimitable a manera de "cosa" o "sustancia"; sino como interacción históricamente construida del individuo con su ambiente en términos físicos, biológicos y sociales (Kantor, 1959/1979; Ribes y López, 1985; Hayes, Hayes y Reese, 1988/2016; Ribes, 2018).

En suma, para concluir con esta parte, las vertientes filosóficas que se asumen en este trabajo se encuentran en el postpositivismo, el contextualismo funcional y la filosofía analítica.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Las variables bajo estudio

Antes se ha dicho aquí que el concepto de salud es reconocidamente integral. Por encima del estado de "ausencia de enfermedad" prima el sentimiento íntimo de bienestar, la capacidad de adaptación, la tolerancia al estrés y la posibilidad de producir como características típicas de una persona "sana", marchando juntos el bienestar personal y la adaptación social para el cuidado y la gestión de la propia vida (Montgomery, 2007, 2018).

Partiendo de que el comportamiento es la interacción entre el individuo y su ambiente físico, biológico y social, se puede decir que depende en gran medida del ajuste entre las características del individuo y las del medio. Así, es de esperar que las personas con características conductuales que se ajusten mejor a las situaciones que les toca vivir tengan un mejor rendimiento y una mayor calidad de vida.

En este sentido el locus de control es, tal cual lo caracteriza Rotter (1966), en esencia un estilo atribucional, mediante el cual la persona rotula sus éxitos y fracasos como determinados de manera dicotómica: por factores internos (esfuerzo personal, valía, habilidades, inteligencia u otros), o factores externos (dificultad de una tarea, el azar, acciones ajenas, etcétera). Por lo tanto, dicho estilo atribucional tiene que ver con el grado de control percibido sobre los acontecimientos, afectando su autoimagen y su autoestima. Resulta útil identificar comparativamente las modalidades interna y externa con el objeto de determinar cuál se relaciona más con un estilo de vida saludable.

El PCTA es un repertorio que lleva a relacionarse crónicamente con un número de situaciones usualmente ilimitadas del entorno en un tiempo limitado, y/o contra los esfuerzos opuestos e otras personas o cosas de su mismo ambiente (Berríos y García, 2006), por lo cual no es recomendable desde el punto de vista de la psicología de la salud. Una de las cosas que identifican a individuos con este tipo de conducta es su tendencia exagerada a plantearse desafíos y asumir riesgos, lo

que no está presente con esa intensidad en el patrón opuesto. Es importante verificar esas diferencias a nivel empírico.

Por otro lado, la identificación del estilo interactivo de tendencia al riesgo debe contar con las condiciones necesarias para evaluarlo con precisión. La atención se concentra no tanto en el resultado como en el proceso que sigue el sujeto al enfrentar las tareas evaluativas (Hernández, Santacreu y Rubio, 1999). Siendo la idea calibrar el proceso que sigue el individuo al resolver una tarea problemática, parece mejor enfrentarle a ella que preguntarle cómo la resolvería. En consecuencia, el objetivo consiste en la observación el comportamiento de riesgo en "tests objetivos" como los propuestos por Cattell, consistentes en situaciones preparadas y relacionadas con la variable a evaluar (Montgomery, 2017).

2.2.2. Los modelos de salud que enmarcan las variables estudiadas

Como señalan Reynoso y Seligson (2005): "La psicología clínica de la salud puede ser definida como un campo que tiene relación con el desarrollo y conocimiento de las ciencias de la conducta y se vuelve de vital importancia para la comprensión de la salud y la enfermedad física y su aplicación, o sea para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación" (p. 31). En este amplio campo existen diversos modelos teóricos de salud conductual que pretenden erigirse como guías para la prevención.

Los modelos más conocidos son los de *creencias de salud*, de la *acción razonada*, y de la *autoeficacia*. Algunas veces estos son rotulados bajo el membrete de "modelos de la cognición social"(Martín-Aragón, Quiles y Bernabé, 2012; Amigo, 2015). A continuación, se hace una reseña de cada uno de ellos, proponiendo luego el modelo interconductual llamado "biopsicológico" (Ribes, 2008,2018) a manera de alternativa; y una reflexión final sobre la postura personal adoptada por quien elabora el presente trabajo de tesis.

2.2.2.1. El modelo de creencias de salud suele ser reportado como el más importante dentro de los mencionados en términos de atención e investigaciones, tanto a favor como en contra. (Moreno y Gil Roales-Nieto, 2003). En breve, sus fuentes originarias se acercan a una orientación fenomenológica basada en las teorías de Kurt Lewin y en la educación para la salud desde una perspectiva más amplia que el mero cuidado médico, buscando entender las razones por las cuales la gente sana frecuentemente evita comportarse en forma preventiva (por ejemplo, ir a revisiones médicas para detectar dolencias tempranamente); y, posteriormente, esto se extendió a la explicación de lo mismo para los pacientes son síntomas manifiestos y su seguimiento de prescripciones para combatir la enfermedad.

La hipótesis básica de este modelo es que la conducta de las personas se moviliza en torno a valoraciones subjetivas sobre determinadas metas (evitar la enfermedad o recuperar la salud) y de la probabilidad de que ciertas acciones lleven a alcanzarlas

(una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad o recuperar la salud); siendo tales valoraciones influidas por las normas y presiones del grupo del grupo social de referencia, como se ve en la figura 1.

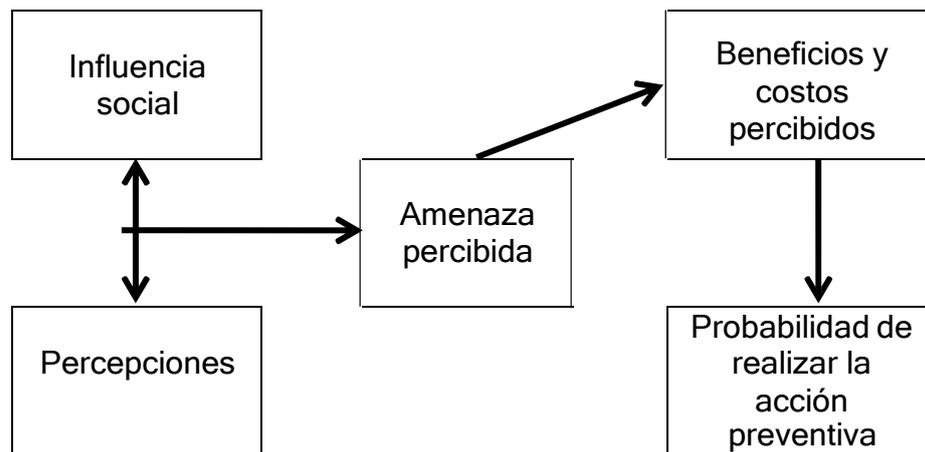


Figura 1. Modelo de creencias de salud simplificado

En suma, siguiendo siempre a Moreno y Gil Roales-Nieto (2003), “de acuerdo a este modelo, se puede predecir la ocurrencia de una conducta de salud (o preventiva de la enfermedad) cuando el sujeto en cuestión se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza, que valora como grave y respecto al cual considera que la acción que puede emprender será beneficiosa y no demasiado onerosa” (p. 97).

2.2.2.2. El modelo de la acción razonada y su “desarrollo de la conducta planeada”, según lo llama Amigo (2015), presupone un individuo capaz de tomar decisiones racionales, comportándose en función a las valoraciones que hace de los efectos de su conducta y de las expectativas acerca de esos efectos. En tal sentido, utiliza

sistemáticamente la información de que dispone para modular su intencionalidad de ejecutar o no una acción en particular, siendo semejante intencionalidad influida a su vez por factores actitudinales y social-normativos el componente principal del modelo (figura 2). Los simpatizantes de aquel señalan que las actitudes surgen de la multiplicación del valor del atributo con la expectativa asociada a la conducta, y la racionalidad social normativa surge de la proporción de opiniones favorables y desfavorables de los otros sujetos significativos ante la conducta específica (ver Páez, Ubillos y Pizarro, 1994).

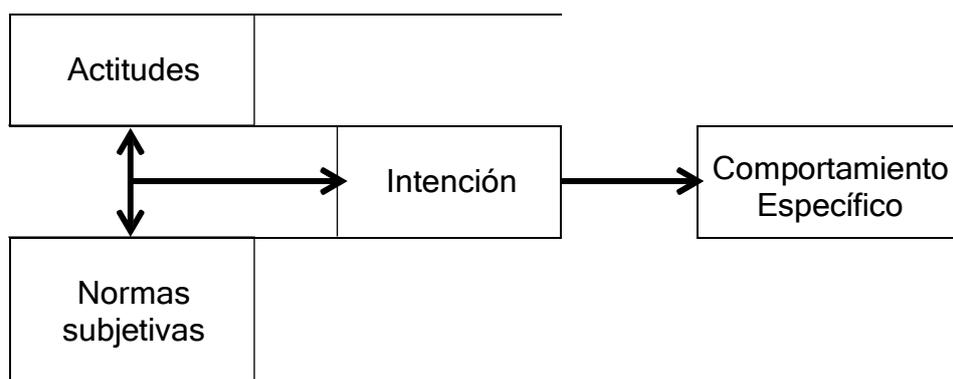


Figura 2. Modelo de la acción razonada.

De esta manera, según lo resume Stefani (2005), las creencias de un individuo acerca de la probabilidad de que su comportamiento produzca consecuencias específicas, y, además, su evaluación subjetiva de aquellas consecuencias en razón a la presión del medio social que lo impulsa a emitir dicho comportamiento tal como cree que está configurada para esperar de él tal o cual cosa; son el "nervio" central de este modelo.

2.2.2.3. El modelo de la autoeficacia es para Taylor (2003/2007) una variante del modelo de creencias en salud, debido a que representa "la creencia de que uno mismo puede controlar su conducta" (p. 57). Desde esta perspectiva la forma en que actúan los individuos depende, en gran medida, de factores cognitivos relacionados con su confianza en la capacidad de comportarse o de controlar (o alterar) debidamente las circunstancias para generar resultados deseados. El individuo se constituye, pues, como un agente autoeficaz activo de sus propios estados de salud, modificándolos de dos maneras: a) a través de estrategias estables de autoeficacia general, previniendo la posibilidad de sufrir enfermedades de cualquier tipo mediante el seguimiento de pautas de estilo de vida saludable; y b) a través de competencias eventuales de autoeficacia específica, aumentando su adherencia a los planes de manejo de una dolencia mientras que disminuye sus síntomas negativos, lo que le permite recuperarse más rápido (Bandura, 2001, 2010).

A su vez, como se ve en el esquema de la figura 3, los factores que influyen en el grado de autoeficacia percibida son de tipo cognitivo, conductual y ambiental en interacción recíproca: el desempeño pasado de la persona, los modelos sociales proporcionados por otros individuos, la persuasión a través de reglas sociales y la fluctuación eventual de los estados físicos y emocionales.

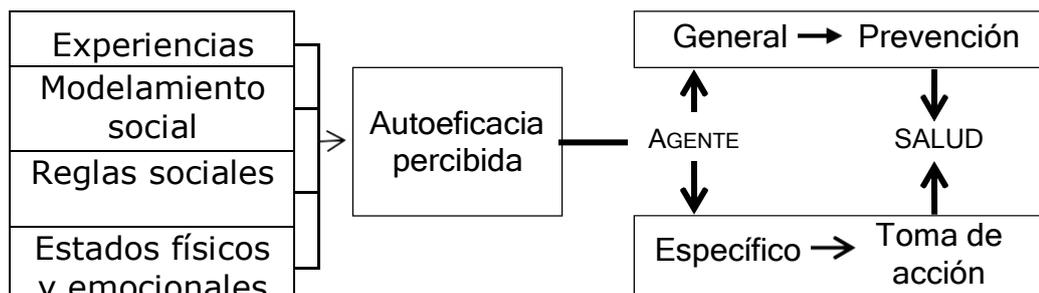


Figura 3. Modelo de autoeficacia de salud.

2.2.3. Teorías sobre la conducta de riesgo

De acuerdo con la reseña de Cueto, Saldarriaga y Muñoz (2011), se pueden encontrar tres enfoques relevantes respecto al ejercicio juvenil de conductas de riesgo: el primero, llamado de "adicción racional", proviene de la interrelación entre la economía tradicional y la psicología; el segundo proviene de la psicología del desarrollo; y el tercero proviene de la economía del comportamiento. Por cierto que estos enfoques, si bien tienen proveniencias distintas, están notablemente relacionados entre sí.

2.2.3.1. El enfoque de "adicción racional" (Becker, 1988) hace hincapié, como su nombre lo indica, en la racionalidad de las decisiones de las personas para elegir opciones riesgosas de estilo de vida, en base a sus conocimientos y expectativas sobre el balance costo-beneficio de las actividades que van a llevar a cabo. Si, por ejemplo, se juzga que ser adicto al tabaco aun con el peligro de terminar con cáncer es un precio menor que hay que pagar por obtener el placer de fumar (y, probablemente, de disminuir la ansiedad o el aburrimiento cotidianos a través de ello); se continuará con dicha práctica.

2.2.3.2. El enfoque de la psicología del desarrollo (véase Boyer, 2006) implica la posibilidad del individuo de optar por acciones asociadas a resultados indeseables (toma de riesgos). Esto considerando su sensibilidad al riesgo, su estimación de las probabilidades y sus percepciones de vulnerabilidad. Los planos de desarrollo que aborda son el cognitivo, el afectivo y el social; a través de investigaciones sobre las bases neurológicas y bioquímicas de la asunción de riesgos, la relación de las habilidades afectivas de toma de decisiones con la regulación emocional, y los efectos de la calidad de la relación parental y estrategias de crianza, así como otras influencias, en la emergencia de tendencias al riesgo.

El enfoque de la economía del comportamiento fundamentado por O'Donoghue y Rabin (2000) procura enriquecer el de la adicción racional, añadiendo dimensiones de tipo "intertemporal", de "futuro beneficio" y de "frecuencia de exposición" a conductas riesgosas.

La dimensión intertemporal supone que las personas más jóvenes son más impacientes y tienden a valorar los beneficios de sus actos inmediatos, y a subvalorar los costos futuros. Sin embargo, con el tiempo y la experiencia de las consecuencias asociadas a sus actos pueden cambiar de opinión, originándose un conflicto intrapersonal entre el individuo de antes y el de ahora. Por ejemplo, una chica embarazada puede sentirse muy arrepentida de haber sido receptiva a los requerimientos sexuales que ocasionaron su embarazo.

La dimensión de futuro beneficio implica sesgo o error de predicción respecto a las utilidades futuras de sus acciones. Hoy alguien se puede sentir muy motivado para hacer algo y esperar que eso siga siendo así cuando lo haga, pero luego contingencias fortuitas le hacen percibir las cosas de otra manera menos favorable. Por tanto, solo aprende acerca de las consecuencias de sus actos cuando estos se concretan. Así, un joven puede consumir tabaco sin temor pese a la información de que eso le podría producir cáncer

La dimensión de frecuencia de exposición tiene que ver con la consideración, por parte del individuo, de que si ya se ha iniciado en la práctica de una conducta de riesgo que perjudica su salud (riesgo percibido), el hecho de que lo siga haciendo no va a añadir mucho al costo que ya asumió al decidir involucrarse desde antes en ella. Por ejemplo, quien ya consumió drogas ilegales y cree que eso lo convierte o convertirá en un adicto, no tendrá empacho en consumir incluso drogas más fuertes o adictivas.

2.2.4. Marco teórico-referencial

Una vez hecho el acercamiento a la filosofía de la ciencia vinculada a esta tesis, y un recorrido general por los modelos de salud y teorías sobre el riesgo, la sección actual se ocupa de explicitar el enfoque adoptado en el presente trabajo: el modelo de salud biopsicológica postulado en 1990 por Ribes (2008, 2018) —llamado así porque plantea una manera de abordaje psicológico vinculado simultáneamente a los planos biológico (como diferenciación

ontogenética) y social (como individualización). Atendiendo a estos supuestos, constituye una auténtica descripción psicológica del continuo salud-enfermedad que tiene que ver con una dimensión individualizada de aquellos factores que operan en la interacción entre los factores biológicos y socioculturales e históricos del organismo. Esto es: a) Los estilos interactivos consistentes de comportamiento que median en el contacto con situaciones eventualmente riesgosas para la salud; y b) Las competencias disponibles del individuo para evitarlas o enfrentarlas eficientemente (Cortés, Romero, Hernández y Hernández, 2004).

Así, la forma en que el comportamiento participa en los procesos de salud-enfermedad se dirige a caracterizar y analizar los niveles de riesgo, teniendo en cuenta cómo un individuo modula sus estados biológicos al regular el contacto con las variables del medio.

El esquema de la figura 4 muestra cómo se produce dicho proceso, siendo las competencias del individuo las que, influidas por una historia de situaciones y motivaciones pasadas que configuran estilos interactivos particulares, igual que por disposiciones orgánicas (estados biológicos) y sociales (lugares, personas, circunstancias, etcétera); determinan conductas instrumentales de riesgo y prevención que ajustan dichas competencias para disminuir o aumentar el riesgo de contraer o sufrir dolencias de salud.

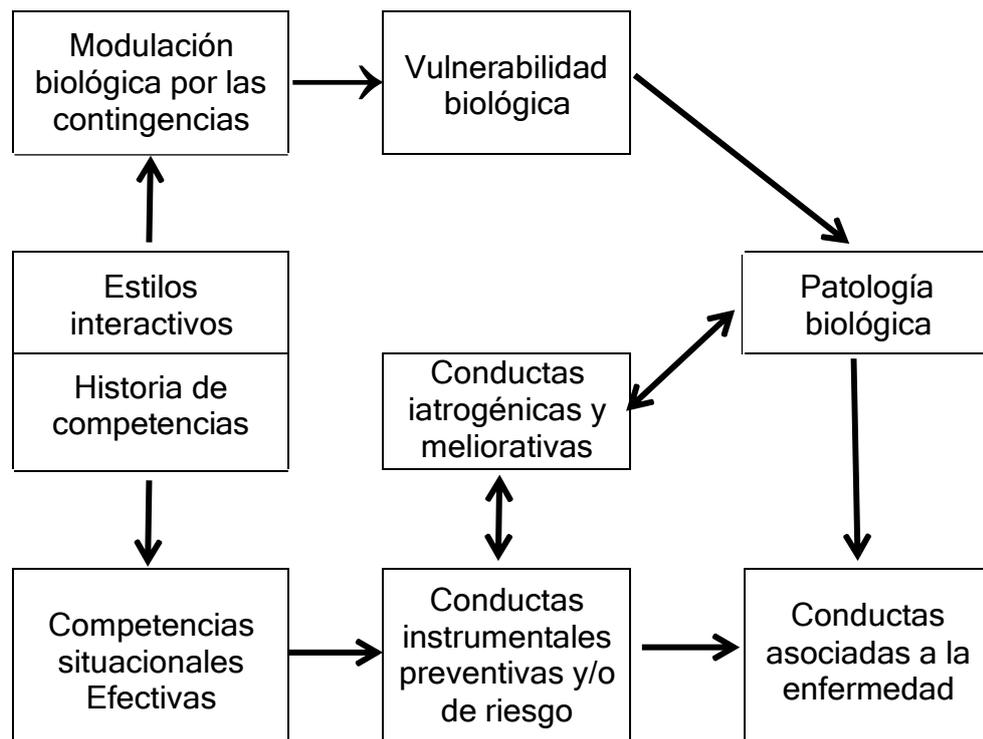


Figura 4. Modelo de salud biopsicológica de Ribes (adaptado de Ribes, 2018; p. 587).

Desde esta aproximación, el comportamiento es visto como interacción construida históricamente entre el individuo y su entorno físico, biológico y social. Los fenómenos psicológicos (que incluyen las estructuras biológicas)⁴ siempre se dan en una situación. No son ocurrencias discretas en forma de acciones particulares en contacto con un “mundo externo”, aunque en términos analíticos se midan y manipulen así; puesto que se considera que el organismo no está confrontado con el mundo, siendo más bien un continuo de génesis e historicidad presente con él (“organismo-en-el-mundo”). En este

⁴ Los factores biológicos (subsistemas reactivos neuronal, inmune, endocrino, cardiovascular, respiratorio, etcétera) se conciben como la condición de existencia del individuo práctico y de las reacciones biológicas integradas a su actividad.

contexto, no tiene sentido "explicar" dualistamente la conducta de las personas con base en conceptos que supongan "facultades" o "poderes" extrainteractivos aislados del decir-hacer-sentir (es decir competencias, estilos y motivos) del individuo como formas de desempeño *dentro* del mundo (Ribes, 2000, 2018).

Basado en esto, Piña (2008) resume en tres puntos las falencias de los enfoques dualistas en el campo de la salud, que también se extienden a las teorías reseñadas sobre el riesgo:

a) Analizan insuficientemente lo psicológico como parte estructural y funcional de la mente ("inobservable") y al comportamiento como su extensión ("observable").

b) "Explican" la conducta de las personas recurriendo a conceptos que parten del supuesto de que los seres humanos son exclusivamente racionales: "conocimientos", "percepciones de riesgo", "actitudes", "creencias", "intenciones", "autoeficacia" y demás, ignorando fenómenos no-racionales (personalidad, hábitos, habilidades, competencias, motivos y demás factores de formación personal).

c) Sobredimensionan los métodos indirectos para estudiar su objeto, como son todo tipo de pruebas psicométricas y correlacionales. Estas se conceptúan como información que valida la existencia de lo "mental" y su relación con los procesos de salud y enfermedad.

Ahora bien, en opinión de quien ha elaborado este trabajo de tesis, dichas críticas, si bien justificadas, no invalidan que, a nivel operativo, el alcance de todas las propuestas sea relativamente eficiente. No se

trata de desvirtuarlas como inútiles, sino de precisar deficiencias conceptuales y subsanarlas con base en términos más claros y completos (Montgomery, 2014, 2017, 2018). En este sentido, la presente investigación procura llevarse a cabo sin confundir palabras del lenguaje ordinario (como son las que designan "poderes internos" de cualquier tipo) con vocablos técnicos, y menos con *entidades* confusas.

Se establece, así la diferencia de que a todas estas variables y constructos ("percepción", "intención", "autoeficacia", "estilo interactivo", etcétera) que se utilizan en los diferentes modelos para caracterizar las conductas de salud y de riesgo se les suele atribuir la noción común de dirigir las acciones, como algo que las antecede. En cambio, en términos conductuales podrían ser llamadas "disposiciones" en tanto solamente probabilizan cierto tipo de comportamientos (Obregón, 1996).

Por ello, para el autor de esta tesis tanto el locus de control como el PCTA son variables objetivas, en tanto designan interacciones explícitas o implícitas del individuo con situaciones particulares. Son, en este sentido, complejas constelaciones de repertorios lingüístico-cognoscitivos, emotivo-motivacionales y motores *aprendidos* (Staats, 1996/1997) que pueden analizarse, según las condiciones de observación molar o molecular, como acciones que propician otras acciones; como desempeños (colecciones de acciones) que producen circunstancias facilitadoras o interferentes para la aparición de otros

desempeños; y como acciones o desempeños que afectan el entorno microcontingencial (antecedentes y consecuencias físicas y sociales) de modo que éste, a su vez, modifique dichos sucesos⁵. Es bueno complementar estos asertos señalando también que son *categorías de tendencia*, vale decir que:

... aluden a... la ocurrencia repetida de eventos singulares, con una propiedad común en el pasado; es decir que una persona tiende a hacer algo con relativa consistencia en aquellas situaciones en que no se prescribe criterio alguno sobre qué hacer o cómo comportarse (Piña, 2015, p. 30).

Así por ejemplo, un individuo con un repertorio de aprendizaje similar al de un "locus de control externo" —digamos un ciudadano que vive en una zona de alto riesgo frente a terremotos—, ante la ocurrencia de un sismo tendería a moverse con lentitud después de decirse a sí mismo que no tiene sentido correr porque haga lo que haga no cambiará nada, ya que "Dios es el que dispone de mi vida". A nivel más molar, este repertorio de razonamiento en general lo llevaría a interesarse poco en tomar precauciones para proteger su propiedad de posibles desastres; y además sus actos instrumentales verbales y no verbales (o falta de ellos) a largo plazo afectarían aún más su seguridad física y la de los que lo rodean. Ejemplos parecidos podrían darse del repertorio llamado PCTA.

⁵ Son características de todo repertorio conductual básico de personalidad según señala Staats (1975/1979); en muchos aspectos similares a las del estilo interactivo (Montgomery, 2017).

Respecto a la validez de los autoinformes sobre estas disposiciones, aquellos se pueden aceptar con el recaudo de que constituyen simplemente muestras de conducta a verificar con otras mediciones. Es por ello que en la presente investigación se incluye la dimensión conductual de estilo interactivo de riesgo evaluado *mediante una tarea* cuyo resultado debería correlacionar significativamente con las escalas de medición del locus y del PCTA.

2.3. Antecedentes de la investigación

En cuanto a las condiciones para la promoción y el implante de estilos de vida saludables en los estudiantes universitarios, éstas se hayan insertas en el concepto de “salud integral” ligado a la congruencia de las relaciones armónicas interiores y exteriores que la gente consigue mantener en tres planos de su existencia: consigo mismo, con otras personas y con el medio ambiente (ver Machado, 2001). Los programas de universidades saludables ponen en consideración la realización de campañas sensibilizadoras de información y concientización respecto a la promoción de la salud, para permitir que la comunidad universitaria entienda los objetivos propuestos y ayude a realizarlos, en una suerte de “gestión integral de riesgo” (Helsloot, Vlagsma y Kraaijenbrink, 2017).

En cuanto a las variables bajo estudio en esta investigación, todas las aproximaciones tradicionales a la personalidad han asumido tipos

de caracteres o rasgos en los cuales sería posible clasificar a cada individuo, a pesar de la singularidad de sus ajustes particulares.

En dicho devenir ha surgido, entre otros, el constructo de "locus (o lugar) de control" (Rotter, 1966) para designar la creencia en que los acontecimientos que afectan aquello en lo que uno interviene, piensa o hace, son determinados fundamentalmente por la propia conducta o por factores ajenos a ella. En otros términos, de qué manera una persona cree que los resultados de su comportamiento, o los refuerzos a ella, ocurren como consecuencia directa de sus acciones personales (locus interno) o de factores extraños a ellas, sean sociales o azarosos (locus externo) (Bermúdez, 2002). A este respecto, De Grande (2014) señala que el locus de control "cuantifica el estado de una representación altamente correlacionada con una variedad de acciones o, mejor dicho, de probabilidades de actuar en una cantidad de escenarios" (p. 132).

Las investigaciones sobre locus de control son numerosas y sumamente variadas en el mundo latino, desde estudios básicos (Escovar, 1979) que pretenden identificar sus efectos sobre la fijación de metas y la ejecución de tareas hasta una extensa gama de investigaciones sobre la relación del locus con la salud y otras variables relacionadas, como el afrontamiento, la calidad de vida, las enfermedades, la psicopatología, la obesidad y la conducta sexualmente riesgosa (Alvarado, 2003; Alfaro, 2011; Rivero, 2011; Padilla y Díaz Loving, 2011; Azzolini y Bail, 2011). En todos los casos

se ha considerado la hipótesis, confirmada al cabo, de que el locus de control interno es una variable predictora de mejor desempeño, salud física y mental; siempre y cuando su nivel sea moderado (Wong y Anitescu, 2014; Rat, Hild, Gaultier, Khammari, Bonnaud-Antignac, Quereux, Dreno y Nguyen, 2017). También se ha reportado que los sujetos con control externo tienden a informar estados de ánimo más negativos al enfrentar eventos estresantes, en cambio, los sujetos con control interno perciben en general menos estrés y muestran mejores habilidades de afrontamiento (Darshani, 2014) y rendimiento (Jie, Yi y Yi-Chun, 2016).

Algunos de los estudios sobre locus de control, como lo muestra la exhaustiva revisión de Visdómine y Luciano (2006; pp. 742 y ss.), han incidido sobre temáticas relacionadas con instrucciones de suerte y habilidad, y probabilidades de éxito ante ciertas cantidades de ensayos. En uno de ellos, al decir de Chau y Phillips (1995):

Se examinaron los efectos de las fluctuaciones a corto plazo de las probabilidades y el control personal sobre la conducta de riesgo en el *blackjack* informático. Aunque los modelos probabilísticos hacen recomendaciones claras sobre el juego óptimo en el *blackjack* (por ejemplo, la estrategia básica y el conteo de cartas), los jugadores se desvían del juego óptimo. Esas desviaciones podrían ser explicables por las teorías cognitivas. La toma de riesgos puede explicarse en términos de cogniciones irracionales y de evaluaciones de los

resultados por sí mismos; También puede explicarse en términos de las pruebas disponibles que se utilizan cuando las personas toman sus decisiones (p. 253).

Por otra parte, como señala Barraza (2008), en 1959 dos cardiólogos: Rosenman y Friedman, describieron un estilo que llamaron "patrón de conducta tipo A" caracterizado por ellos como fruto de una relación entre enfermedades del corazón y metabolismo del colesterol en ciertas personas y sus estilos de comportamiento, los cuales denotaban nerviosismo y competitividad, entre otras características. Los primeros estudios que se realizaron sugirieron que los individuos con esa personalidad tienen 2.5 veces más probabilidades de presentar angina de pecho o infarto de miocardio. Por el contrario, el patrón de conducta tipo B se definía por la ausencia de tales condiciones. Debe notarse, sin embargo, que ni a lo largo de casi 50 años de estudios ni en una reciente investigación longitudinal (con seguimiento de más de 20 años) sobre esta variable en una abundante muestra de sujetos europeos (Šmigelskas, Žemaitienė, Julkunen y Kauhanen, 2015), hay evidencia concluyente para apoyar el tipo A como un factor de riesgo para apresurar la mortalidad.

Comúnmente se busca identificar los factores que constituyen las dimensiones básicas del PCTA. Algunos consideran dos dimensiones básicas: competencia-liderazgo e impaciencia-agresión o ambición-competitividad e irritabilidad-impaciencia, mientras que otros consideran tres dimensiones: competitividad o afán por destacar y

eliminar impedimentos; impaciencia o urgencia temporal; y hostilidad (Carmona, Sanz y Marín, 2002). Desde 1970 los factores más reconocidos son competitividad, sobrecarga laboral e impaciencia como las dimensiones básicas del constructo (Pérez-Llantada, Maciá y González, 1994; Barraza, 2008). Eso no ha variado hasta hoy.

De acuerdo con la revisión internacional de Pérez y Caputo (2008), trabajando con estudiantes universitarios se encontró que los sujetos tipo A se marcan metas más altas que los tipo B, a pesar del hecho de que los resultados sobre los que tienen información indican resultados similares. En otro estudio se observa que los sujetos A tienen expectativas de realización de la tarea y estimación del rendimiento más elevadas una vez comenzada la tarea. También se ha verificado que aunque los individuos clasificados como A o B no se diferencian en la ejecución de una tarea simple, sí se diferencian en el nivel de aspiraciones ante esa tarea. Igualmente, como lo muestran entre otros Berríos-Martos y García-Martínez (2006), las discrepancias entre la estimación de la tarea a realizar y la tarea realizada son mayores en los sujetos con PCTA.

En nuestro medio León y Romero (1988) investigaron la conducta tipo A en un grupo de adolescentes, utilizando el Inventario de Eysenck y Fuller, que validaron a nivel nacional. Según datos de Lévano (2003) —quien vincula sin éxito el PCTA a los estudios de afrontamiento al estrés en una muestra de personal militar—; utilizando el mismo instrumento se han evaluado auxiliares de educación encontrando

diferencias significativas entre los patrones A y B; y se han evaluado estudiantes universitarios relacionando el constructo Tipo A con las habilidades sociales. Zamora (1996) ha concluido también que el PCTA se relaciona moderadamente con el locus de control en estudiantes de Psicología, mientras que Kirkcaldy, Shephard y Furnham (2002) e Ihinmoyan, Uba y Olatunji (2018), encuentran que las características de una personalidad tipo A con un locus de control externo se asocian con más altos niveles percibidos de estrés, y que los sujetos con locus externo tienen niveles significativamente más bajos de satisfacción laboral, en particular sí coinciden con una personalidad tipo A. En suma, como lo corroboran Ghorbani Amir Ahmadi Gatab y Shayan (2011), el PCTA se relaciona de una manera negativa con la salud mental, siendo particularmente frecuente su incidencia en pacientes ansiedad y depresión internados en instituciones sanitarias (Herrera, Galindo y Lerma, 2018).

Referente a los estilos interactivos, la inquietud por ellos surge en la década del 90 (Ribes, 1990; Ribes y Sánchez, 1990, 1992), de la necesidad de explicar conductualmente las diferencias individuales con base en la singularidad con que cada persona entra en contacto funcional con diversas situaciones contingenciales. Su estudio se vincula con la identificación de dichas situaciones y su estructura contingencial, y con el desarrollo de preparaciones experimentales que permitan evaluar consistencias intraindividuales en tiempo y situaciones distintas.

Los diversos arreglos contingenciales fueron propuestos de acuerdo a tres criterios: a) que fueran situaciones vinculadas con dimensiones exploradas tradicionalmente por la psicología de la personalidad; b) que fueran situaciones sociales susceptibles de prepararse experimentalmente sin la participación de otras personas; y c) que fueran condiciones posibles de formularse en términos de dimensiones y parámetros contingenciales ante los cuales correlacionar las variaciones reactivas de cada individuo. Se propusieron tentativamente doce arreglos que, posteriormente, se redujeron a ocho por razones de pertinencia y validez de las medidas seleccionadas (Ribes, 2005; 2018). Entre los arreglos propuestos destaca la *tendencia al riesgo*, que en términos experimentales constituye una opción individual por elegir contingencias señaladas con probabilidades reales o aparentes asociadas a consecuencias de mayor valor o pérdida contingente (Ribes y Sánchez, 1990; p. 244). La relevancia de identificar la conducta instrumental vinculada a la tendencia al riesgo está en el campo de la prevención primaria de la salud: prevenir los efectos crónicos que resultan de prácticas riesgosas o de exposición a condiciones ambientales extremas.

En un primer estudio en México se diseñó una preparación experimental involucrando las dimensiones y parámetros de la tendencia al riesgo en un grupo de profesores universitarios (Ribes y Sánchez, 1992). Se trató de una tarea computarizada, presentando dos carreras simultáneas de caballos en la que se podía apostar a uno

de ellos en una sola. Se manipularon diversas probabilidades y magnitudes de ganancia a lo largo de 25 sesiones de 20 minutos cada una en días sucesivos. La tarea se estructuró como una contingencia abierta en donde no se pedía que se ganara una determinada cantidad de puntos o carreras, sino que se alentaba a los participantes solo a divertirse. Un año después, esos mismos sujetos se expusieron a una versión modificada de la tarea, mostrando que en una situación paramétricamente similar todos ellos tuvieron desempeños diferentes a pesar de obtener el mismo número de puntos. Así cada cual manifestó una misma función personal idiosincrásica de su estilo de tendencia al riesgo a lo largo de ambas pruebas, separadas por espacio de un año. Estos estudios fueron replicados luego utilizando dos tareas distintas: la carrera de caballos y una situación de inversión en la bolsa de valores. En general, los instrumentos diseñados por Ribes para medir la personalidad, se basan en la observación de las personas comportándose en una situación simplificada” (Viladrich y Doval, 2005, p. 70).

Las investigaciones elaboradas por el grupo de Santacreu y colaboradores (Santé y Santacreu, 2001; Arend, Botella, Contreras, Hernández y Santacreu, 2003) se diseñaron como programas de reforzamiento estructurados en diversas fases experimentales en las que varía sistemáticamente la probabilidad y la cantidad de reforzamiento posible en cada uno de los componentes, obteniéndose este independientemente de la respuesta de la persona dentro de cada

una. Los programas se presentaron en forma de juegos de ordenador que muestran una situación familiar para el sujeto con dos alternativas de elección, en que se simulan apuestas de carreras de caballos, tiradas de dados y mercado bursátil.

En nuestro país, Inga y Montes de Oca (2013) también validaron un instrumento tentativo de tipo auto-informe titulado "Lista de Chequeo de Estilos Interactivos" que evalúa seis estilos, entre los cuales está la tendencia al riesgo.

2.4. Glosario (en orden alfabético)

2.4.1. *Conducta (o comportamiento)*. Interacción históricamente construida entre el organismo total y su ambiente físico, biológico y social (Ribes y López, 1985). Este concepto tiene como punto de partida la distinción de Kantor (1959/1978) sobre el comportamiento entendido desde un punto de vista de campo (en razón de configuraciones funcionales dinámicas), por oposición a la perspectiva topográfica, organocéntrica, lineal y mecanicista. El campo conductual está compuesto de factores estimulares, orgánicos, históricos, de respuesta, socioculturales, etcétera), que se relacionan entre sí de manera inseparable, salvo por razones didácticas u operativas.

2.4.2. *Conducta de riesgo*. De acuerdo con la visión biomédica de la OMS, es una "forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente" (citado por Cueto,

Saldarriaga y Muñoz (2011; p. 120); pero más ampliamente “la condición de riesgo se liga no solo a morbilidad y mortalidad sino también a consecuencias psicológicas y sociales negativas para el individuo” (Idem). Corona y Peralta (2011) la definen como: “Acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas” (p. 70).

2.4.3. *Datos T.* Son los obtenidos de pruebas objetivas consistentes en tareas manipulativas, de habilidades motoras y sensoriales que se le ponen al individuo evaluado, sin que éste sea consciente de la relación que hay entre su respuesta a tales tareas y la(s) característica(s) de su conducta que se le pretende(n) calificar. También pueden ser mediciones psicofisiológicas (Catell y Kline, 1977/1982). En las investigaciones de este tipo de datos no suele encontrarse mayor correlación entre las respuestas motoras y los autoinformes (Santacreu, Rubio y Hernández, 2004).

2.4.4. *Estilo de vida saludable.* Práctica individual proactiva de competencias funcionalmente pertinentes para la prevención y promoción de la salud biológica y socioemocional. Los problemas de salud pasan por la abundante colección de conductas inadaptativas procedentes, por lo general, de un estilo de vida inadecuado, modificable a través del entrenamiento en competencias funcionalmente pertinentes (Carpio, Pacheco, Flores y Canales, 2000; Oblitas, 2010), como el manejo de la ansiedad y la tensión, la administración del tiempo, el ejercicio físico regular, la higiene, los

hábitos alimenticios y de sueño, la evitación del consumo de sustancias tóxicas, el seguimiento de prescripciones médicas, las dietas, la obediencia a reglamentos de seguridad en ambientes de riesgo y públicos, y un manejo adecuado de la tecnología proambientalista.

2.4.5. *Estilo interactivo*. Manera individual, históricamente configurada, de enfrentar diferentes tipos de contingencias como resultado de la biografía particular de cada individuo (Ribes, 2009). Al inicio, se propusieron doce estilos interactivos (Ribes, 1990), pero la investigación los redujo a ocho, llamados actualmente contingencias de decisión, de ambigüedad, de frustración, de persistencia de logro, de escudriñamiento, de riesgo, de distracción y de conflicto (Ribes, 2018, p. 504). Aquellos que se han estudiado especialmente son los de tendencia al riesgo, tolerancia a la ambigüedad, persistencia y curiosidad. Los estilos se clasifican examinando colecciones de eventos situacionales donde se pueden observar las consistencias de la conducta bajo condiciones libres y socialmente neutras, a través del tiempo (Valle y Rodríguez, 2012).

2.4.6. *Estilo interactivo de tendencia al riesgo*. Manera individual, históricamente configurada, de enfrentar un tipo de contingencia con probabilidades reales o aparentes de consecuencias de mayor valor y/o pérdida contingente asociadas. Esto significa el responder del individuo ante una opción de mayor incertidumbre respecto de otra más o menos constante (Ribes, 2009, 2018). Los arreglos contingenciales que usualmente permiten estudiarlo de manera experimental son los de

“señalamiento de probabilidades concurrentes de mayor magnitud y costo”; “mantenimiento de una contingencia señalada constante”; “impredictibilidad efectiva de la suplementación”; “incompatibilidad de respuestas en la concurrencia” y “pérdida global o local de suplementación obtenida” (Ribes, 1990).

2.4.7. *Locus de control*. Rasgo de personalidad caracterizado por la percepción que tiene un individuo respecto a la localización del agente causal de los acontecimientos de su vida cotidiana (Rotter, 1966). De acuerdo con una caracterización anterior del autor del presente trabajo: “En la concepción de J. B. Rotter es central la expectativa como percepción predictora del comportamiento. De esta manera, dio por sentado que si el individuo percibe una correspondencia relativamente permanente entre su conducta y los cambios contingentes de una situación, atribuye los resultados a su ejercicio de control interno. Si, por el contrario, percibe que tal correspondencia es sólo ocasional o parcial, atribuye los resultados a la suerte. Los correlatos de esta construcción explicativa para la personalidad son evidentes: un locus de control interno implica mayor responsabilidad y sentimiento de que uno puede influir en las circunstancias, con todas las implicancias autorregulatorias que eso tiene a nivel conductual” (Montgomery, 2008; p. 221).

2.4.8. *Patrón de conducta Tipo A*. Conjunto de comportamientos caracterizados por una alta activación emocional en términos de estrés, impaciencia, competitividad y motivación al éxito, necesidad de control

e hiperactividad. De acuerdo con Friedman y Rosenman (1974), el PCTA tiene características de rasgo en el individuo que, en interacción con ciertos acontecimientos ambientales, desarrolla dicho patrón.

2.4.9. *Personalidad*. Categoría disposicional (tendencia a comportarse de cierta manera en cierta circunstancia según Ryle, 1949/1967) descriptiva de la organización singular de cada individuo respecto de la consistencia de sus modos idiosincráticos de interactuar con el entorno. Desde esta perspectiva, las diferencias individuales resultan de la experiencia particular de una persona en relación con su biografía interactiva (Ribes, 2009).

2.4.10. *Rasgo de personalidad*. En la presente investigación se utiliza como un concepto equivalente a los de repertorio conductual básico o estilo interactivo (Santacreu, Hernández, Adarraga y Márquez (2002). En el enfoque tradicional se supone que los rasgos predicen o causan la conducta. Desde un punto de vista conductual, en cambio, es la frecuencia del comportamiento con tendencias específicas la que ocasiona que se infiera de ella la existencia de rasgos. Por ejemplo, si alguien sonríe y saluda con deferencia asiduamente, es muy posible que se le asignen los rasgos de "amable" o "alegre". Esto está sujeto a las leyes del aprendizaje (Staats, 1996/1997).

2.4.11. *Salud*. Estado de bienestar completo en la integridad física, mental y social del ser humano, y no solo la ausencia de enfermedades y padecimientos (Taylor, 200/2007). En suma, la capacidad de actuar cotidianamente con bienestar psicosocial y calidad

de vida. Semejante concepción involucra una amplia gama de repertorios de interacción con el ambiente (estilos de vida saludable como principales determinantes de la calidad del bienestar psicológico y físico), tal como la *Organización Mundial de la Salud* viene señalando desde hace décadas (Oblitas, 2010; Reynoso-Erazo, 2015).

2.4.12. *Universidad saludable*. Institución educativa superior que asume la promoción de la salud en su proyecto educativo y laboral, procurando mejorar aspectos del desarrollo humano y la calidad de vida entre los participantes de la comunidad académica, e incluso formarlos para que ellos mismos sean promotores de salud. Por tanto se basa en “un concepto de salud integral, el cual es producto de las relaciones armónicas internas y externas que cada persona logra mantener consigo mismo, con los demás y con el medio ambiente” (Becerra, 2013; p. 290).

2.5. Hipótesis

2.5.1. General

Existen relaciones y/o diferencias significativas entre el locus de control, el patrón de conducta y la asunción de riesgo en jóvenes universitarios.

2.5.2. Específicas

2.5.2.1. Existen diferencias significativas entre los participantes del estudio (por género, edad y año de estudios) en función a su locus de control.

2.5.2.2. Existe relación significativa entre el locus de control y el patrón de conducta A en jóvenes universitarios.

2.5.2.3. Existe relación significativa entre el locus de control y el estilo interactivo de riesgo en jóvenes universitarios.

2.5.2.4. Existen diferencias significativas entre los participantes del estudio (por género, edad y año de estudios) en función a su patrón de conducta A.

2.5.2.5. Existe relación significativa entre el patrón de conducta y el estilo interactivo de riesgo en jóvenes universitarios.

2.5.2.6. Existen diferencias significativas entre los participantes del estudio (por género, edad y año de estudios) en función a su estilo interactivo de riesgo.

CAPITULO III

MÉTODO

3.1. Tipo, método y diseño de investigación

El tipo de investigación es sustantivo porque desarrolla conocimientos a partir de los resultados obtenidos.

Es un método descriptivo-correlacional, descriptivo porque se sistematizan los datos con el propósito de caracterizar, a manera de diagnóstico, cada una de las variables estudiadas. Es correlacional porque los datos se organizan en pares, de forma tal que permitan conocer la intensidad y la dirección de la asociación entre las variables de estudio.

El diseño es también trasversal porque los datos se recopilan en un solo evento en el caso de dos de las pruebas, mientras que la tercera prueba requiere cuatro semanas consecutivas de administración.

3.2. Población

Constituida por 309 estudiantes, 127 varones y 182 mujeres, de edades entre 16 a 25 años, que cursan del primero al tercer año en la Facultad de Psicología, distribuidos de la forma siguiente (tabla 2):

Tabla 2
Distribución de la muestra

	VARONES	MUJERES	TOTAL
1er. AÑO	41	62	103
2do. AÑO	17	35	52
3er. AÑO	69	85	154
TOTAL	127	182	309

3.3. Diseño muestral

De tipo intencional, debido a que una de las pruebas (la de riesgo) requiere de una evaluación experimental longitudinal, durante por lo menos cuatro semanas una vez a la semana.

3.4. Relación entre variables

3.4.1. Variable X: Locus de control.

3.4.2. Variable Y¹: Patrón de conducta tipo A.

3.4.3. Variable Y²: Estilo interactivo de tendencia al riesgo.

3.4.4. Variable de control: Estudiantes universitarios.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

A continuación, se presentan las fichas técnicas de los instrumentos utilizados:

3.5.1. Escala de Locus de Control

- Autores: S. Azzollini y F. González (1995).
- Procedencia: Argentina.
- Administración: Individual o colectiva.
- Duración: Aproximadamente diez minutos.

Descripción: Versión corta adaptada por Bail y Azzollini (2012), compuesta por 12 afirmaciones en una escala tipo likert con cuatro intervalos de respuesta donde sus reactivos 1, 4, 7, 9, 10 y 12 corresponden al locus de control externo (puntuados con acuerdo -3, -2 o -1, y desacuerdo con 3, 2 o 1) y los demás ítems (2, 3, 5, 6, 8, 11) al interno (puntuados de forma inversa). Por lo tanto, un puntaje negativo señala predominancia de un locus de control externo y un puntaje positivo la de uno interno. Esta escala fue planteada en un contexto de estudio de las actitudes hacia la enfermedad de pacientes con diabetes, en relación con su tipo de locus de control y de estrategias de afrontamiento. El locus de control registrado por la investigación fue predominantemente interno, interpretando los autores que va asociado a una actitud más positiva hacia el padecimiento, al suponer cierto grado de responsabilidad y mayor control de la situación sobre la calidadde vida.

3.5.2. Escala de Retiro de Conducta Tipo A (ERCTA)

Autores: C. Rodríguez-Sutil, P. Gil-Corbacho y R. Martínez Arias (1996).

- Procedencia: España.
- Administración: Individual o colectiva.
- Duración: Aproximadamente diez minutos.
- Descripción: Consta de siete ítems de escala de respuesta graduada que deben responderse escogiendo una de cuatro alternativas que van desde una incidencia muy alta hasta muy baja. En el estudio que le da origen, su validez de constructo fue establecida mediante un análisis de componentes principales con rotación varimax, utilizando el SPSS. Analizando el resultado, los autores citados obtuvieron finalmente dos factores (tras el descarte de uno residual representado por el ítem número ocho): "tensión o estrés laboral" (ítems 1, 3, 5, 6) y "nivel de ambiciones profesionales" (ítems 2, 4, 7).

3.5.3. Test de Riesgo Asumido mediante Datos (TRAD)

- Autores: L. Santé y J. Santacreu (2001).
- Procedencia: España.
- Administración: Individual o colectiva.
- Duración: Cuatro sesiones, cada una en distinta semana, aproximadamente diez minutos por sesión.

- Descripción: Tarea diseñada para evaluar experimentalmente el riesgo que asume un individuo al enfrentarse a una tarea en la que una probabilidad de obtener un determinado resultado está asociada con un alto refuerzo y viceversa. Durante un número de ensayos de tirada de dados se le pide a cada sujeto que elija entre distintas modalidades de juego que representan una "apuesta" respecto al resultado, cada una con distinto valor de acierto (respectivamente "opción par / impar" con 2 puntos; "opción suma de los dados igual o superior a 10" con 6 puntos; y "opción suma de los dados igual a 12" con 36 puntos). La evaluación de las respuestas es más confiable si se realiza durante varias oportunidades separadas en el tiempo, puesto que así la posible influencia de cada elección sobre la siguiente se minimiza. El estudio original constató esto, al comparar dos grupos: uno que recibía retroalimentación inmediata sobre los resultados (emitiendo las respuestas más arriesgadas), y otro que solo la recibió al final de cada sesión de diez ensayos semanales (mostrando mayor estabilidad en las ejecuciones). Para efectos del presente estudio, se consideran tres estilos de asunción de riesgo grupal en relación con los puntajes alcanzados de acuerdo a las opciones de respuesta: uno de nivel bajo (EI^1) de 1 hasta 480 puntos, otro de nivel medio (EI^2) de 481 hasta 960 puntos, y finalmente otro de nivel alto (EI^3) de 961 hasta 1440 puntos.

3.6. Procedimiento de recolección de datos

3.6.1. Administración de la Escala de Locus de Control.

3.6.2. Administración de la Escala de Retiro de Conducta Tipo A.

3.6.3. Administración, durante cuatro semanas consecutivas, del Test de Riesgo Asumido mediante Dados, pidiendo a cada participante que elija entre tres modalidades de juego y apuesta durante diez ensayos por sesión, sin darle los resultados ni advertirle explícitamente sobre el tipo de recompensas a recibir en el puntaje.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Concluido el levantamiento de datos de información, los resultados se consignan en una data que permita efectuar el primer análisis respecto a la normalidad estadística, utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov; si los resultados se distribuyen conforme a la normalidad estadística se utilizarán estadísticos paramétricos, de lo contrario, se hará uso de estadísticos no paramétricos para el análisis pertinente. En vista de que los niveles de significancia son menores a 0.05 se asume, de acuerdo con la prueba de bondad del ajuste de Kolmogorov-Smirnov (tabla 3), que la distribución de puntajes no es homogénea, y por ello se utilizan la correlación no paramétrica de Spearman, la diferencia de medias con la prueba U de Mann-Whitney (Siegel y Castellan, 1988/1995).

Tabla 3
Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov

	Estadístico	GI	Sig.
Total A	,093	309	,000
Total LC	,086	309	,000
Total EI	,098	309	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors.

3.8. Confiabilidad y validez de los instrumentos

La confiabilidad de los instrumentos se determinó mediante el *Alfa de Cronbach* de acuerdo con la siguiente nomenclatura, encontrándose en ambos casos un nivel aceptable (0.69 y 0.70 respectivamente) teniendo en cuenta la escasa cantidad de ítems (siete y doce respectivamente) presentes en cada una de las escalas.

Fórmula del Alfa de Cronbach:	Donde:
$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$	K: Número de ítems.
	Si ² : Sumatoria de Varianzas de los ítems.
	St ² : Varianza de la suma de los ítems.
	α: Coeficiente de Alfa de Cronbach.

Cálculo de la confiabilidad de la *Escala de Retiro de Conducta Tipo A*:

$$\alpha = \frac{7}{7-1} \left[1 - \frac{2.92}{7.19} \right] = 0.6928604$$

Cálculo de la confiabilidad de la *Escala de Locus de Control*:

$$\alpha = \frac{12}{12-1} \left[1 - \frac{5.33}{14.89} \right] = 0.700409$$

Respecto a la validez, se determinó a través del criterio de cinco expertos a quienes se les hizo llegar el requerimiento de que juzguen

de manera positiva (1) o negativa (0) cada uno de los ítems de ambas escalas y respectivas subescalas (locus de control externo e interno, estrés y ambición) de acuerdo a sus definiciones proporcionadas, obteniéndose en ambos casos su concordancia total en función al *Coefficiente V de Aiken* (ver tablas 4 y 5).

Tabla 4
Validez de contenido por criterio de jueces: Escala de Locus de Control

Calificaciones de los Jueces							
Ítem	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL	V
1-LCE	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
2-LCI	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
3 LCI	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
4-LCE	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
5-LCI	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
6- LCI	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
7-LCE	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
8- LCI	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
9-LCE	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
10-LCE	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
11- LCI	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
12-LCE	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00

LCI: Locus de Control Interno. Tendencia a percibir una correspondencia relativamente permanente entre la conducta y los cambios contingentes de una situación. Implica mayor responsabilidad y sentimiento de que uno puede influir en las circunstancias.

LCE: Locus de Control Externo. Tendencia a percibir una correspondencia sólo ocasional o parcial entre la conducta y los cambios contingentes de una situación. Atribuye los resultados a la suerte o a causas ajenas.

Tabla 5
Validez de contenido por criterio de jueces: Escala de Retiro de Conducta Tipo A

Calificaciones de los Jueces							
Ítem	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL	V
1-Es	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
2-Amb	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
3-Es	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
4-Amb	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
5-Es	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
6-Es	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
7-Amb	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00

Es: Estrés. Tendencia a experimentar la vida como una exigencia permanente que obliga a ser perfeccionista, competitivo y raudo para actuar y decidir.

Amb: Ambición. Tendencia a movilizarse activamente para conseguir buenos resultados laborales y profesionales.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis e interpretación de resultados

En esta sección se presenta una serie de tablas estadísticas respecto a los resultados encontrados en las correlaciones entre las tres variables con el fin de corroborar las hipótesis formuladas en el estudio, utilizando la herramienta SPSS.

La organización de las tablas se hace correlativamente en función a cada una de las hipótesis formuladas en un capítulo anterior.

4.1.1. Comprobaciones de la primera, la cuarta y la sexta hipótesis (¿Existen diferencias significativas entre los participantes del estudio en función a su conducta tipo A, su locus de control y su estilo interactivo?).

Para las comparaciones se consideraron el género (masculino y femenino), la edad (rangos de 16-20 a 21-25 años), y el año de estudios (primero, segundo y tercero).

Como se puede observar, los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre los participantes del estudio con respecto a su género (tabla 6), sin embargo se encuentra un tamaño

del efecto pequeño en estilos interactivos según sexo a favor de las mujeres (Cohen, 1988).

En edad (tabla 7) hay diferencias solo en conducta tipo A en favor de la edad 1, donde además se halla un tamaño del efecto pequeño.

Tabla 6

Pruebas para diferencias según sexo en conducta tipo A, locus de control y estilo interactivo

	Género	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total A	Varones	127	146,52	18608,50
	Mujeres	182	160,91	29286,50
	Total	309		
Total LC	Varones	127	146,80	18644,00
	Mujeres	182	160,72	29251,00
	Total	309		
Total EI	Varones	127	143,39	18210,00
	Mujeres	182	163,10	29685,00
	Total	309		

Estadísticos de prueba

	Total A	Total LC	Total EI
U de Mann-Whitney	10480,500	10516,000	10082,000
W de Wilcoxon	18608,500	18644,000	18210,000
D	0,16	0,154	0,22
Z	-1,404	-1,352	-1,909
Sig. Asintótica (bilateral)	,160	,176	,056

a. Variable de agrupación: Sexo

Tabla 7

Pruebas para diferencias según edad en conducta tipo A, locus de control y estilo interactivo

Rangos

	Edad	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total A	Edad 1	167	174,71	29176,00
	Edad 2	142	131,82	18719,00
	Total	309		
Total LC	Edad 1	167	161,35	26946,00
	Edad 2	142	147,53	20949,00
	Total	309		
Total EI	Edad 1	167	157,43	26291,00
	Edad 2	142	152,14	21604,00
	Total	309		

Estadísticos de prueba

	Total A	Total LC	Total EI
U de Mann-Whitney	8566,000	10796,000	11451,000
W de Wilcoxon	18719,000	20949,000	21604,000
d	0.493	0.155	0.059
Z	-4,237	-1,361	-,519
Sig. Asintótica (bilateral)	,000*	,174	,604

a. Variable de agrupación: Edad

Tabla 8
Pruebas para diferencias según año de estudios en conducta tipo A, locus de control y estilo interactivo

Rangos			
	Año	N	Rango promedio
Total A	Grupo1	103	169,40
	Grupo2	52	158,99
	Grupo3	154	144,02
	Total	309	
Total LC	Grupo1	103	169,51
	Grupo2	52	128,54
	Grupo3	154	154,23
	Total	309	
Total EI	Grupo1	103	167,23
	Grupo2	52	131,57
	Grupo3	154	154,73
	Total	309	

Estadísticos de prueba

	Total A	Total LC	Total EI
H de Kruskal-Wallis	5,183	7,345	5,508
d	0.205	0.267	0.215
Gl	2	2	2
Sig. Asintótica	,075	,025*	,064

a. Variable de agrupación: Año de estudios

Se encuentran diferencias significativas en cuanto al año de estudios en Locus de control (tabla 8). No se muestra significancia en conducta tipo A y estilos interactivos, sin embargo el tamaño del efecto es pequeño en todas las variables con los años de estudio siendo

favorable para el grupo 1, utilizando el análisis de varianza por rangos de Kruskal-Wallis (Siegel y Castellan, 1988/1995).

4.1.2. Comprobación de segunda hipótesis (¿Existe relación significativa entre el locus de control y el patrón de conducta A en jóvenes universitarios?).

La tabla 9 indica que existe correlación directa con un NS de 0.01 y un tamaño del efecto pequeño entre las variables de locus de control y patrón de conducta A ($,253^{**}$).

Tabla 9

Relación entre el locus de control (LC) y el patrón de conducta A (A) en jóvenes universitarios

		A-TOTAL
	Coeficiente de correlación	$,253^{**}$
	r^2	$,06$
LC-TOTAL	Sig. (bilateral)	$,000$
	N	309

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 10, por otro lado, muestra que hay correlaciones significativas al 0.05 entre las variables de locus de control y "estrés" ($,123^*$) con un TE pequeño; y significancia al 0.01 entre locus de control y "ambición" ($,338^{**}$) con un TE mediano. El factor "estrés", a su vez, se relaciona con "ambición" al NS 0.01 ($,442^{**}$) con un TE mediano.

Tabla 10
Correlaciones entre el LC y las subescalas de A (Estrés y Ambición)

		LC-TOTAL	Estrés	Ambición
LC-TOTAL	Coef. de correlación	1,000	,123*	,338**
	r ²		,015	,114
	Sig. (bilateral)		,030	,000
	N	309	309	309
Estrés	Coef. de correlación	,123*	1,000	,442**
	r ²	,015		,195
	Sig. (bilateral)	,030		,000
	N	309	309	309
Ambición	Coef. de correlación	,338**	,442**	1,000
	r ²	,114	,195	
	Sig. (bilateral)	,000	,000	
	N	309	309	309

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 11
Correlaciones entre A total y las subescalas de LC

		LCI	LCE
A-TOTAL	Coeficiente de correlación	,150*	,140*
	r ²	,022	,0196
	Sig. (bilateral)	,05	,05
	N	309	309

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

La tabla 11 denota correlaciones directas, significativas y con una magnitud del efecto pequeño de la conducta tipo A tanto con el locus de control interno (,140*) como el interno (,150*).

Igualmente, en la relación entre las subescalas de dicho patrón (estrés y ambición) y locus de control (interno y externo) se encuentra que hay, por un lado, relación directa significativa al 0.01 entre la "ambición" y el locus de control interno con un TE mediano y entre ambición y LCE con un TE pequeño. De otro lado el factor "estrés" se relaciona significativamente con el locus interno con un TE pequeño y no se halla relación significativa, ni tamaño del efecto entre estrés y el LCE (tabla 12).

Tabla 12

Relación entre las subescalas del locus de control (LCI - LCE) y del patrón de conducta A (Estrés - Ambición) en jóvenes universitarios

		LCI	LCE
Estrés	Coef. de correlación	,198**	,022
	r ²	,039	,000
	Sig. (bilat)	,000	,705
	N	309	309
Ambición	Coef. de correlación	,303**	,242**
	r ²	,09	,06
	Sig. (bilat)	,000	,000
	N	309	309

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

4.1.3. Comprobación de tercera hipótesis (¿Existe relación significativa entre el locus de control y el estilo interactivo de riesgo en jóvenes universitarios?).

En la tabla 13, respecto a los índices totales de locus de control y estilo interactivo, no se observan relaciones significativas, ni magnitud del efecto.

Tabla 13

Relación entre el locus de control (LC) y el estilo interactivo (EI) de riesgo en jóvenes universitarios

		EI-TOTAL
LC-TOTAL	Coeficiente de correlación	,070
	r ²	,005
	Sig. (bilateral)	,218
	N	309

La siguiente tabla (14) no muestra correlaciones significativas, entre el locus de control total y el estilo interactivo de menor riesgo (EI-1) (-.0.78). Asimismo el TE es nulo.

Tabla 14

Correlaciones entre el LC total y los estilos interactivos de menor y mayor riesgo

		EI-1	EI-3
LC-TOTAL	Coeficiente de correlación	-,078	,065
	r ²	,006	,004
	Sig. (bilateral)	,172	,257
	N	309	309

La tabla que sigue (15) tampoco muestra correlaciones significativas entre los índices del estilo interactivo total y las subescalas del locus de control, sin embargo hay un efecto pequeño con LCI.

Tabla 15
Correlaciones entre el estilo interactivo total y las subescalas de LC

		LCI	LCE
EI-TOTAL	Coeficiente de correlación	,106	,017
	r ²	,011	,000
	Sig. (bilateral)	,063	,766
	N	309	309

La tabla 16 muestra que no hay relación significativa entre los niveles de estilo interactivo bajo y alto (EI-1, EI-3) y los locus de control tanto interno como externo.

Tabla 16
Relación entre las subescalas del locus de control (LCI - LCE) y niveles bajo (EI-1) y alto (EI-3) del estilo interactivo de riesgo

		LCI	LCE
EI-1	Coef. de correlación	-,087	-,015
	r ²	,007	,000
	Sig. (bilat)	,127	,795
	N	309	309
EI-3	Coef. de correlación	,093	,019
	r ²	,008	,000
	Sig. (bilat)	,104	,736
	N	309	309

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

4.1.5. Comprobación de quinta hipótesis (¿Existe relación significativa entre el patrón de conducta y el estilo interactivo de riesgo en jóvenes universitarios?).

En la tabla 17 se observa una relación directa con NS menor a 05 y TE pequeño entre el patrón de conducta A y el estilo interactivo de riesgo (,147*).

Tabla 17

Relación entre el patrón de conducta A y el estilo interactivo de riesgo (EI) en jóvenes universitarios

		EI-TOTAL
	Coefficiente de correlación	,147*
	r ²	,021
A-TOTAL	Sig. (bilateral)	,010
	N	309

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

La tabla 18 da a conocer que existe relación directa y significativa y con TE pequeño entre el estilo interactivo y los factores de "estrés" (,117*) y "ambición" (,130*).

Tabla 18

Correlaciones entre el EI total y las subescalas de la conducta tipo A

		Estrés	Ambición
	Coef. de correlación	,117*	,130*
	r ²	,013	,017
EI-TOTAL	Sig. (bilateral)	,040	,022
	N	309	309

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

A continuación, la tabla 19 señala una correlación directa y significativa con TE pequeño entre el A-Total y el estilo interactivo de mayor riesgo (,136*), y una correlación negativa no significativa con TE nulo entre A y el estilo de menor riesgo (-,087).

Tabla 19
Correlaciones entre A y los estilos interactivos de menor (EI-1) y mayor riesgo (EI-3)

		EI-1	EI-3
	Coeficiente de correlación	-,087	,136*
A-TOTAL	r ²	,007	,018
	Sig. (bilateral)	,125	,017
	N	309	309

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

La tabla 20 evidencia relaciones de tipo significativo entre estrés y ambición (,442**) con TE mediano, y estrés y estilo interactivo alto (,122*) con TE pequeño. De la misma manera, ambición también se correlaciona con NS de 0.05 con el estilo interactivo alto (,242**) con un TE pequeño. En cambio, entre estilos alto y bajo hay una correlación negativa (-,553**) con TE grande.

Tabla 20
Relación entre las subescalas de A (Estrés – Ambición) con EI-1 bajo y EI-3 alto

		Estrés	Ambición	EI-1	EI-3
Estrés	Coef. de correlación	1,000	,442**	,042	,122*
	r ²		,195	,001	,014
	Sig. (bilat)	,000.	,000	,460	,032
	N	309	309	309	309
Ambición	Coef. de correlación	,442**	1,000	-,078	,242**
	r ²	,195		,006	,06
	Sig. (bilat)	,000	,000.	,173	,000
	N	309	309	309	309
EI-1	Coef. de correlación	,042	-,078	1,000	-,553**
	r ²	,001	,006		,31
	Sig. (bilat)	,460	,173	.	,000
	N	309	309	309	309
EI-3	Coef. de correlación	,122*	,242**	-,553**	,1000
	r ²	,014	,06	,31	
	Sig. (bilat)	,032	,000	,000	,000.
	N	309	309	309	309

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

4.2. Discusión de resultados

Los resultados muestran, en primer lugar, que se observan diferencias significativas entre los participantes del estudio en función a su locus de control con respecto al primer año de estudios, y en función al patrón de conducta tipo A respecto a la edad más joven. No la hay en cuanto al género.

Esto no concuerda con algunos datos específicos anteriores, aunque sí con una perspectiva más amplia. Dada la índole de la información conocida sobre todas las variables comprendidas en esta tesis, el asunto puede considerarse desde el punto de vista de la historia de la investigación relativa a las diferencias sexuales (Larsen y Buss, 2005; Roberts, Walton y Viechtbauer, 2006), concluyendo que las muchas investigaciones en términos de magnitud del efecto que se han hecho tratando de encontrar diferencias significativas y constantes entre hombres y mujeres, han sido vacuas por su escasez, yendo a parar a una dicotomía interpretativa de extremos "minimalista- maximalista" más basada en *posiciones de principio* que en certidumbres empíricamente sustentadas. Los resultados presentes apoyarían más la posición minimalista, según la cual las distribuciones de los datos globales obtenidas por las investigaciones en cualquier variable de personalidad solo indican mínimas diferencias, cuando las hay, siendo mayor la similitud entre géneros. No se descarta, sin embargo, que a nivel de un análisis de "grano fino" como el que pide Del Giudice (2015; p. 751) puedan hallarse resultados más fuertes y reconocibles (lo que no es el caso de la presente investigación).

En cuanto al locus de control, el resultado es consistente con investigaciones anteriores, como consta en la revisión reportada por Matud, Bethancourt, López e Ibáñez (2007), donde no se suele hallar diferencias del locus entre hombres y mujeres, ni en la edad, y sí una diferencia menor en el grado de estudios, pero ésta evaluada en grandes segmentos de tiempo. Únicamente en aspectos de ideas sobre elección de pareja parece haber un ligeramente mayor locus de control interno por parte de los hombres, pero aun así cuestionado por poder

“estar propenso a la deseabilidad social” en cuanto a las respuestas a un test (Padilla, Díaz, Reyes, Cruz y Padilla, 2018; p. 234).

Respecto a la conducta tipo A, los autores de la escala ERCTA (Rodríguez, Gil-Corbacho y Martínez, 1996) apuntan que, en general con respecto al género, los varones puntúan más alto que las mujeres. También de acuerdo con la revisión del tema en nuestro país realizada por León y Sirlopú (1996), los varones suelen mostrar promedios más altos que las mujeres (ver también Gil-Lacruz e Izquierdo (2004, p. 75), pero sin embargo en su propia investigación los mismos León y Sirlopú obtuvieron datos totalmente contrarios, afirmando que “las mujeres del grupo con el que hemos trabajado presentan en promedio un puntaje mayor en conducta Tipo A que los varones” (p. 199).

Tampoco en la tendencia al riesgo se observan aquí diferencias significativas, contradiciendo algunos metaanálisis. Como señala Del Giudice (2015), en investigaciones realizadas por los equipos de Byrnes en 1999 y de Cross en 2011, se encontró que los niveles generales de toma de riesgos son más altos en los hombres que en las mujeres, pudiendo decirse que “las diferencias de género en la toma de riesgos no se limitan a disposiciones estables, sino que se extienden al papel de los factores contextuales en la determinación de actitudes de momento a momento hacia el riesgo. Por ejemplo, varios estudios han demostrado que el estrés agudo tiende a aumentar el riesgo en los hombres, pero disminuye en las mujeres” (p. 752). La razón de que en el presente estudio no se hayan registrado diferencias puede deberse a que las condiciones en que se tomaron los datos fueron de tal manera exigentes (de “contingencias abiertas”), que hayan involucrado impulsividad “ciega” de los sujetos al responder, y es conveniente

recordar que en las mismas investigaciones citadas por Del Giudice las diferencias de género encontradas en cuanto a impulsividad "fueron considerablemente menores" (p. 752).

Siguiendo con la discusión de resultados, es remarcable que en la relación entre el locus de control y el patrón de conducta tipo A totales y a nivel de subescalas, aparece un grado considerable de asociación, siendo mayor la correlación entre el factor "ambición" y el locus de control interno. Ello a pesar de que, de acuerdo con resultados reportados por Fisfalen (2016) en una muestra de estudiantes de la Universidad Nacional de Ingeniería, se dice que el locus de control externo es el que correlaciona con una alta motivación al logro. Pero lo cierto es que según todos los indicadores de sentido común y especializados, es al revés: la autopercepción de eficacia y de control en el individuo se asocian a alto estatus, y, por lo tanto, a la motivación al logro y a altas aspiraciones de progreso personal (Nwachukwu, 1995; Espíritu y Moreno, 2010; Aybas y Kirbaslar, 2014). Por lo tanto, parecen ser más confiables los resultados del presente estudio.

Las relaciones entre el locus de control y el estilo de riesgo, por su parte, no presentan significatividad a nivel total ni parcial. Es, pues, un resultado extraño, que contrasta con la aserción de que: "El tipo de locus de control que posea una persona estará estrechamente relacionado con la percepción de vulnerabilidad que se tenga frente al riesgo", percibiendo mejor la posibilidad de evitarlo y sufriendo menos accidentes, citando estudios de Puyal (2001) y de Ortín, Olmedilla, Garcés e Hidalgo (2008), hechos en ámbitos laborales y deportivos (Cataldo, Herrera, Rojas, Rojo, Gutierrez y Bargsted, 2012; p. 54). Dejando de lado la posibilidad de que

muchos de los sujetos de la muestra elegida puedan haber respondido de manera displicente a la prueba de asunción de riesgo utilizada en este trabajo, sesgando el resultado; podría argüirse que tanto los individuos con predominancia de control interno como los de externo tendrían sus propias razones para puntuar de manera diversa en una prueba de contingencias abiertas (es decir adivinando), evidenciando las relaciones con su propensión riesgosa de manera particular. Así, varios sujetos de control interno podrían haber evitado responder de manera reflexiva previendo que sus probabilidades de tener éxito en sus "apuestas" (y por consiguiente su influencia en los resultados) eran muy limitadas, y varios sujetos de control externo podrían haber pensado que les daba igual contestar como fuera porque todo dependía de su suerte. Sin embargo, no deja de ser interesante que se detecta una relación negativa no significativa entre locus de control interno y estilo alto de riesgo, lo cual indicaría una ligera tendencia conductual (quizá evidenciable con una muestra mayor) incompatible entre el ejercicio de ese locus y la adopción de riesgos. Esto es, individuos con mayor autocontrol serían más cautelosos al elegir caminos inciertos.

Por último, se puede notar que el patrón A y el estilo interactivo de riesgo se correlacionan entre sí, aunque de manera moderada, específicamente con el estilo de mayor riesgo. Esto sí es coherente con lo esperado, ya que, según muestran muchas investigaciones (véase la revisión de Samadypoor y Kord, 2016), dos de las características más saltantes de la conducta tipo A son la impaciencia y el deseo de competitividad sin medir consecuencias, lo cual fomentaría la tendencia a responder sin cuidar mucho de ellas. Al respecto, es inquietante la posibilidad de que los jóvenes universitarios que estudian psicología

exhiban esa tendencia que, claramente, atentaría contra el cuidado de su salud personal. Éste sería un punto por ahondar en futuras investigaciones.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La conclusión general que se desprende del estudio es que sí se encuentran relaciones significativas de diversa intensidad entre algunas de las subescalas del locus de control, el patrón de conducta y el nivel de estilo interactivo de riesgo, mientras que, en cambio, las diferencias entre los participantes no influyen mayormente. Las relaciones encontradas se detallan en los siguientes puntos:

1. La hipótesis N° 1 se confirma parcialmente, encontrando relación significativa en los participantes del estudio en función a su locus de control con respecto a su primer año de estudios. Presumiblemente, el período de "ajuste" que implica el primer año de vida universitaria pone en alerta la expectativa del estudiante frente a lo vivido.

2. Existe un grado de correlación alta entre las variables de locus de control y el patrón de conducta A. En este contexto, se ven relaciones significativas de la conducta tipo A tanto con el locus de control interno como con el externo. Por otra parte, las subescalas del patrón A (estrés y ambición) se relacionan más fuertemente con el locus de control interno, lo cual confirma que los jóvenes de ambos géneros con sentimiento de independencia y seguridad en lo que hacen son más emprendedores, exigentes y preocupados por su rendimiento y el de quienes los rodean. Igualmente, como es lógico dado que ambos factores

forman parte de la conducta A, el "estrés" se relaciona altamente con la "ambición". Esto último ocurre también con los locus de control interno y externo.

3. Se rechaza la hipótesis N° 3. No hay evidencia de relación significativa positiva entre el locus de control y el estilo interactivo de riesgo en jóvenes universitarios. Por el contrario, sí aparece una correlación negativa entre el locus de control total y el estilo interactivo de menor riesgo. Esto parecería indicar que quienes se resguardan de buscar consecuencias en situaciones de incertidumbre también evaden, en cierto modo, la percepción clara de una auto-afirmación individual con respecto a sus responsabilidades. También los niveles de estilo interactivo bajo y alto muestran, como es lógico, relación significativa negativa.

4. Se confirma parcialmente la hipótesis N° 4, encontrando evidencia de relación significativa entre los participantes del estudio en función a su patrón de conducta A con respecto a su edad. Así, los estudiantes más jóvenes parecen mostrar mayor activación emocional.

5. Existe una leve relación significativa entre el patrón de conducta A y el alto estilo interactivo de riesgo en jóvenes universitarios. Esta relación se concreta en particular entre ese grado de estilo interactivo y los factores de "estrés" y "ambición" del patrón A, siendo mayor en el segundo caso. Se advierte, entonces, una tendencia de los jóvenes de ambos géneros con rasgos de impaciencia y competitividad a preferir interactuar con ciertos tipos de contingencias con probabilidades de consecuencias de mayor valor ante opciones de mayor incertidumbre. Los estilos alto y bajo presentan obviamente una fuerte correlación negativa, y, asimismo, se observa una correlación negativa no

significativa entre A y el estilo de menor riesgo.

6. Se rechaza la hipótesis N° 6. No hay evidencia de diferencias significativas entre los participantes del estudio en función a su estilo interactivo de riesgo, con respecto a su género, edad y año de estudios.

Recomendaciones

Como recomendación principal, la idea es sugerir que se sigan haciendo estudios referentes a variables personales en el sentido indicado en la introducción a esta tesis y en su justificación práctica, sobre todo en relación con la asunción de cuidados y riesgos de salud.

Adicionalmente a ello, emprender estudios sistemáticos ampliando las muestras utilizadas y escogerlas en diferentes universidades del Perú, con el fin de generalizar mejor los resultados. También utilizar instrumentos que midan otras disposiciones y, si es posible, a nivel más específico y desarrollar programas preventivo-promocionales de acuerdo con el modelo biopsicosocial de salud, incidiendo en el entrenamiento de habilidades de autocontrol. La idea general es que reconocer estos problemas de salud pública, a la vez que impacta significativamente sobre la calidad de la vida de individuos específicos, también lo hace sobre su productividad, vida familiar y economía.

REFERENCIAS

- Alayo, M., Bambarén, E., Gueiler, M., Magill, F., Sueiro, R., Valdivieso, M. y Vera, E. (2013). *Guía universidades saludables*. Comisión de Comunidades Saludables del Consorcio de Universidades.
- Alfaro, P. F. (2011). *Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Alvarado, R. (2003). El rol del locus de control como factor moderador en trastornos ansiosos y depresivos en los adultos mayores. *Psykhé*, 13(1), 57-64.
<http://www.redae.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/20343/16817>
- Amigo, I. (2015). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Andrade, P. P. y Reyes, L. I. (1996). Locus de control y orientación al logro en hombres y mujeres. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 12(1-2), 75-84.
- Asociación de Psicología Americana (2010). *Diccionario conciso de psicología*. El Manual Moderno.

- Arend, I, Botella, J., Contreras, M. J., Hernández, J.M. y Santacreu, J. (2003). A betting dice test to study the Interactive style of risk-taking behavior. *The Psychological Record*, 53, 217-230. <https://doi.org/10.1007/bf03395441>
- Arrivillaga, M. Salazar, I. y 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. <https://www.redalyc.org/pdf/283/28334403.pdf>
- Arroyo, A (2015). *La Salud Hoy: Problemas y Soluciones*. CENTRUM Católica - Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Arroyo, H. y Rice, M. (Eds.) (2009). *Una nueva mirada al movimiento de universidades promotoras de la salud en las Américas*. Documento de trabajo desarrollado para el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud. Organización Panamericana de la Salud.
- Aybas, M, & Kirbaslar, M. (2014). The effect of ambition, internal locus of control and innovativeness on self-perceived employability. *Research Journal of Business and Management*, 1(4), 353-357. <https://www.researchgate.net/publication/303863256> [THE EFFECT OF AMBITION INTERNAL LOCUS OF CONTROL AND INNOVATIVENESS ON SELF-PERCEIVED EMPLOYABILITY](https://www.researchgate.net/publication/303863256) Keywords HIRS IC KONTROL ODAKLILI

K VE YENILIKCILIGIN IS GUCU PIYASASI ADAYLARININ ISTIHDAM
EDILEBILI

Azzollini, S. y González, F. (1995). La televisión y los valores prosociales. En: S. Azzollini, F. González, S. Barbosa, C. Coppa, M. Ares y M. Alonso. La educación y el mensaje televisivo (127-142). Fundación Navarro Viola.

Azzollini, S. y Bail, B. (2012). La relación entre el locus de control, Las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos. *Anuario de Investigaciones, XVII*, 267-297.
<https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139946019.pdf>

Banda, A. L., Morales, M. A., Betancourt, R. A. y Del Castillo D. M. (29 al 31 de octubre 2012). Influencia bidireccional entre los factores de participación social y calidad de vida. En E.H. Carro (Ed.). *Memorias del 1er. Congreso Nacional de Ciencias del Comportamiento. Retos y alcances de la investigación conductual* (403-724). Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Bail, V. y Azzollini, S. (2012). Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Argentina de Salud Pública*, 3(10), 15-23.
<http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen10/Pupko.pdf>

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52,1-26.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>

- Bandura, A. (Ed.) (2010). *Auto-eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Desclée de Brouwer.
- Barraza, A. (2008). Construcción y validación inicial de la Escala de Personalidad Estudiantil Tipo A. *Revista Electrónica Psicología Científica*. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/personalidad-tipo-a-escala-estudiantil/>
- Becerra, S. (2013). Universidades saludables: Una apuesta a una formación integral del estudiante. *Revista de Psicología*, 31(2), 287-314. <http://doi.10.18800/psico.201302.005>
- Becker, G. (1988). A theory of rational addiction. *Journal of Political Economy*, 96, 675-700. <http://dx.doi.org/10.1086/261558>
- Bermúdez, J. (2002). *Psicología de la personalidad*. UNED.
- Berrios-Martos, M. P. y García-Martínez, J. M. (2006). Efecto de la congruencia entre el patrón de conducta tipo A y el tipo de tarea en el rendimiento y la satisfacción. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 271-284. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v38n2/v38n2a04.pdf>
- Boyer, T. W. (2006). The development of risk-taking: A multiperspective review. *Developmental Review* 26, 291-345. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2006.05.002>
- De Grande, P. (2014). Reflexiones sobre la interpretación del concepto de locus de control en investigación social. *Pensando Psicología*, 10(17), 127-134. <http://dx.doi.org/10.16925/pe.v10i17.795>

- Díaz, G. y Enriquez, Y. (2017). La necesidad de renovar el sistema de atención de salud mental desde un enfoque integral. *Casus*, 2(1), 7-10. <https://doi.org/10.35626/casus.1.2017.29>
- Calvo, F., Alemán, J. Alemán, S. y Ojeda, B. (2002). *Estudio epidemiológico de los factores de riesgo psicosociales de las enfermedades cardiovasculares. El patrón de conducta tipo A y el síndrome AHI en la comunidad autónoma canaria*. Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas.
- Carmona, F. J. Sanz, L. J. y Marín, D. (2002). Patrón de conducta tipo "A" y patología coronaria. *Psiquis*, 23(1), 18-26.
- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. y Canales, C. (2000). Calidad de vida: Un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense de Psicología*, 14(1-2), 3-15. https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Flores-33/publication/242412517_Calidad_de_vida_Un_analisis_de_su_dimension_psicologica_Quality_of_life_An_analysis_of_its_psychological_dimension/links/02e7e5320a3d487d51000000/Calidad-de-vida-Un-analisis-de-su-dimension-psicologica-Quality-of-life-An-analysis-of-its-psychological-dimension.pdf
- Cataldo, F.; Herrera, D.; Rojas, D.; Rojo, D.; Gutierrez, X. y Bargsted, M. (2012). La evaluación de la propensión al riesgo ¿es confiable el uso del "Test de Alerta"? Estudio exploratorio en trabajadores de servicios a la minería, *Salud & Sociedad*, 3(1), 50-64.

- Catell, R. y Kline, P. (1977/1982). *El análisis científico de la personalidad y la motivación*. Pirámide.
- Collins P., Patel, V., Joesti, S. S., March, D., Insel, Th.R., Daar, A.S., Bordin, I.A., et al. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475(7354), 27-30.
- Contreras, M. (2005). *Estudio del estilo interactivo de perseverancia*. Tesis de Maestría en Ciencia del Comportamiento. Guadalajara.
- Corona, F. y Peralta. E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Condes*, 22(1), 68-75.
- Cortés, A., Romero, P., Hernández, R. y Hernández, R. (2004). Estilos interactivos y desnutrición: Sistema de observación para la detección de riesgo en el infante. *Psicología y Salud*, 14(1), 57-66.
- Costa, M. y López, E. (2008). *Educación para la salud*. Pirámide.
- Chau, A. W. & Phillips, J. G. (1995). Effects of perceived control upon wagering and attributions in computer blackjack. *Journal of General Psychology*, 122(3), 253-269.
<http://search.proquest.com/openview/4ce57ed5176b1909515d67a2ef04b1ed/1?pq-origsite=gscholar>
- Cueto, S.; Saldarriaga, V. y Muñoz, I. G. (2011). Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: Un enfoque longitudinal. En Grupo de Análisis para el Desarrollo (Ed.): *Salud, interculturalidad y comportamientos de riesgo* (pp. 119-164). GRADE.

- Darshani, R. K. (2014). A review of personality types and locus of control as moderators of stress and conflict management. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 4(2), 1-8. <http://www.ijsrp.org/research-paper-0214/ijsrp-p2658.pdf>
- Del Giudice, M. (2015). Gender differences in personality and social behavior. In J.D. Wright (Ed.). *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (pp.750-756). Elsevier Health Sciences.
- Del Pino, A. (2006). La evaluación del patrón de conducta tipo A. En V. E. Caballo (Dir.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pp. 451-471). Pirámide.
- Díaz, G. y Enríquez, Y. (2017). La necesidad de renovar el sistema de atención de salud mental desde un enfoque integral. *Casus*, 2(1), 7-10. <https://doi.org/10.35626/casus.1.2017.29>
- Díaz, S. P., Rodríguez, L. N. y Valencia, A. M. (2015). Análisis de publicaciones en promoción de la salud: Una mirada a las tendencias relacionadas con prevención de la enfermedad. *Revista Gerenc. Polít. Salud.*, 14(28): 32-47. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps18-28.apps>
- Escovar, L. A. (1979). Efectos del foco de control sobre la fijación de metas y la ejecución de tareas de habilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 11(3), 333-342. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80511302.pdf>

- Espíritu, R. y Moreno, H. M. (2010). *La influencia de los rasgos de personalidad riesgo, control interno y necesidad de logro en la intención emprendedora: Un estudio empírico con estudiantes universitarios*. En XV Congreso Internacional de Contaduría, Administración e Infomática (pp. 3-33). Universidad de Colima, México.
- Fisfalen, M. H. (2016). Relación entre motivación, locus de control, hábitos de estudio y rendimiento en estudiantes universitarios de la Facultad de Ingeniería Industrial y de Sistemas de la Universidad Nacional de Ingeniería. *Tecnia*, 26(1), 45-56. <https://doi.org/10.21754/tecnica.v26i1.6>
- Friedman, M. (1977). Type A behavior pattern: Some of its pathophysiological components. *Bulletin of The New York Academy of Medicine*, 53(7), 593-604. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1807381/pdf/bullnyacadmed00143-0005.pdf>
- Friedman, M. & Rosenman, R. H. (1974). *Type A Behavior and your Heart*. Knopf.
- Galdames, S, Jamet, P., Bonilla, A., Quintero, F. y Rojas, V. (2019). Creencias sobre salud y prácticas de autocuidado en adultos jóvenes: estudio biográfico de estilos de vida. *Hacia Promoción de Salud*, 24(1), 28-43. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.1.4>

- Gil-Lacruz, M. e Izquierdo, A. (2004). Intervención en el patrón de conducta tipo A: Un modelo interdisciplinar. *Persona*, 7, 71-85.
<https://doi.org/10.26439/persona2004.n007.889>
- Ghorbani, H. A., Ahmadi, T. A. & Shayan, N. (2011). Relationship between Type A Personality and Mental Health. *Procedia. Social and Behavioral Sciences* 30, 2010-2018.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.390>
- Gómez, A. (2017). Predictores psicológicos del autocuidado en salud. *Hacia Promoción de Salud*, 22(1): 101-112.
<http://doi.10.17151/hpsal.2017.22.1.8>
- Guba, E. (1991/2019). *El diálogo del paradigma alternativo*.
<https://investigacionubv.files.wordpress.com/2012/03/el-dic3a1logo-del-paradigma-alternativo.pdf>
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1994/2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. Denman & J.A. Haro (Comps.). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). Sonora.
- Hayes, S. C., Hayes, L. & Reese, H. W. (1988/2016). Finding the phylosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses. In S.C. Hayes (Ed.). *The act in context: The canonical papers of Steven C. Hayes* (pp. 57-77). Routledge.
- Helsloot, I., Vlagsma, J. & Kraaijenbrink, S. (2017). *Risk analysis higher education institutions. An integral analysis of the risks for*

higher educational institutions. <https://integraalveilig-ho.nl/wp-content/uploads/Risk-analysis-HEIs.pdf>

Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill.

Herrera, B., Galindo, O, y Lerma, A. (2018). Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A en pacientes con enfermedades cardiovasculares: propiedades psicométricas. *Psicología y Salud*, 28(1), 121-130. <https://integraalveilig-ho.nl/wp-content/uploads/Risk-analysis-HEIs.pdf>

Inga, J. y Montes de Oca, H. (2013). Una aproximación interconductista al estudio de la personalidad: Construcción y adaptación de una lista de chequeo conductual de estilos interactivos. En J. Anicama y R. Briceño (Eds.). *Fortaleciendo la psicología como ciencia y profesión: IV congreso Internacional de Psicología* (pp. 56-62). Universidad Autónoma del Perú.

Jie, CH. Y., Yi, L. L. & Yi-Chun, L. (2016). Effects of locus of control on behavioral intention and learning performance of energy knowledge in game-based learning, *Environmental Education Research*, 23(6), 886-899. <https://doi.org/10.1080/13504622.2016.1214865>

Joseph, I., Gierlach, E., Housley, J. & Beutler, L. (2005). La evolución de un campo: Examen del desarrollo y la aceptación de la

psicología clínica de la salud. *Papeles del Psicólogo*, 26(91), 39-46. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77809107>

Ihinmoyan, T., Uba, D. & Olatunji, O. D. (2018). The influence of type a behaviour and locus of control of conflict resolution strategies among SME employees in Ondo State. *European Journal of Business and Management*, 10(26), 31-36. <https://core.ac.uk/download/pdf/234628557.pdf>

Kantor, J. R. (1959/1978). *Psicología interconductual*. México: Trillas.

Kantor, J. R. & Smith, N. W. (1975/2015). *La ciencia de la psicología: Un estudio interconductual*. Universidad de Guadalajara.

Kirkcaldy, B. D., Shephard, R. J. & Furnham, A. F. (2002). The influence of Type A behavior and locus of control upon job satisfaction and occupational health. *Personality and Individual Differences* 33(8):1361-1371. [http://doi:10.1016/S0191-8869\(02\)00018-1](http://doi:10.1016/S0191-8869(02)00018-1)

Lakatos, I. (1978/1989). *La metodología de los programas de investigación científica*. Alianza.

Larsen, R. J. & Buss, D. M. (2005). *Psicología de la personalidad. Dominios del conocimiento sobre la naturaleza humana*. McGraw-Hill Interamericana.

León, R. y Sirlopú, D. (1996). Diferencias de género en el patrón de conducta Tipo A en un grupo de estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología de la PUCP*, XIV(2), 183-209. <https://doi.org/10.18800/psico.199602.003>

- Lévano, J. R. (2003). *El patrón de conducta Tipo A y tipo B y los estilos de afrontamiento al estrés en una muestra de personal militar*. Lima, Tesis para optar el Grado de Magíster en Psicología Clínica y de la Salud.
- López, C., Martín, J. C. y Garriga, A. (2012). La aplicación de tratamientos eficaces en servicios públicos de salud mental. En F. J. Labrador y M. Crespo (Coords.). *Psicología clínica basada en la evidencia* (pp.185-207). Pirámide.
- Machado, J. (2001). *La universidad saludable*. *Revista de Ciencias Humanas*, 26.
<http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev26/machado.htm>
- Maguiña, C. y Galán-Rodas, E. (2011). Situación de la salud en el Perú: La agenda pendiente. *Rev. Peru Med. Exp. Salud Pública*. 28(3), 564-70. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2011.283.544>
- Matud, M. P., Bethancourt, J. M., López, J. e Ibáñez, L. (2007). Relevancia del género y de las variables sociodemográficas en locus de control y en factores motivacionales relativos al área laboral. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33, 51-66.
<https://doi.org/10.33776/amc.v33i147.1206>
- Martin-Aragón, M., Quiles, Y. y Bernabé, M. (2012). Creencias de control. En M. del C. Terol, Y. Quiles y M. V. Pérez (Coords.). *Manual de evaluación psicosocial en contextos de salud* (pp. 17-52). Pirámide.

- Ministerio de Salud (2010). *Documento técnico: Promoviendo universidades saludables*. Lima: Ministerio de Salud. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/promovUniverSaludables.pdf>
- Mischel, W. (2013/2014). *El test de la golosina: Cómo entender y manejar el autocontrol*. Debate.
- Montgomery, W. (2007). La psicología de la conducta y el fomento de la salud integral comunitaria. *Nuevos Paradigmas. Revista Psicológica de Actualización Integral*. 1(1), 130-135. <https://es.scribd.com/document/6220270/La-psicologia-de-la-conducta-y-el-fomento-de-la-salud-integral-comunitaria>
- Montgomery, W. (2008). Teoría, investigación y aplicaciones clínicas del autocontrol. *Revista de Investigación en Psicología*, 1(2), 215-225. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v11i2.3850>
- Montgomery, W. (2011). La economía conductual y el análisis experimental del comportamiento de consumo. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(1), 281-292. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v14i1.2088>
- Montgomery, W. (2014). *Teoría, evaluación y cambio de la conducta*. Asociación de Psicología Teórica, Tecnológica y Aplicada Internacional. https://kupdf.net/download/teoria-evaluacion-y-cambio-de-la-conducta_597d30d0dc0d60c7532bb17f_pdf

- Montgomery, W. (2017). La unidad analítica de la personalidad: ¿Repertorios conductuales básicos o estilos interactivos? *Interacciones*, 3, 151-159. <https://doi.org/10.24016/2017.v3n3.78>
- Montgomery, W. (2018). *Conductismo: Un análisis paradigmático*. Saxo. https://drive.google.com/file/d/1hoY65Ckj-3Npi6-IWZYI3sDxp2dPhmL3/view?fbclid=IwAR3g-x7IgpYmUFxKcoLbWX2VONImouIyGh0cu_kv09koIZgUb_2W6FSonPk
- Moreno, E. y Gil Roales-Nieto, J. (2003). El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 91-109. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105>
- Muñoz, M., Ausín, B. y Pérez-Santos, E. (2012). La detección de trastornos de salud mental por el psicólogo de familia. En L. M. Llavona y F. X. Méndez (Coords.). *Manual del psicólogo de familia* (pp. 375-404). Pirámide.
- Nwachukwu, O. (1995). CEO locus of control, strategic planning, differentiation, and small business performance: A test of path analytic model. *Journal of Applied Business Research*, 11, 9 -15. <https://doi.org/10.19030/jabr.v11i4.5842>
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Cengage Learning.

- Obregón, F. J. (1996). Las creencias como un factor disposicional del comportamiento. *Revista sonorensis de Psicología*, 16(1-2), 43-48.
- O'Donoghue, T. & Rabin, M. (2000). Risky behavior among youths: Some issues from behavioral economics. In J. Gruber (Ed.). *Risky behavior among youth: An economic analysis*. University of Chicago Press.
- O'Donohue, W. (2013). *Clinical Psychology and the Philosophy of Science*. Springer.
- Oficina General de Imagen Institucional de la Universidad nacional Mayor de San Marcos (19/09/2018). *Nota de prensa N.º 023-2018*.
[file:///C:/Users/Equipo/AppData/Local/Temp/Pronunciamiento_Salud_Mental_\(C\).pdf](file:///C:/Users/Equipo/AppData/Local/Temp/Pronunciamiento_Salud_Mental_(C).pdf)
- Orbegoso, B. I. (2012). *Conductas de riesgo convencionales*. CEDRO.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2016/2017). *Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: Contribución a los objetivos de desarrollo sostenible*. Francia: UNESCO.
<http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002464/246453s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana*.
http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Documento conceptual: Educación para la salud con enfoque integral. Concurso de*

experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las Américas.

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=38855&Itemid=270&lang=en

Oros, L. B. (2005). Locus de control: Evolución del concepto y su operacionalización. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XIV(1), 89-98. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2005.17338>

Ortín, F. J., Olmedilla, A., Garcés, E. J. e Hidalgo, M. D. (2008). Locus de control y vulnerabilidad a la lesión en fútbol semiprofesional y profesional. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 8(2), 101-112. <https://www.redalyc.org/pdf/2270/227017639006.pdf>

Padilla, N. y Díaz, R. (2011). Funcionamiento familiar, locus de control y patrones de conducta sexual riesgosa en jóvenes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 309-322. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29222521007.pdf>

Padilla, J. A., Díaz, R., Reyes, I., Cruz, E. y Padilla, N. (2018). Locus de control en la elección de pareja: Una validación etnopsicométrica. *Revista de Psicología*, 36(1), 217-238. <https://doi.org/10.18800/psico.201801.008>

Páez, D., Ubillos, S. y Pizarro, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del SIDA. *Revista de*

Psicología General y Aplicada, 47(2), 141-149.

https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n4/esp_sida.pdf

Peña, D. (2004). Necesidad de control: Análisis conceptual y propuesta experimental. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 70-91.

<https://es.scribd.com/document/358841703/Necesidad-de-control-Analisis-conceptual-y-propuesta-experimental-pdf>

Pepper, S. C. (1942). *World Hypotheses: A study in evidence*. University of California Press.

Phares, E. J. (1957). Expectancy changes in skill and chance situations. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 54(3), 339-342.

<https://doi.org/10.1037/h0045684>

Piña, J. A. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: Justificación y desarrollo. *Univ. Psychol.*, 7(1). 19-32. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n1/v7n1a03.pdf>

Piña, J. A. (2015). Teorías generales y modelos psicológicos. Surelación con el ámbito de conocimiento en psicología de la salud. En E. Camacho, L. Reynoso y J. A. Piña (Coords.). *Análisis teórico y experimental en psicología y salud*. (pp. 17-43). Universidad de Sonora.

Puyal, E. (2001). La conducta humana frente a los riesgos laborales determinantes individuales y grupales. *Fundación Dialnet*, 12, 157-184. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.200112199

Quillas, K, Vásquez, C. y Cuba, M. S. (2017). Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria. *Acta Médica Perú; 34(2)*, 125-131.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n2/a08v34n2.pdf>

Rat C., Hild S., Gaultier A., Khammari, A., Bonnaud-Antignac, A., Quereux, G., Dreno, B. & Nguyen, J.M. (2017). Anxiety, locus of control and sociodemographic factors associated with adherence to an annual clinical skin monitoring: a cross-sectional survey among 1000 high-risk French patients involved in a pilot targeted screening programme for melanoma. *BMJ Open 7(10)*, 1-8.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016071>

Rezk, M. (1980). Autocontrol: Nociones básicas e investigación fundamental. En R. Ardila (Comp.). *Terapia del comportamiento: Fundamentos, técnicas y aplicaciones* (pp. 187-194). Bilbao: Descleé de Brouwer.

Reynoso, L. (2015). Medicina conductual, salud conductual y prevención de las enfermedades cardiovasculares. En J. L. Ybarra, L. A. Orozco y A. I. Valencia (Eds.). *Intervenciones con apoyo empírico: Herramienta fundamental para el psicólogo clínico y de la salud* (pp. 169-185). México: El Manual Moderno.

Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.

Ribes, E. (1990). La individualidad como problema psicológico: El estudio de la personalidad. *Revista Mexicana de Análisis de la*

Conducta, 16, 7-24.

<https://www.redalyc.org/pdf/2430/243016315002.pdf>

Ribes, E. (1992). *El estilo interactivo de las consistencias individuales: Una aproximación alternativa al análisis de la personalidad como conducta*. Comunicación presentada en el III Congreso Internacional de Asociaciones de Terapia y Modificación del Comportamiento en países de lenguas latinas. 6-8 de mayo, Tolouse, Francia.

Ribes, E. (2000). Las psicologías y la definición de sus objetos de conocimiento. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, 367-387. <http://doi.10.5514/rmac.v26.i3.23502>

Ribes, E. (2005). ¿Qué es lo que se debe medir en psicología? La cuestión de las diferencias individuales. *Acta Comportamentalia*, 13, 37-52. <https://www.redalyc.org/pdf/2745/274520138004.pdf>

Ribes, E. (2008). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Martínez Roca. Orig. 1990.

Ribes, E. (2009). La personalidad como organización de los estilos interactivos. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(2), 145-161. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243016315002.pdf>

Ribes, E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual. Una introducción a la teoría de la psicología*. El Manual Moderno.

Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta. Un análisis paramétrico y de campo*. Trillas.

- Rivero, Z. L. (2011). Autoeficacia y locus de control: Variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 43-56. <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a05.pdf>
- Roberts, B., Walton, K. E. & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality trait across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132, 1-25. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.1>
- Rodríguez, C., Gil-Corbacho, P. y Martínez, R. (1996). Presentación de la escala retiro de patrón de conducta tipo A (ERCTA). *Psicothema*, 8(1), 207-213. <http://www.psicothema.com/pdf/16.pdf>
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28 <https://doi.org/10.1037/h0092976>
- Ruiz, F. J., García, M. B., Suárez, J. C. y Odriozola, P. (2017). The Hierarchical Factor Structure of the Spanish Version of Depression Anxiety and Stress Scale -21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 97-105. <https://www.ijpsy.com/volumen17/num1/460/the-hierarchical-factor-structure-of-the-EN.pdf>
- Ryle, G. (1949/1967). *El concepto de lo mental*. Paidós.

Santacreu, J.; Hernández, J.M.; Adarraga, P. y Márquez, M.O (2002).

La personalidad en el marco de una teoría del comportamiento humano. Pirámide.

Santacreu, J. Rubio, V.J. y Hernández, J.M. (2004). Evaluación objetiva

de la personalidad: Una alternativa a los cuestionarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 803-825.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1149145>

Sante, L. y Santacreu, J. (2001). La eficacia (o la suerte) como

moduladora en la evaluación del riesgo interactivo: Tendencia al riesgo. *Acta Comportamentalia*, 9, 163-168.

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/14637/13939>

Siegel, S. y Castellan, N. J. (1988/1995). *Estadística no paramétrica,*

aplicada a las ciencias de la conducta. Trillas.

Skinner, B. F. (1953/1971). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona:

Fontanella.

Skinner, B. F. (1979/1980). *Autobiografía, Vol. 3. Cómo se forma un*

conductista. Fontanella.

Šmigelskas K., Žemaitienė N., Julkunen J. & Kauhanen J. (2015). Type

A behavior pattern is not a predictor of premature mortality. *Int.*

Journal Behavior Medicine, 22, 161–169.

<https://doi.org/10.1007/s12529-014-9435-1>

Staats, A.W. (1975/1979). *Conductismo social*. El Manual Moderno.

- Staats, A.W. (1996/1997). *Conducta y personalidad*. Desclée de Brouwer.
- Stefani, D. (2005). Teoría de la acción razonada: Una aplicación a la problemática de la internación geriátrica. *Revista Evaluar*, 5(1), 22–37. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v5.n1.538>
- Taylor, S. (2003/2007). *Psicología de la salud*. McGraw-Hill/Interamericana.
- Valle, M. y Rodríguez, M. (29 al 31 de octubre 2012). El estudio de la personalidad como estilo interactivo. En E.H. Carro (Ed.). *Memorias del 1er. Congreso Nacional de Ciencias del Comportamiento. Retos y alcances de la investigación conductual* (715-724). Universidad Autónoma de Tamaulipas.
- Viladrich, C. y Doval, E. (2005). Requisitos psicométricos para tests conductuales de personalidad, *Acta Comportamentalia*, 13(1), 67-78.
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/14542/13869>
- Villar M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-241.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
- Visdómine-Lozano, J. C. y Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: Revisiones conceptual y experimental. *International Journal of clinical and Health*

Psychology, 6(3), 729-751.

<https://www.redalyc.org/pdf/337/33760313.pdf>

Whitman, Ch. P. & Geller, E. S. (1972). Manipulation and reversal of the probability of a correct stimulus prediction in a choice reaction task. *Psychonomic Science*, 29(6), 339-341.

<https://doi.org/10.3758/bf03336594>

Wittgenstein, L. (1953/1988). *Investigaciones filosóficas*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Wong, H. J. & Anitescu, M. (2017). The Role of Health Locus of Control in Evaluating Depression and Other Comorbidities in Patients with Chronic Pain Conditions, A Cross-Sectional Study. *Pain Pract*, 17(1):52-61. <http://doi.10.1111/papr.12410>

Zamora, G.L. (1996). Propiedades Psicométricas de la escala de Framingham para la medida del patrón de conducta tipo A y su relación con las variables ansiedad y locus de control. *Iberpsicología: Revista Electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología*, 1(1).

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=301248>

ANEXOS

I. Formatos de las pruebas utilizadas

ESCALA DE RETIRO DE CONDUCTA TIPO A

NOMBRE:.....

SEXO. M - F SEMESTRE: I - II - III - IV - V - VI EDAD:.....

- Lea atentamente cada una de las siguientes afirmaciones y señale con una X en las columnas y celdas respectivas el grado de incidencia que describa su actitud.

MA: Muy alto. A: Alto. B: Bajo. MB: Muy bajo

ITEMS	MA	A	B	MB
1) ¿Considera Ud. que vive sometido a un estrés?.				
2) Tiene Ud. un nivel de actividad.				
3) ¿Tiene Ud. una tendencia al perfeccionismo?				
4) Su deseo de llegar a los máximos niveles profesionales y sociales es				
5) Su nivel de competitividad es				
6) Su sensación de prisa y falta de tiempo es				
7) Su necesidad de estar atento a su trabajo u ocupación es				
8) Su grado de dificultad para comunicar sus emociones es				
TOTAL				

ESCALA DE LOCUS DE CONTROL

- Lea atentamente cada una de las siguientes afirmaciones y señale con una X en las columnas y celdas respectivas su grado de acuerdo o desacuerdo con ellas.

TA: Totalmente de Acuerdo. A: De acuerdo. D: En desacuerdo. TD: Totalmente en desacuerdo.

ITEMS	TA	A	D	TD
1) En gran medida, lo que me pasa depende de la suerte.				
2) Cuando hago planes, estoy casi seguro de que lograré realizarlos.				
3) Aun cuando alguien de mayor poder se interponga en lo que quiero, siempre me las arreglo para hacer algo.				
4) Cuando fracaso en algo, generalmente se debe a la mala suerte.				
5) El recibir o no ayuda en malos momentos depende de si uno es buena persona.				
6) Lo que uno piensa y quiere, casi siempre es más poderoso que la suerte y la voluntad de los demás.				
7) Muchas veces los esfuerzos que uno realiza no bastan si chocan con la voluntad de los demás.				
8) Cuando obtengo lo que deseo, casi siempre es por mi propio esfuerzo.				
9) No siempre conviene que planeo a muy largo plazo porque ya se sabe que muchas cosas dependen de la buena o mala suerte.				
10) Si las personas importantes decidieran que no les simpatizo, seguramente nadie me ayudaría.				
11) Mi vida depende fundamentalmente de mis acciones personales.				
12) Depende principalmente del destino que uno mejore de una enfermedad o no.				
TOTAL				

TEST DE RIESGO ASUMIDO MEDIANTE DADOS
(Prueba completa)

INSTRUCCIONES. Elija entre tres opciones de juego durante 40 ensayos, donde cada uno representa una apuesta respecto al resultado que saldría si se sumarán las puntuaciones de dos dados al ser lanzados. Marque con una X sobre las celdas respectivas (Opción 1, 2 o 3).

- Si elije la opción 1 (par/impar), el valor en caso de acierto es 2 puntos.
- Si elije la opción 2 (igual o mayor a 10), el valor es 6 puntos.
- Si elije la opción 3 (igual a 12), el valor es 36 puntos.

Tras terminar la prueba, sume los resultados parciales de cada columna y después ponga sus resultados totales predichos en las celdas respectivas (puntos). El objetivo es obtener el mayor número total de puntos posible al cabo de 40 ensayos.

ENSAYO	OPCIÓN 1	Pts	OPCIÓN 2	Pts	OPCIÓN 3	Pts	RESULTADOS
1	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
2	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
3	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
4	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
5	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
6	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
7	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
8	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
9	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
10	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
11	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
12	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
13	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
14	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
15	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
16	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
17	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
18	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
19	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
20	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
21	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
22	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
23	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
24	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
25	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
26	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
27	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
28	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
29	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
30	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
31	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
32	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
33	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
34	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
35	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
36	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
37	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
38	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
39	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
40	Par/impar	2	≥ 10	6	= 12	36	
TOTALES PREDICHOS							
TOTALES GENERALES							