UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INFLUENCIA DEL ESTILO DE APEGO, ESTILOS DE AFRONTAMIENTO, AUTOCONCEPTO Y SEXO EN LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS QUE CONSULTAN POR AYUDA PSICOLÓGICA.

Trabajo de Investigación presentado por:

CARPIO, MICHELLE
ROJAS, ANNABELLA

A la Escuela de Psicología como un requisito parcial para obtener el Título de Licenciadas en Psicología

Tutor:
RODRÍGUEZ, PEDRO

Caracas, Junio 2003

INDICE GENERAL

	Pág.
TÍTULO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iv
INDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	vi
ÍNDICE DE ANEXOS	viii
RESUMEN	ix
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	3
MÉTODO	35
Problema	35
Hipótesis	35
Variables	36
Tipo y Diseño de Investigación	40
Población y Muestra	41
Instrumentos	42
Procedimiento	49
Consideraciones Éticas	50
ANÁLISIS DE RESULTADOS	52
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	63
CONCLUSIONES	73
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	83

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Estilos de apego (Bartholomew y Horowitz, 1991; Fraley, 2003).	20
Figura 2. Diagrama de Ruta de la relación entre el sexo, el estilo de apego (factor evitativo y factor ansioso), el estilo de afrontamiento y el autoconcepto y su influencia sobre la ansiedad y la depresión.	35
Figura 3. Diagrama de Ruta Obtenido de la relación entre el sexo, el estilo de apego (factor evitativo y factor ansioso), el estilo de afrontamiento y el autoconcepto y su influencia sobre la ansiedad y la depresión.	62
Tabla 1. Coeficientes Alpha de Cronbach para las escalas de Apego, Afrontamiento y Autoconcepto.	53
Tabla 2. Estadísticos descriptivos para cada una de las variables	53
Tabla 3. Coeficientes de la Regresión del factor Evitativo de Apego en función del Sexo.	58
Tabla 4. Coeficientes de la Regresión del factor Ansioso de Apego en función del Sexo.	58
Tabla 5. Coeficientes de la Regresión del Afrontamiento centrado en el problema en función de los factores Evitativo y Ansioso de Apego.	58
Tabla 6. Coeficientes de la Regresión del Afrontamiento centrado en la emoción en función de los factores Evitativo y Ansioso de Apego.	59

Tabla 7. Coeficientes de la Regresión del Autoconcepto en función de los factores Evitativo y Ansioso de Apego y el Sexo. 59

Tabla 8. Coeficientes de la Regresión de la Ansiedad en función del Sexo, factores Evitativo y Ansioso de Apego, Afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción, y Autoconcepto. 60

Tabla 9. Coeficientes de la Regresión de la Depresión en función del Sexo, factores Evitativo y Ansioso de Apego, Afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción, y Autoconcepto. 61

INDICE DE ANEXOS

Anexo A. Escala de Ansiedad-Estado de Spielberger

Anexo B. Escala de Depresión de Beck

Anexo C. Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (WOC)

Anexo D. Escala de Autoconcepto de Tennessee (EAT)

Anexo E. Cuestionario de Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR-R)

Anexo F. Estadísticos esperados si algún ítem fuera eliminado del ECR-R

Anexo G. Estadísticos esperados si algún ítem fuera eliminado del WOC

Anexo H. Estadísticos esperados si algún ítem fuera eliminado de la EAT

Anexo I. Matriz de Correlación Bivariada

Anexo J. Histogramas de las distribuciones de las variables ansiedad, depresión, estilos de apego, estilos de afrontamiento y autoconcepto.

Anexo K. Gráficos de barra de las variables grado de afectación de la situación socio-política, tristeza percibida y ansiedad percibida en los últimos dos meses.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo explicar la ansiedad y la depresión en función de las variables sexo, estilos de apego, autoconcepto, y estilos de afrontamiento en una muestra asistencial. Para esto, se realizó un diagrama de ruta con el fin de estudiar las relaciones entre dichas variables. La muestra estuvo constituida por 120 estudiantes (99 mujeres, 21 hombres), con edades comprendidas entre 16 y 29, que asistían a consulta individual y/o grupos psicoterapéuticos en el centro de asesoramiento psicológico de la Universidad Católica Andrés Bello.

Los resultados indicaron que el principal predictor de la ansiedad y la depresión es el factor ansioso de apego. Mientras más alto sea el puntaje en dicho factor, mayores serán los niveles de dichas sintomatologías. Por su parte, el factor evitativo de apego logró predecir las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, esto es, mayores puntajes en este factor se encuentran asociados a menor uso de dichas estrategias. La combinación de ambos factores de apego explica de manera directa al autoconcepto, por lo que altas puntuaciones en el factor ansioso y bajas puntuaciones en el factor evitativo, se asocian a autoconceptos positivos. Los hallazgos señalan que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se asocian de manera inversa con la depresión. Finalmente, se encontró que el sexo del individuo se asocia al factor evitativo de apego, es decir, los hombres suelen tener en mayor medida un estilo de apego evitativo. Los resultados evidencian que la muestra estudiada corresponde con una población no clínica respecto a las variables de ansiedad y depresión.

Palabras clave: estilos de apego, autoconcepto, estilos de afrontamiento, ansiedad, depresión.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión y la ansiedad constituyen alteraciones afectivas que influyen en el funcionamiento del individuo, afectan su proceso de adaptación al entorno y dificultan la calidad de sus relaciones sociales. Ambos fenómenos se encuentran ampliamente estudiados en el ámbito teórico y práctico bajo diversos enfoques como el biológico, social, cognitivo, clínico, entre otros (Barlow y Durand, 2001).

Según Flett, Vredenburg y Krames (1997), ambas alteraciones pueden ser visualizadas y entendidas a lo largo de un continuo de severidad. Este continuo, se extiende desde los síndromes ansioso y depresivo, hasta los síntomas que pueden ser calificados como manifestaciones menos severas y estables de los trastornos. Estos autores señalan que la presencia de síntomas no necesariamente implica el desarrollo de un trastorno. Sin embargo, su aparición se encuentra asociada a dificultades académicas y de relaciones interpersonales en un gran número de individuos. Esta es la razón por la que se ha puesto interés en el estudio de la ansiedad y la depresión en diferentes tipos de poblaciones. Además de esto, un punto importante para esta investigación es el hecho de que se ha encontrado que la ansiedad y la depresión constituyen los principales motivos de consulta en los centros universitarios que prestan ayuda psicológica (Rodríguez, 2002).

A partir de las investigaciones realizadas sobre ansiedad y depresión se ha encontrado que éstas guardan relaciones con una variedad de factores sociodemográficos y psicológicos tales como la autoestima, el estrés (Someso y Umerez, 1992), el sexo (Cooper, Collins y Shaver, 1998; Diehl, Elnick, Bourbeau y Labouvie-Vief, 1998; Mikulincer, 1998; Kemp y Neimeyer, 1999; López, Mauricio, Gormley, Simko y Berger, 2001), estilos de apego (Bartholomew y Horowitz, 1991; Cooper y cols, 1998; Cassidy y Shaver, 1999; López y cols, 2001), estilos de afrontamiento (Folkman, Lazarus, De Longis y Gruen, 1986; Kemp y Neimeyer, 1999; López y cols, 2001) y autoconcepto (Mikulincer, 1995; Cooper y cols, 1998; Lopez y Brennan, 2000), entre otros.

Específicamente, se han encontrado diferencias en cuanto al sexo en los niveles de ansiedad y depresión. Por otro lado, se ha mostrado que el estilo de apego de los individuos puede influir en la presencia de síntomas ansiosos y depresivos. Sin embargo, se ha observado que los estilos de apego pueden afectar la presencia de

dichos síntomas a través de variables como el estilo de afrontamiento de los individuo ante una situación específica y el autoconcepto que tiene la persona de sí misma. De esta manera, a pesar de que la ansiedad y la depresión han sido abordadas a partir de la relación con las variables mencionadas anteriormente, generalmente se han establecidos relaciones directas, obviando aquellas mediadas por otras variables, y no se ha estudiado de esta forma en una población que recibe ayuda psicológica y que, además responde a un período evolutivo de adolescencia tardía y adultez temprana, como es el caso de la población asistencial del centro de asesoramiento psicológico de la Universidad Católica Andrés Bello.

Tomando en cuenta lo anterior, esta investigación tiene como objetivo analizar variables que han sido estudiadas en otras investigaciones como estilos de apego, estilos de afrontamiento, autoconcepto y sexo, bajo un enfoque multivariado y enmarcado dentro de las áreas de estudio de la psicología clínica y el asesoramiento psicológico. Específicamente, se pretende analizar cuáles son las relaciones entre dichas variables y cómo estas explican los síntomas de ansiedad y depresión, de manera directa o indirecta, en un grupo de personas que consulta por ayuda psicológica.

Una de las implicaciones más relevantes de esta investigación es aumentar el conocimiento acerca de cómo estas variables pueden actuar sobre los niveles de ansiedad y depresión y, específicamente, como éstas se comportan en una población que recibe ayuda psicológica, elemento que representa un tópico fundamental a las profesiones de salud mental. Actualmente, no se han realizado estudios que incluyan este tipo de variables en población universitaria venezolana, por lo que es evidente su utilidad, ya sea como base para el conocimiento de tales variables en dicha población como para la implementación futura de intervenciones psicológicas en procesos psicoterapéuticos.

El conocimiento de las relaciones entre dichas variables permitirá al clínico o asesor planificar una evaluación e intervención que enriquezca la terapia o el asesoramiento identificando aquellos factores que parecen contribuir al aumento de los síntomas.

II. MARCO TEÓRICO

El tema de la ansiedad y la depresión dentro del contexto clínico ha sido ampliamente estudiado debido a que estos síntomas suelen ser uno de los principales motivos de consulta que reportan los individuos que buscan ayuda en los centros de asesoramiento y dentro del contexto clínico en general (Rodríguez, 2002). Además, los síntomas depresivos y ansiosos están asociados a dificultades en el área académica y de relaciones interpersonales, un pobre funcionamiento psicosocial y pueden preceder episodios depresivos y ansiosos más severos (Flett y cols, 1997).

Dentro de las consecuencias más relevantes que producen las alteraciones afectivas y cognitivas producto de la ansiedad y la depresión, se encuentran las que dificultan el funcionamiento psicosocial del individuo. Estos efectos pueden hacerse observables en las cogniciones, autopercepciones, comportamientos interpersonales, los estilos de afrontamiento e incluso la salud física de las personas que lo sufren. Se ha encontrado que las personas deprimidas reportan baja autoestima, menores estrategias sociales en el comportamiento interpersonal y menor habilidad en la resolución de problemas (Roberts, Gotlib y Kassel, 1996, cp. Lewinson, Seeley y Gotlib, 1997).

Todos los individuos experimentan períodos de tristeza, infelicidad o humor disfórico en varios puntos de sus vidas. Estos períodos de humor depresivo pueden ocurrir en respuesta a una variedad de estímulos bien sea ambientales o internos, variando su duración en el tiempo y estando asociados a diversos correlatos conductuales y emocionales. Así mismo, un gran número de personas experimentan un considerable grado de ansiedad en el curso de sus actividades cotidianas.

Cierto monto de ansiedad y depresión puede producirse normalmente como respuesta ante una vida activa y enfrentada a serias tensiones profesionales, sociales, personales y competitivas. Cuando esto ocurre, tanto la ansiedad como la depresión implican reacciones afectivas que, en condiciones normales, operan de un modo adaptativo. En otros casos, son sólo algunos individuos los que llegan a experimentar estos síntomas como incómodos e incapacitantes o como un conjunto de síntomas organizado que puede llevar a un trastorno que dificulte, limite su vida e interfiera con la adaptación social, este es el caso de los individuos que consultan por ayuda psicológica.

Dentro del contexto universitario se han realizado estudios sobre la presencia de estos síntomas en la población estudiantil. Los resultados arrojan que, en general, los motivos de consulta en estos centros se caracterizan por una sintomatología de naturaleza afectiva. Pareciera existir una tendencia a que estos estén acompañados por síntomas de afecto negativo, siendo la depresión y la ansiedad uno de los más relevantes (Francisco y González, 2002).

Para Flett y cols (1997), una forma de visualizar las distintas expresiones que pueden tener la ansiedad y la depresión consiste en imaginarlas en un continuo variable de severidad. En un extremo del continuo podrían ubicarse manifestaciones menos severas y permanentes de los trastornos, llamados síntomas depresivos y ansiosos. Estos se caracterizan por ser cualidades afectivas tales como sentimientos de tristeza, infelicidad e intranquilidad, que se presentan por un período inespecífico de tiempo y con menor severidad. En el otro extremo de este continuo se ubican los trastornos ansiosos y depresivos. Entre los ansiosos destacan el trastorno de angustia, fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo y el trastorno de ansiedad generalizada (DSM-IV, 2001). Entre los trastornos depresivos se encuentran el trastorno depresivo mayor y el distímico (DSM-IV, 2001). Estos trastornos pueden manifestarse a través de diferentes síntomas como pérdida de sueño, cambios en el apetito y problemas de concentración entre otros, que deben estar presentes por un período específico de tiempo acompañados de un deterioro social, laboral y personal significativo.

La perspectiva del continuo parece pertinente ya que al parecer no existe una diferencia absoluta entre los síntomas depresivos y ansiosos, y los trastornos respectivos. A partir de esta noción, podría decirse que, la presencia de los síntomas puede llevar consigo el riesgo de desarrollar en un futuro patologías más específicas y severas (Hankin y Abramson, 2001).

En relación a la ansiedad puede decirse que se caracteriza por ser un estado emocional común en diferentes psicopatologías. A pesar de esto, puede ser experienciado por todas las personas ya que ningún ser humano se encuentra exento de verse afectado en su vida cotidiana por este estado emocional. Sin embargo, estos breves períodos de ansiedad que afectan al individuo normal no pueden compararse ni

en intensidad ni en duración con los que padece alguien que ha sido diagnosticado con este trastorno (Davison y Neale, 2000).

Conceptualmente, la ansiedad ha sido definida por Sarason y Spielberger (1976), como una " condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo" (p. 197).

Para Barlow y Durand (2001), la ansiedad es "un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto al futuro" (p.128). Para estos autores, la ansiedad puede ser vista como una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas (verse preocupado y angustiado) o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro y se manifiesta con una frecuencia cardiaca elevada y tensión muscular.

Debido a la frecuencia con la que este síntoma se presenta, es difícil decidir si la ansiedad existente debe ser considerada normal o anormal. Al igual que las otras emociones, la ansiedad va acompañada de modificaciones fisiológicas que representan una preparación para la acción. Desde este punto de vista, la ansiedad no se juzga como patología cuando representa una respuesta apropiada a una situación de emergencia y esfuerzo o a la anticipación de dicha situación, a través de la cual el organismo se prepara para una adaptación eficiente (Barlow y Durand, 2001). Nuevamente, en esta proposición se ve reflejada la noción de continuo de severidad mencionada anteriormente.

Por otro lado, la cualidad patológica de la ansiedad surge cuando no se da únicamente como respuesta ante una situación de peligro (conducta desadaptada) sino cuando deteriora sustancialmente el desempeño o la adaptación social del individuo (Coderch, 1987).

Los trastornos por ansiedad suelen diagnosticarse cuando existen sentimientos de ansiedad experimentados de manera subjetiva y reportados por el propio individuo (Davison y Neale, 2000). Para comprender estos trastornos el DSM-IV (2001) propone seis categorías: trastornos fóbicos, trastornos de pánico, trastorno por ansiedad

generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático y trastorno por estrés agudo:

a) Las fobias se definen como temores irracionales (que no son proporcionales al peligro que representan) hacia objetos o situaciones en concreto que interfieren significativamente en la capacidad funcional de un individuo y que este las reconoce como injustificadas.

b) En el trastorno de pánico existe un ataque súbito e inexplicable de una serie de síntomas perturbadores: dificultades para respirar, palpitaciones, dolor en el pecho, sensación de asfixia, mareos, transpiración y temblores, terror y sentimientos de desastre inminente, entre otros. Además, la persona debe desarrollar una ansiedad sustancial por la posibilidad de tener otro ataque o por las complicaciones o consecuencias de este.

c) El individuo con trastorno por ansiedad generalizada experimenta ansiedad de manera persistente ya que el foco se generaliza a todos los sucesos de la vida diaria. Abundan los malestares somáticos (sudoración, rubor, palpitaciones, malestar estomacal, boca seca y falta de aire) y reflejan la hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

d) El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por ideas persistentes e incontrolables o impulsos irrefrenables de repetir determinados actos una y otra vez, esto le ocasiona al individuo un gran malestar e interfiere considerablemente con su vida cotidiana.

e) En el trastorno de estrés postraumático se describe al suceso fijador de dicho trastorno como la exposición a un acontecimiento traumático, durante el cual se experimenta temor, desamparo u horror. Posteriormente, las víctimas vuelven a experimentar el acontecimiento a través de pesadillas y recuerdos.

f) El trastorno por estrés agudo se diferencia del anterior ya que el individuo sufre de inmediato las consecuencias del estresor o trauma y se recupera y remite los síntomas después de unos cuantos días o semanas.

Existen múltiples enfoques que buscan explicar las causas de la ansiedad. Según el enfoque psicoanalítico la ansiedad es producto de un conflicto inconsciente entre el yo y los impulsos del ello. Para los teóricos del aprendizaje, la ansiedad es producto del condicionamiento clásico, el moldeamiento u otras formas tempranas de aprendizaje, mientras que la teoría cognitiva señala como factores precipitantes de la ansiedad la percepción de la falta de control sobre las situaciones ligado a otros procesos cognitivos como percepciones distorsionadas de sucesos y la anticipación de desastres. Otro enfoque relevante ha sido la postura biológica que señala que la ansiedad se asocia con circuitos cerebrales concretos, el sistema GABA y las benzodiacepinas (Davison y Neale 2000).

A pesar de las contribuciones específicas de cada uno de los enfoques, Barlow (2001) postula un modelo integral que reúne distintos factores. Este explica que la tendencia a estar ansioso puede ser heredada pero no es determinante. La vulnerabilidad, es sólo una tendencia general a desarrollar la ansiedad más que una vulnerabilidad específica. A esto se suma una vulnerabilidad psicológica dónde el individuo percibe al mundo como incontrolable teniendo la sensación de no ser capaz de afrontar las situaciones. Además, pueden existir estresores interpersonales y sociales los cuales pueden activar la vulnerabilidad biológica y psicológica.

La ansiedad, bien sea considerada como patológica o no, se ha relacionado con la depresión. En general, Davison y Neale (2000) definen la depresión como "un estado emocional que se caracteriza por una gran tristeza y aprensión, sentimientos de desesperanza y culpa, aislamiento, falta de sueño, de apetito y de deseo sexual o falta de interés o disfrute en las actividades usuales" (p. 272). Así mismo, Belloch, Sandín y Ramos (1999) incluyen otros síntomas como sensación de pesadumbre, infelicidad, irritabilidad, sensación de vacío y nerviosismo.

Según Guzmán (1992), existen una serie de alteraciones en la depresión que influyen sobre el afecto, los impulsos, la cognición y los ritmos biológicos del individuo. Específicamente, las alteraciones afectivas se hacen evidentes en un estado de ánimo depresivo caracterizado por el pesimismo, la desesperanza, la anhedonia y la irritabilidad. A nivel de impulsos, las actividades psicomotoras se ven inhibidas. En cuanto a las alteraciones cognitivas se da una inhibición del pensamiento, autorreproches, sentimientos de inutilidad, valoraciones negativas de sí mismo e ideas

de muerte; mientras que las alteraciones biológicas están caracterizadas por la desincronización del sueño, alimentación y ciclos de actividad diaria.

Según el DSM-IV (2001), todos los trastornos depresivos requieren la presencia de por lo menos cinco de estos síntomas por al menos dos semanas: a) estado de ánimo triste y decaído; b) pérdida de interés y placer en actividades normales; c) dificultades para dormir, insomnio o hipersomnia; d) retraso psicomotor o agitación, e) pérdida o aumento del apetito; f) fatiga, pérdida de energía; g) autoconcepto negativo; h) dificultad en la concentración i) ideación suicida. Dentro de los trastornos depresivos unipolares se encuentran el trastorno depresivo mayor que puede ser un episodio aislado o recurrente de dichos síntomas pero siempre dentro de un determinado plazo; el trastorno distímico, donde los síntomas son más leves pero permanecen más o menos inalterables por períodos largos, y por último, la depresión doble donde el individuo experimenta simultáneamente episodios depresivos y el trastorno distímico.

La depresión ha sido estudiada desde múltiples enfoques, entre estos se encuentran el punto de vista psicoanalítico, que enfatiza los conflictos inconscientes referidos al dolor y la pérdida; las teorías cognitivas, que se ocupan de los procesos de pensamiento negativos de la persona deprimida; factores interpersonales concernientes a cómo la gente deprimida interactúa con otros; y teorías fisiológicas, que enfocan la función del sistema nervioso central a nivel neuroquímico específicamente los niveles de serotonina, norepinefrina y dopamina (Davison y Neale, 2000).

Aaron Beck (1975) es autor de una de las más importantes teorías contemporáneas sobre la depresión. Este autor supone que los procesos de pensamiento son factores causales de la depresión. La tesis básica es que los individuos deprimidos se sienten así porque cometen errores característicos de razonamiento. En este sentido, Beck argumenta que debido a la pérdida de un progenitor, una sucesión interminable de tragedias, rechazo social, críticas de otros, o la depresión en uno de los progenitores conllevan a la adquisición de esquemas negativos y por tanto al posible desarrollo de un trastorno depresivo.

A partir de estos esquemas adquiridos los individuos organizan su experiencia y sólo se activan cuando se encuentran con nuevas situaciones que de algún modo se asemejan a las circunstancias en las que se aprendieron los esquemas. A su vez,

estos esquemas negativos apoyan ciertas distorsiones cognitivas llevando al individuo a percibir la realidad o el mundo de manera equivocada. Estos, junto con los sesgos o distorsiones mantienen lo que Beck llamó la tríada cognitiva: ideas negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro (Beck, 1975).

Como se mencionó anteriormente, existe una aparente transposición o comorbilidad entre la ansiedad y la depresión. Autores como Barlow y Durand (2001) apoyan la conclusión de que los dos estados de ánimo son más parecidos que diferentes. Puede ocurrir que el individuo deprimido también se encuentre en estado de ansiedad, aunque un individuo ansioso no siempre se encuentra deprimido.

Esto significa que ciertos síntomas medulares de la depresión no se hallan en la ansiedad y, por ende, no reflejan lo que es "puro" de la depresión. Estos síntomas son la incapacidad de experimentar el placer (anhedonia) y una disminución tanto de las funciones motrices como cognitivas (Clark y Watson, 1991).

Por otro lado, se han identificado síntomas característicos del pánico y de la ansiedad. En el primero, los síntomas reflejan activación autónoma (palpitaciones y mareos), en la segunda los síntomas reflejan tensión muscular y aprensión o preocupación excesiva por el futuro (Clark y Watson, 1991).

Lo más importante para el estudio de la comorbilidad de la ansiedad y la depresión es el hecho de que existen síntomas que pueden definir a ambos estados de ánimo. En virtud de que estos síntomas no son específicos de cualquier clase de trastorno, se denominan síntomas de afecto negativo. Entre dichos síntomas pueden mencionarse: anticipación de lo peor, preocupación, disminución de la concentración, irritabilidad, hipervigilancia, insomnio, llanto, culpa, fatiga, mala memoria, sensación de desamparo y desesperanza (Brown, Anthony y Barlow, 1995).

Brown y cols, (1995), explican que las altas tasas de comorbilidad entre las sintomatologías y los trastornos ansiosos y depresivos severos se deben a una base fisiopatológica común. A partir de esto, en su trabajo de investigación Chorpita y Barlow (1998), especificaron que la base fisiopatológica común se diferenciaba en función de la severidad de los trastornos. Esto explica que a mayor severidad de los

trastornos mayor diferencia se observará entre ellos. Por el contrario, a menor severidad, los síntomas tenderán a compartirse.

Otro forma de entender la relación entre la ansiedad y la depresión fue la propuesta por Wolpe (1971, cp. Gotlib, 1984). Este autor estableció la relación entre estas variables pero enfatizando el papel que tiene la ansiedad como factor etiológico crítico de la depresión. De hecho, se ha encontrado que frecuentemente aquellos individuos que han presentado síntomas depresivos han evidenciado anteriormente indicadores de ansiedad (Hankin y Abramson, 2001).

Investigaciones como la de Gotlib, (1984), aportan resultados que evidencian la clara relación entre la ansiedad y la depresión, encontrándose correlaciones significativas (r=0,73) entre los puntajes del inventario de depresión de Beck y los puntajes de ansiedad estado-rasgo de Spielberger. En este sentido, este mismo autor, señaló que los sujetos que experimentan síntomas de depresión, también tenderán a experimentar un grado significativo de ansiedad independientemente de si vienen de una población clínica o no.

Otros investigadores como Clark y Watson (1991), explican la comorbilidad entre la ansiedad y la depresión a partir de un modelo de la estructura del afecto. Según estos autores, existe el afecto negativo y el afecto positivo. El primero, se caracteriza por sentimientos de rabia, culpa, miedo, tristeza, menosprecio, preocupación y molestia. En contraste, el afecto positivo se caracteriza por reflejar sentimientos de felicidad, bienestar, energía, interés, entusiasmo y orgullo. Según ellos, la depresión se caracteriza por la disminución del afecto positivo, mientras que la ansiedad está más asociada al aumento del afecto negativo.

A partir de este modelo de la estructura de los afectos se tiene una evidencia más de que la ansiedad y la depresión, como síndromes, comparten un componente no específico significativo de distress afectivo. A pesar de esto, pueden identificarse diferencias entre ambos, esto es, una hiper-excitación fisiológica en el caso de la ansiedad, y varias manifestaciones de bajo afecto positivo como la apatía y el aislamiento que caracterizan a la depresión (Clark y Watson, 1991).

En la investigación de la ansiedad y la depresión, se han encontrado múltiples factores asociados a la aparición y mantenimiento de tales síntomas, uno de estos factores es el sexo del individuo. Las diferencias de sexo y su influencia en la ansiedad y la depresión se hacen evidentes en investigaciones como la de Hankin y Abramson (2001). En esta investigación se encontró que las mujeres expresaban afectos depresivos y ansiosos como respuesta a los eventos negativos que las involucraban a ellas mismas (dificultades académicas) y las que involucraban a los otros (enfermedades de familiares). Por el contrario, los hombres tendían a reaccionar sólo ante eventos que podían afectarlos a ellos. Otros autores como Gjerde (1995 cp. Hankin y Abramson, 2001) encontraron diferencias de sexo en cuanto a la expresión de los síntomas emocionales. Los hombres respondían a los síntomas ansiosos y depresivos de manera más hostil y agresiva, mientras que las mujeres tenían conductas más interiorizadoras y pasivas.

Sobre este mismo tema, existe evidencia significativa en el estudio de Nolen-Hoeksema, Grayson y Larson, (1999) cuya investigación basada en una muestra de 1132 sujetos, con personas jóvenes, adultas y ancianas encontró que la diferencia de género en la depresión es uno de los fenómenos más robustos encontrados en los estudios epidemiológicos. En ellos, se ha hallado que en muchos países, culturas y etnias las mujeres suelen ser más propensas a la depresión si se les compara con los hombres. Esto suele ocurrir tanto en el ámbito de los síntomas depresivos como en el de los desórdenes depresivos unipolares. Así mismo, se ha sostenido la tesis de que las diferencias de género en los síntomas depresivos suelen aparecer en la adolescencia temprana y permanecer a lo largo de la vida adulta.

Estos autores concluyeron que la robustez de las diferencias de género existentes en la depresión podría ser producto de las relaciones existentes entre las tensiones crónicas, la tendencia a afrontar los problemas a través de la rumiación, el control percibido, y la depresión, que mantienen a las mujeres aferradas a un ciclo de pasividad y desesperanza. En todas las edades, las mujeres reportaron mayores niveles de tensión crónica, fuertes tendencias a rumiar y un menor sentido de control sobre ellas.

Estas diferencias de género en variables sociales y de personalidad median fuertemente las diferencias en los síntomas depresivos que presentan los hombres y

las mujeres. Según las teorías comportamentales, las mujeres experimentan más eventos negativos (sobrecarga de trabajo y status y, poder desigual en las relaciones heterosexuales), y tienen menos control sobre áreas importantes de sus vidas que los hombres, esto se debe al bajo status y poder que poseen.

Por su parte, las teorías cognitivas de la depresión sugieren que la falta de control crónica sobre el ambiente lleva a las personas a generalizar la expectativa de no control sobre los eventos, por lo que la aparición de síntomas como baja motivación, pasividad, y pérdida de la autoestima suelen ser frecuentes. Partiendo de esta idea, se ha propuesto que esta falta de poder social en las mujeres contribuye con su tendencia a utilizar afrontamientos rumiativos para enfrentar sentimientos de distress.

Para autores como P. Lewinsohn, M. Lewinsohn, Gotlib, Steeley y Allen (1998), existen dos marcos de referencia que pueden justificar la diferencias de género en los trastornos de ansiedad y de depresión. El primero, propone que la preponderancia de la ansiedad y la depresión en las mujeres se debe a una determinación genética y biológica. El segundo marco, asume que las diferencias de género en cuanto a los niveles de ansiedad y depresión está ligada a las diferencias existentes en las experiencias y roles sociales dentro de la cultura. En este sentido, es importante identificar factores psicosociales (estrés ambiental, funcionamiento social inadecuado, ambientes familiares conflictivos y baja autoestima) asociados a estos trastornos y al hecho de ser mujer, y como estos median la asociación entre ellos y el sexo.

En su estudio, estos autores tomaron la muestra de Lewinson y cols (1997), la cual se caracterizaba por 1709 adolescentes seleccionados de distintos colegios. En sus resultados encontraron que las mujeres (M=1,9) presentaron mayores niveles de ansiedad y depresión que los hombres (M=0,9). Por otro lado, las mujeres presentaron mayores eventos significativos, baja autoestima, mayor confianza emocional, entre otros.

Además de los datos aportados por estas investigaciones, se le ha dado gran importancia a los enfoques biológicos, psicoanalíticos, cognitivos, conductuales y sociales que intentan explicar aquellos factores que puedan estar asociados a la aparición y mantenimiento de los niveles de ansiedad y depresión. De estos enfoques, el punto de vista cognitivo y del desarrollo propone una explicación relevante para la

presente investigación. Este ha propuesto, que un conjunto de características relacionadas con la familia, las experiencias tempranas y los pensamientos pueden estar asociadas al desarrollo de la ansiedad y la depresión que frecuentemente son consultadas por las personas que buscan ayuda psicológica.

Uno de los modelos más recientes es el de Chorpita y Barlow (1998) que resalta el papel de la incontrolabilidad y la impredictibilidad de los eventos en el desarrollo de la ansiedad y la depresión. Del mismo modo, enfatiza la importancia de las experiencias tempranas en el desarrollo de estas vulnerabilidades. Para estos autores, cuando estas experiencias se caracterizan por la carencia del vínculo afectivo entre el niño y sus figuras de apego, cuando estos no responden a sus necesidades, cuando no se les permite desarrollar estrategias de exploración y manipulación del ambiente y cuando los cuidadores no proveen oportunidades de autonomía e independencia; es cuando se origina en el individuo una sensación de falta de control que se encuentra asociada al desarrollo de la ansiedad y la depresión. En este sentido, la teoría del apego involucra de manera implícita el desarrollo de un estilo cognitivo que influirá en la vulnerabilidad ante la ansiedad y la depresión. Esta teoría que vincula los antecedentes familiares y el desarrollo de los síntomas de la ansiedad y la depresión enfatiza el papel o influencia que tienen los modelos mentales o representaciones de apego en los pensamientos, sentimientos y comportamiento de los individuos y su funcionamiento.

En el estudio del apego, Bowlby (1973) fue el primero en presentar un modelo coherente del proceso a través del cual se establecen vínculos afectivos entre la madre y el niño, y en las funciones que éste cumple. Él argumentó, que debido a la dependencia prolongada del niño con la madre, son necesarios comportamientos que protejan a la criatura, aumentando así sus oportunidades de supervivencia. De este modo, la madre y el infante deben desarrollar una relación en la cual los signos de afecto negativo y miedo de éste puedan ser captados por su figura materna, y de este modo brindarle protección y una base segura en la cual el niño pueda desenvolverse.

Para Bowlby (1980), la ventaja especial de la teoría del apego se encuentra en el hecho de que constituye un paradigma que permite una manera nueva y esclarecedora de conceptualizar la propensión que tienen los seres humanos a establecer intensos vínculos afectivos con otras personas y explicar las múltiples formas de padecimiento emocional y de trastornos de la personalidad, incluyendo la ansiedad, la depresión, la

cólera y el desapego emocional, a que dan origen por ejemplo, la separación y la pérdida sufridas.

Desde esta teoría, por apego se entiende: "cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve su proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido" igualmente, este autor señala con respecto al apego que "... es el vínculo relativamente duradero que se establece entre dos personas a lo largo del tiempo como respuesta ante la interacción y la familiaridad " (Bowlby, 1980, p.60).

Para este autor, en el curso de un desarrollo sano, la conducta del apego lleva al establecimiento de vínculos afectivos o apegos, al principio entre el niño y el progenitor o cuidador y, más tarde, entre adultos. Las formas de comportamiento y los vínculos derivados de ellas están presentes y activas durante toda la vida y no se limitan sólo a la niñez. Mientras que un vínculo de apego perdura, las diversas formas de conductas de apego que contribuyen a él están activas sólo cuando resulta necesario. Así, los sistemas de los que depende la conducta de apego se activan sólo en ciertas condiciones, por ejemplo, una situación desconocida, fatiga, estrés y la imposibilidad de contar con la figura de apego o su respuesta. Esta amenaza de pérdida despierta ansiedad y la pérdida real da origen a la depresión, y, al mismo tiempo, cada una de estas situaciones tiende a despertar cólera. Por otro lado, el mantenimiento inalterado de un vínculo se experimentará como una fuente de seguridad y su renovación como fuente de satisfacción (Bowlby, 1980).

La teoría del apego presupone que las experiencias tempranas se organizan internamente, y se convierten en la base de la futura personalidad adulta (Sable, 2000). Para alegar la continuidad y persistencia de la conducta de apego más allá de la infancia Bowlby (1973), introdujo el concepto de *modelos mentales* para describir una red de representaciones emocionales y cognitivas así como una serie de disposiciones comportamentales. Los individuos utilizan esta red para reflexionar acerca de las relaciones y las condiciones del momento, para así poder prever el futuro y determinar planes de acción. Los modelos mentales son vistos como procesos dinámicos internos a través de los cuales los individuos seleccionan, organizan y almacenan imágenes e ideas acerca de sí mismos y de sus interacciones con los otros. Estos mecanismos mentales comienzan a formarse durante la infancia y son la unión tanto de las

memorias conscientes e inconscientes como de pensamientos, sentimientos y estrategias para la regulación emocional.

Para Bowlby (1973), en un principio, los niños internalizan impresiones y mensajes de la gente a su alrededor y se ven afectados no sólo por cómo ellos son tratados sino también por lo que ven y lo que se les dice. Inicialmente, sus representaciones son algo rudimentarias, pero gradualmente se elaboran y se hacen más abstractas con el desarrollo y la expansión del mundo social que los rodea. Una vez construidos, estos modelos internos operan casi automática e inconscientemente, permitiéndole al individuo funcionar de manera más eficiente interpretando y generalizando pensamientos a partir de la información disponible de su experiencia. Una vez alcanzada la adultez, los modelos se convierten en reproducciones mas o menos exactas del medio que les rodea y de las interacciones; así mismo, son un conjunto de reglas y expectativas utilizadas para interpretar y anticipar las emociones y comportamientos de los otros. Estas representaciones varían desde simples mapas del medio que les rodea hasta creencias y actitudes internas mas complicadas acerca del sí mismo y lo que puede esperarse de los otros.

Los modelos mentales son llamados así porque son representaciones activas, no estáticas, y son capaces de monitorear continuamente las experiencias tempranas de apego y de actualizar las expectativas y los planes de acuerdo a dicho monitoreo. Los teóricos contemporáneos del apego adulto, como Holmes (1993) y Brennan, Clark y Shaver (1998) coinciden con Bowlby (1980) en que hay un sistema comportamental de apego que se encuentra activo a lo largo del ciclo vital y juega un rol en aquellas relaciones adultas que proveen protección y seguridad. Según Sable (2000), el sistema de apego en los adultos consiste en " un conjunto de pensamientos, emociones y expectativas sobre las relaciones afectivas y es activado cuando una persona se encuentra bajo estrés, temor y sufrimiento emocional" (p. 29). Su función es esencialmente la misma en la adultez que en la infancia: asegurar la formación de vínculos duraderos que le brinden al individuo tanto protección física como psicológica.

La hipótesis central de la teoría del apego es que las experiencias tempranas cuidador-niño son prototipos de las posteriores relaciones interpersonales. Los modelos mentales de las relaciones de apego constituyen constructos afectivo/cognitivos desarrollados en el curso de las interacciones comportamentales entre el niño y sus

cuidadores. Inicialmente los patrones de apego reflejan las expectativas acerca del comportamiento de los otros en ciertas situaciones. Eventualmente, el individuo abstrae de estas expectativas una serie de postulados acerca de cómo las relaciones cercanas operan y cómo ellas son usadas en las circunstancias estresantes de la vida diaria (Crowell y Treboux,1995).

Mary Ainsworth (1991 cp Crowell y Treboux, 1995) resalta la función de la conducta de apego en la vida adulta, sugiriendo que una relación de apego segura facilitará el funcionamiento y la competencia fuera de la relación. Las relaciones de apego son aquellas que proveen sentimientos de seguridad, y sin estas se producirían sentimientos de soledad e inquietud. Las relaciones de apego seguras proveen de guía y compañía brindando oportunidades para sentirse necesitado o compartir intereses y experiencias comunes, sentimientos de competencia y alianza.

Para Bowlby (1980), las diferencias individuales en la organización de la conducta de apego están relacionadas con el comportamiento que tuvo su figura de apego y los patrones de apego que se caracterizan ampliamente en seguros e inseguros. Para estudiarlo, Bowlby (1973), propuso la clasificación donde se destacan el estilo seguro e inseguro. El patrón seguro es característico de los infantes que buscan y reciben protección y confort cuando se encuentran estresados. La exploración confiada de su ambiente es optimizada por el apoyo y disponibilidad del cuidador. Mientras que los patrones inseguros (evasivos, ambivalentes, desorganizados) desarrollan rechazo e inconsistencia por su figura de apego. Perciben peligro de esta figura y dejan al niño ansioso frente a la respuesta de su cuidador. Para reducir esta ansiedad el comportamiento del niño se adapta o complementa el comportamiento de su cuidador, en otras palabras, es adaptativo o estratégico dentro de la relación. Por ejemplo, cuando el niño se encuentra en una experiencia estresante evade el contacto con su figura de apego, minimizando la expresión de malestar e impidiendo el rechazo de su cuidador.

Siguiendo el trabajo de Bowlby (1980); Bartholomew y Horowitz (1991) plantearon un modelo de cuatro categorías donde el estilo de apego se clasifica en: seguro, temeroso, evitativo, y preocupado o ambivalente; cada uno de los cuales se asocia con determinadas emociones y sentimientos. Estos cuatro estilos de apego (uno seguro y tres inseguros), se pueden entender a partir de las valencias (positivas o negativas)

correspondientes al modelo del self y al modelo de los otros. Esto es, la imagen que tiene una persona acerca de su self puede ser dicotomizada como positiva o negativa (el self merecedor o no del amor y el apoyo), y la imagen de otros puede ser también dicotomizada (los otros se ven como merecedores de confianza vs. no seguros de confianza y rechazantes). Esta clasificación se basa en la idea de que las experiencias tempranas se organizan internamente y se convierten en la base de la personalidad adulta. Estos modelos internos le permiten al individuo seleccionar, organizar y almacenar imágenes e ideas sobre sí mismos y sobre las interacciones con los otros. De este modo, los individuos desde su infancia internalizan dos tipos de modelos mentales: modelos mentales del self y modelos mentales de los otros (Sable, 2000).

Según Bartholomew y Horowitz (1991), aquellos individuos con un estilo de *apego seguro* "poseen un sentido de valía y una expectativa de que las otras personas son responsivas y aceptadoras, estos individuos se sienten cómodos con la intimidad y las relaciones interpersonales sin dejar de perder su autonomía. Estas personas creen ser merecedoras de amor y apoyo" (poseen un modelo del self positivo y modelo de los otros positivo) (p.227). Según Fraley (2003), estos individuos reflejan alta coherencia, alta autoconfianza, expresan adecuadamente sus emociones, tienen una aproximación positiva hacia los otros e intimidad en las relaciones cercanas. Del mismo modo, afrontan las situaciones estresantes de manera activa, mostrando estrategias efectivas que incluyen la aproximación hacia los otros como búsqueda de apoyo. Otros individuos, los (*preocupados/ansiosos/ambivalentes*) " son personas sobre involucradas en las relaciones cercanas, dependen de la aceptación de los otros para lograr un sentido de bienestar personal, tienden a idealizar a otras personas, y tienen un sentido de no ser dignos de amor y de apoyo, (poseen un modelo del self negativo y modelo de los otros positivo) (Bartholomew y Horowitz, 1991; p.227). Estas personas, se caracterizan por preocuparse por las relaciones, al mismo tiempo que idealizan las mismas y se muestran extremadamente dependientes de los otros para mantener su autoestima. Estos individuos, se caracterizan por ser extremadamente reactivos y expresivos en sus emociones lo cual les dificulta el manejo de los problemas sin la ayuda de los otros, ellos tienden a buscar ayuda inmediatamente en momentos difíciles (Fraley, 2003).

Por otro lado, se encuentran las personas *temerosas* estas "se caracterizan por tener una visión de sí mismas de no ser dignas de amor y apoyo pero combinado con la

expectativa de que los otros estarán presentes negativamente, es decir, serán rechazantes; estas personas evitan el estar involucrado con otros lo que les permite protegerse a sí mismos contra el rechazo anticipado por parte de otros por lo que le temen a la intimidad y son socialmente evitativos" (poseen un modelo del self negativo y modelo de otros negativo) (Bartholomew y Horowitz, 1991; p.227). Estas personas se caracterizan por tener baja autoconfianza y rechazar la intimidad en las relaciones cercanas, son emocionalmente reactivas por lo que se les dificulta el manejo activo del distress, estos individuos no suelen buscar apoyo en los otros y se les dificulta la expresión de sus emociones (Fraley, 2003). Finalmente, se encuentra el estilo de apego *evitativo*, "son personas que tienen un sentido de ser merecedoras del amor, combinado con una disposición negativa hacia los otros (poseen un modelo del self positivo y modelo de otros negativo). Estas personas se protegen contra el rechazo por medio de la evitación de las relaciones cercanas, manteniendo un sentido de independencia e invulnerabilidad" (Bartholomew y Horowitz, 1991; p.227). Cuando estos individuos se encuentran ante situaciones estresantes o que impliquen dificultad, suelen evadir sus emociones, reduciendo así la importancia del problema y evadiendo de manera activa la búsqueda de los otros como apoyo. El grupo *preocupado/ansioso* y el *temeroso* se asemejan en que exhiben una fuerte dependencia de otros para mantener su autovalía, pero se diferencian en la búsqueda de los otros para establecer relaciones cercanas. Mientras que los *preocupado/ansiosos* se caracterizan por buscar a otros para satisfacer sus necesidades de dependencia, los *temerosos* se caracterizan por la evitación de las relaciones cercanas para minimizar el posible rechazo (Bartholomew y Horowitz, 1991) (ver figura 1).

Específicamente, en el estudio de Bartholomew y Horowitz (1991) con 77 estudiantes de psicología, se encontró que el estilo de *apego seguro* se relacionó con altos niveles de intimidad, equilibrio en el control de las relaciones, estar involucrado en éstas adecuadamente y grados adecuados de calidez en el establecimiento de vínculos afectivos. Por otro lado, el estilo de *apego evitativo* puntuó alto en autoconfianza y bajo en expresividad emocional, frecuencia de llanto y calidez en las relaciones. El grupo de *preocupados* obtuvo resultados opuestos a los del grupo de *evitativos*, obteniendo altos puntajes en expresividad emocional, frecuencia de llanto, búsqueda del otro como base segura y llanto en presencia de otros. Además, obtuvieron bajos puntajes en el equilibrio de control dentro de las relaciones. Finalmente, el grupo de sujetos con un

estilo de *apego temeroso*, obtuvo puntajes disminuidos en intimidad, en estar involucrado con el otro y búsqueda del otro en momentos de crisis.

A partir de la clasificación del estilo de apego de Bartholomew y Horowitz (1991), López y cols. (2001), en su estudio con 55 estudiantes universitarios, encontraron que los individuos con estilos de *apego inseguro (ansioso-evitativo)* presentaban niveles elevados de ansiedad y depresión.

Asimismo, Cooper y cols. (1998), en su investigación con 2011 adolescentes, encontraron que el *apego inseguro* está asociado con altos niveles de soledad, rabia, resentimiento, ansiedad, depresión, paranoia, miedo a ser evaluado, narcisismo patológico, síntomas somáticos, baja autoestima y baja autoconfianza. Específicamente, se encontró que los *ansiosos-ambivalentes* eran más propensos a expresar ansiedad, debido a que en su infancia sus necesidades de afecto fueron frustradas. Del mismo modo, los *evitativos* también presentaron emociones negativas pero ellos han aprendido a negar y suprimir estas emociones, tendiendo a la depresión.

La visión reciente acerca del apego en el adulto, parte de los análisis factoriales de los estudios de las medidas de autorreporte del apego en la adultez. Estos, apoyan la existencia de dos factores estructurales que subyacen a la organización del apego adulto. La primera dimensión (evitativa), se caracteriza por disconfort y preocupación por la intimidad y la cercanía interpersonal. La segunda dimensión (ansiedad), se caracteriza por el miedo crónico al rechazo y cercanía interpersonal y finalmente al abandono. Los individuos que puntúan alto en una u otra o ambas dimensiones, se catalogan con apegos inseguros (preocupados, temerosos y evitativos), y que han internalizado expectativas negativas acerca de su competencia personal y amabilidad, al mismo tiempo que una falta de disponibilidad y responsividad por parte de los otros. En contraste, personas con una orientación de apego seguro en la adultez, se presume presentan bajos niveles de apego ansioso y evitativo (Brennan, y cols 1998) (ver figura 1).

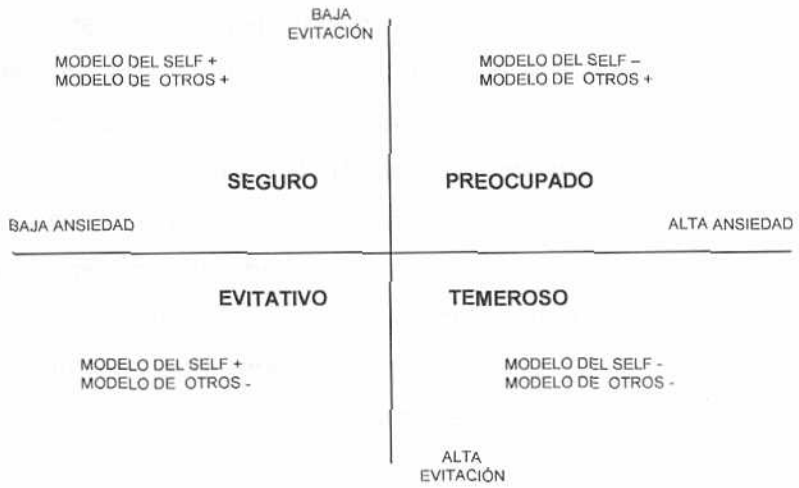


Figura 1. Estilos de apego (Bartholomew y Horowitz, 1991; Fraley, 2003).

Además de los hallazgos encontrados en relación a las diferencias existentes entre los distintos estilos de apego y los niveles de distress en general, se han observado diferencias significativas en cuanto al sexo y estos estilos (Cooper y cols, 1998). Específicamente en su estudio, estos autores encontraron que los hombres tendían a presentar características de estilo de apego seguro, mientras que las mujeres tendían a un apego evitativo. En este sentido, podría decirse que las mujeres al presentar en su mayoría un estilo de apego inseguro serán más propensas a tener mayores niveles de ansiedad y depresión; mientras que los hombres, al poseer generalmente un estilo seguro tendrán menores niveles de dichos síntomas

Existe suficiente evidencia que respalda el hecho de que la inseguridad en el apego del *adulto se relaciona fuertemente con distintos índices de desajuste y de distress y que*, en comparación con los de apego inseguro, los individuos con apego seguro evidencian consistentemente menos distress y mejor funcionamiento adaptativo (Lopez y Brennan, 2000). Como los cambios en la vida son propensos a ocasionar sentimientos de inseguridad, muchos estudios han estado orientados a investigar cómo las características del apego adulto influyen al ajuste del individuo y el afrontamiento que tiene frente a estos cambios de la vida. Por ejemplo, existe evidencia de que el estilo de apego puede afectar la forma en que las personas lidian con estresores normativos y no normativos como el divorcio (Mayseless, Danielí y Sharabany, 1996 cp. Lopez, y Gormley 2002).

Se ha demostrado que los estilos de apego no sólo pueden estar relacionados con la presencia de distress psicológico sino que además pueden influir en la forma de expresión de éste y por tanto en la decisión de búsqueda de ayuda psicológica. En consonancia con esto, Lopez, Meléndez, Sauer, Berger y Wyssmann, (1998), en un estudio con 253 estudiantes de Psicología, encontraron que los individuos con modelos positivos del self *(apego seguro y evitativo)* reportaron menor número de problemas actuales y por lo tanto menor asistencia a centros de ayuda al compararlos con los individuos con modelos negativos del self (*apego preocupado y temeroso*). Específicamente, en lo que respecta a la expresión del distress se encontró que las personas evitativas presentaban medidas elevadas en la actividad fisiológica al mismo tiempo que negaban la experiencia de distress, a diferencia de los sujetos seguros. Por otro lado, se encontró que aquellas personas con altos niveles de problemas reportados y modelos negativos de los otros eran menos propensos a buscar ayuda psicológica.

A partir de las investigaciones antes descritas, puede decirse que la teoría del apego involucra implícitamente el desarrollo de un estilo cognitivo estando, en ciertos casos, relacionado al desarrollo de la psicopatología en general (Campbell, 1989, cp. Chorpita y Barlow, 1998). Una explicación acerca de esto, que nace de la perspectiva etológica, señala que el distress emocional refleja la internalización de experiencias afectivas adversas (del presente y del pasado), especialmente aquellas que han impactado los sentimientos de autoconfianza y seguridad del individuo. Fallas en el establecimiento de vínculos afectivos tales como un cuidador inconsistente y/o rechazante, cohartan el desarrollo sano de la personalidad, e introducen distorsiones y falta de coherencia en los modelos mentales que continúan afectando a la persona en la adultez. Síntomas como los de la ansiedad, la depresión y la rabia, surgen como respuesta ante la ruptura de los vínculos interpersonales a tal nivel que puede llegar a interferir con el funcionamiento adecuado y satisfactorio de las relaciones con otros (Sable, 2000).

A pesar de la importancia que se le ha dado a la permanencia del estilo de apego desde la niñez hasta la adultez, la relación que existe entre los estilos de apego que se adquieren en la infancia temprana y los síntomas de ansiedad y depresión que experimentan algunos individuos en la adultez parece no ser tan simple. Para ello, los estudios sobre apego adulto, personalidad y niveles de funcionamiento individual han evaluado distintas características como la autoestima y los rasgos de personalidad, las

relaciones con los pares y la soledad, el ajuste social, medidas fisiológicas, psicopatología y sentimientos de ansiedad y depresión (Crowell y Treboux, 1995).

Algunas de las posturas recientes incluyen además variables como los estilos de afrontamiento (Lopez y Gormley, 2002; López y cols, 2001; Kemp y Neimeyer, 1999; Mikulincer 1998), el autoconcepto (Cooper y cols, 1998; Diehl y cols, 1998; Cross y Madson, 1997; Mikulincer, 1995; Bartholomew y Horowitz, 1991) y el sexo (Hankin y Abramson, 2001) como variables influyentes en la relación entre el estilo de apego y, la ansiedad y la depresión. Es por esta razón, que la presente investigación intenta incluir variables relevantes en el estudio del apego que han sido fundamentalmente estudiadas de manera separada.

Según Lopez y Gormley (2002), el estilo de apego ha estado asociado frecuentemente con variaciones individuales en las estrategias atencionales, de evaluación, de regulación del afecto y de afrontamiento. De la misma manera, para Mikulincer (1998), los patrones de apego seguro funcionan como "recursos internos" que pueden ayudar al individuo a afrontar exitosamente los problemas, mientras que el apego inseguro puede considerarse como un factor de riesgo que puede afectar la resiliencia del individuo en momentos de estrés. Para apoyar esta conclusión, estudios como el de Lopez y Gormley (2002) han señalado que las personas con apego ansioso o preocupado son altamente atentas a sus propias emociones y percepciones de malestar interno y amenaza externa. Por ello, son más propensas a utilizar recursos de apoyo social de manera indirecta e inefectiva. Según estos autores, las personas con estilo de apego evitativo y temeroso demuestran tendencias a reprimir los afectos tanto positivos como negativos y a evitar utilizar el apoyo social.

Bowlby (1980) plantea la relación entre el estilo de apego y el estilo de afrontamiento a partir del concepto de modelos mentales. Estos modelos no sólo cumplen la función de proveer información acerca de las relaciones con los otros sino que también, se relacionan con las estrategias de afrontamiento individuales y los sentimientos de autovalía y autoeficacia. Estas estrategias y sentimientos pueden reducir la ansiedad y permiten desplegar estrategias positivas y constructivas que permitan lidiar con estresores ambientales resultando en un ajuste emocional más adecuado. Para este autor, el esquema cognitivo/afectivo relacionado con las experiencias tempranas de

apego puede influir en las futuras estrategias de afrontamiento de los individuos ante el distress; y el subsiguiente ajuste emocional ante una variedad de situaciones.

En consonancia con este punto de vista, Lopez y Gormley (2002) realizaron un estudio sobre los estilos de apego y su relación con la autoconfianza, los estilos de afrontamiento y el distress en estudiantes universitarios, encontraron que en general, los individuos con estilo de apego seguro tenían puntajes más favorables en estos índices. Por el contrario, los estudiantes con apego inseguro evidenciaron significativamente el uso de estrategias desadaptativas de afrontamiento de tipo reactivo (respuestas emocionales intensas, impulsividad y distorsiones) y supresivas (negación, confusión, evitación y la tendencia a suprimir la preocupación por los problemas). También encontraron que los estudiantes que tenían apego seguro evidenciaron menos depresión y ansiedad. Esto se encuentra asociado con el hecho de que estos estudiantes cuentan con habilidades efectivas en el manejo y regulación de sus emociones lo que facilita el afrontamiento utilizado. En este estudio, los individuos con apego inseguro evidenciaron mayores problemas en sus estilos de afrontamiento. Al parecer este patrón de apego en los adultos, al igual que en la niñez, coloca a los individuos en riesgo frente a una variedad de problemas ante los cuales no están bien equipados para afrontar.

Mikulincer, Florian y Weller (1993), examinaron la asociación entre los estilos de apego y la forma de reaccionar que tuvieron las personas ante el ataque de misiles ocurrido en Israel durante la guerra del golfo. En esta investigación se encontró que las personas con *apego ansioso* reportaron mayor distress que la gente con *apego seguro*. Los individuos con patrones de *apego evitativo* reportaron altos niveles de somatización y hostilidad así como la utilización de estrategias de distanciamiento que les permiten eliminar la ansiedad y la depresión de sus respuestas emocionales por lo que pudieran expresarlas a través de la somatización. Además, la gente con *apego seguro* utilizó relativamente más estrategias de búsqueda de apoyo para afrontar el evento, y los sujetos con *apego ansioso* utilizaron más las estrategias centradas en la emoción. Estas personas son descritas como hipervigilantes a las fuentes de distress.

En esta línea, Kemp y Neimeyer (1999) establecen que el estilo de apego seguro filtra los estresores diarios y facilita el afrontamiento del afecto negativo, asociándose al mismo tiempo con menores niveles de ansiedad y depresión y con estilos de

afrontamiento ante el estrés más adaptativos. Autores como Mikulincer (1995) afirman, que en la adultez, al igual que en la infancia, las personas buscan a otros para encontrar apoyo específicamente en momentos de estrés. De este modo, la situación estresante debería activar los modelos internos del apego, al mismo tiempo que deberían elicitar respuestas diferentes ante el mismo dependiendo de las características del estilo de apego de cada quien. En este sentido, el estilo de apego seguro, muestra un rol de filtro ante los efectos del estrés y la experiencia emocional del distress.

Esta idea es congruente con lo propuesto por algunos autores, quienes afirman que el estilo de apego y las primeras experiencias de cuidado llegan a ser internalizadas en modelos mentales que influyen en la formación de prototipos para las relaciones futuras, en el aprendizaje de mecanismos de afrontamiento para reaccionar ante situaciones negativas o estresantes (Bowlby, 1973) y en la formación de un modelo del Self (autoconcepto) y modelo de los otros (Bartholomew y Horowitz, 1991), que determinarán la calidad de las relaciones que establezcan los individuos. De esta manera, puede decirse que los estilos de afrontamiento se relacionan con determinados estilos de apego y que a su vez algunos estilos de afrontamiento se asocian con la aparición de síntomas ansiosos y depresivos. Es por esto que se hace pertinente estudiar cuál es la relación general entre dichas variables.

En relación con los estilos de afrontamiento, Folkman y Lazarus (1986), los definen como: "los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (p. 164).

Según estos mismos autores, el afrontamiento cumple dos funciones principales: 1) regular las emociones estresantes y 2) modificar la relación problemática entre el individuo y su ambiente que está causando el problema (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986). Básicamente, el afrontamiento es lo que el sujeto piensa o hace durante su exposición ante una situación estresante. Folkman (1984) resalta que el afrontamiento no necesariamente está relacionado con los resultados obtenidos de los pensamientos y las conductas realizadas, es decir, el afrontamiento es todo lo que se hace independientemente de los resultados que se obtengan. De esta manera se puede considerar afrontamiento tanto una acción que haya fracasado

en la resolución de una situación como otra acción que por el contrario haya resultado efectiva.

Sin embargo, existen ciertas condiciones, Folkman y Lazarus (1986) subrayan que para que una acción o pensamiento se considere como afrontamiento estas deben tener criterio de realidad, es decir, se excluyen de las acciones de afrontamiento las conductas psicóticas, que son consideradas por algunas teorías como intentos desesperados para resolver situaciones de tensión muy intensas.

Estos mismos autores, proponen una clasificación amplia de las estrategias de afrontamiento, las cuales se pueden dividir en las estrategias dirigidas a la emoción y las dirigidas al problema. Las primeras, se refieren a estrategias cuyos esfuerzos se orientan a reducir los sentimientos negativos que se generan en respuesta a la amenaza. Entre ellas se encuentran: 1) Solución fantástica: empleo del pensamiento y soluciones mágicas y fantásticas para resolver el problema y alejarse de la situación. 2) Evasión y conformismo: el sujeto intenta escapar de la situación y/o conformarse y aceptar pasivamente lo que está sucediendo, esto busca minimizar el significado lesivo que puede tener la situación. 3) Reevaluación cognitiva, referida a la reevaluación del problema para no ser percibido de una manera amenazante, de esta manera la persona se prepara cognitivamente para enfrentarlo.

Las estrategias centradas en el problema, son aquellas estrategias dirigidas a la definición del problema, búsqueda de soluciones alternativas, sopesar tales alternativas y ayudar al individuo a enfrentar de manera más efectiva el problema. Entre ellas se encuentran: 1) Búsqueda de apoyo e información, referido a la búsqueda de otras personas para conseguir soporte emocional y aumentar el nivel de información respecto al problema. 2) Afrontamiento activo, referido a la adopción de una postura activa en la búsqueda de soluciones a los problemas que sugiere cierto grado de hostilidad y riesgo. 3) Hacerse responsable, caracterizado por el reconocimiento del papel que juega el sujeto en el problema y una búsqueda activa del control sobre la situación.

Las estrategias dirigidas al problema son más activas que las dirigidas a la emoción. Sin embargo, esto no quiere decir que sean más potentes o mejores, todo depende de la situación específica. Folkman y Lazarus (1986) concluyeron, que en las situaciones

en las que se evalúa que algo constructivo se puede realizar se suelen generar mayores situaciones de solución de problemas, utilizándose así ambas estrategias al mismo tiempo.

En una investigación con estudiantes universitarios, realizada por estos autores, se encontró que los individuos utilizaban en mayor medida las estrategias dirigidas al problema en el tiempo previo a los exámenes, cuando el sujeto tiene algo de control sobre el resultado. Por el contrario, después de haber presentado el examen, utilizaban más estrategias de control emocional. De ello se concluye que en general, el grado de control sobre la situación parece ser determinante en el uso de una estrategia u otra.

En esta misma línea, López y cols. (2001), en un estudio con 55 estudiantes universitarios, establecieron que los estilos de *apego inseguros* disponían a los individuos a usar formas de regulación de afecto y mecanismos de afrontamiento poco adaptativos que incrementaban a su vez los niveles de ansiedad y depresión en ellos. Además se encontró, que los individuos con estilo de *apego seguro* experimentan menores niveles de ansiedad y depresión y utilizando principalmente como estrategia de afrontamiento la búsqueda de apoyo social (Kemp y Neimeyer, 1999). Esto apoya la conclusión de Mikulincer (1998), que señala que la base segura establecida en la infancia en aquellos individuos con apego seguro parece ser un recurso personal para facilitar el encuentro ante futuras situaciones estresantes.

En consonancia con lo anterior, también se han realizado investigaciones sobre la estabilidad o el cambio en los patrones de apego de estudiantes universitarios y su influencia sobre la autoconfianza, el estilo de afrontamiento y los niveles de ansiedad y depresión. Se encontró que los estudiantes con apegos seguros estables evidenciaron significativamente mayores patrones de afrontamiento adaptativos. Este patrón sugiere que el mantenimiento del apego seguro durante la transición del primer año universitario, se encuentra asociado con la habilidad para mejorar la regulación de las emociones negativas que podrían interferir con el afrontamiento efectivo, mientras que la inestabilidad en el apego seguro coincide con un decremento en tal capacidad (López y cols. 2001).

Las personas con apego ansioso o preocupado están altamente atentas a sus propias emociones y percepciones de distress interno y amenazas externas. Ellos además son

más propensos a utilizar fuentes de apoyo social de una manera indirecta e inefectiva. En contraste, las personas con orientaciones de apego evitativas demuestran una marcada inclinación a reprimir el afecto, bien sea positivo o negativo y a evadir la búsqueda de apoyo social (Fuendeling, 1998). Además, se ha encontrado que las personas con estilos de apego seguros poseen autoestructuras más integradas (Mikulincer, 1995), y suelen utilizar menos defensas disociativas (Lopez y cols, 2001). También existe evidencia de las relaciones entre el apego seguro y los índices de distress y problemas en el funcionamiento de jóvenes universitarios y como estos podrían estar mediados por baja autoestima, cogniciones disfuncionales (Roberts, Gotlib y Kassel, 1996) y estilos de afrontamiento desadaptativos (Lopez y cols, 2001). En este último estudio, los estudiantes con patrones inseguros de apego (altos niveles de apego ansioso y evitativo) mostraron formas más reactivas y supresivas de solucionar los problemas comparados con los que mostraron un apego seguro.

Así como los estilos de apego y los estilos de afrontamiento parecen relacionarse en la manifestación de síntomas y trastornos de ansiedad y depresión, existen otras variables significativas como el autoconcepto o modelo del self (Bartholomew y Horowitz, 1991; Mikulincer, 1995; Cross y Madson, 1997; Cooper y cols, 1998) que parecen influir en la relación que existe entre estilo de apego y niveles de ansiedad y depresión. Algunos autores como Diehl y cols, (1998), apoyan el papel del autoconcepto señalando que el modelo mental resultante de los vínculos de apego en la niñez planteado por Bowlby (1973), se convierte en un modelo del self en la adultez. Este modelo del self indicará el grado en el cual los individuos han internalizado un sentido de autovalía y un modelo de otros.

Según Kohut (1980), el niño al nacer no presenta una concepción de sí mismo, no tiene ninguna percepción reflexiva de sí mismo ya que no es capaz de experimentarse a sí mismo. En sus comienzos, el niño atraviesa un período donde establece una relación simbiótica con su madre, llamada por Melanie Klein "estado egocósmico", en ella el niño percibe al mundo y a sí mismo como una sola unidad. Posteriormente, según esta autora, el niño empieza a entender la separación entre su "yo" y el "no-yo", proceso que se da entre los 6 y 8 meses, aproximadamente a la misma edad que se comienza a elaborar el concepto de objeto. Es en este momento donde el niño comienza a considerarse a sí mismo como un único y continuo suceso, que será la base para el desarrollo de un sólido concepto de sí mismo. Así, el autoconcepto se

desarrolla a partir de la maduración, el aprendizaje y la interacción del individuo con su ambiente.

Para Combs y Snygg (1969 cp. Fitts, 1971), las primeras experiencias en la familia influyen en la formación del sí mismo, ya que es ésta la que provee las más tempranas y permanentes definiciones del autoconcepto. Estos autores señalan, que dentro de estas experiencias están: el sentimiento de adecuación o inadecuación, los sentimientos de aceptación o rechazo, la oportunidad para la identificación y las expectativas referidas a metas, valores y conductas aceptables. Como apoyo a esta afirmación, existen estudios que sustentan que la influencia de los padres afecta el autoconcepto de los niños. En relación a ello, Coleman, Freeman y Owens (1966 cp. Fitts, 1971), encontraron en su estudio, que aquellos niños que presentaban problemas emocionales, tenían también padres con este tipo de disfunciones, inclusive tendían a presentar autoconceptos negativos.

Para Fitts (1971), el autoconcepto se compone de tres dimensiones: 1) el self como un objeto (autoidentidad), se refiere a las etiquetas y símbolos que se le asignan al self. Es lo que respondería a la pregunta ¿Quién soy?, la cual ayuda a describirse y a hacer distintivo el autoconcepto. 2) el self como agente (self conductual), se refiere a lo que el individuo actúa y hace dentro de su mundo fenomenológico. A partir de este self, el individuo extrae principalmente el material para construir las categorías de autoidentidad. Es decir, las consecuencias que tenga su conducta influirán su repetición o extinción; y determinarán si estas conductas serán incorporadas dentro de su autoidentidad. Cuando el individuo obtiene refuerzo y satisfacción por los logros alcanzados, su autoidentidad se expande incluyendo nuevos logros y etiquetas que irá actualizando a través de estas nuevas capacidades. 3) el self como observador y juez (self evaluador), una de las características es que tiene la capacidad de ser consciente y evaluarse a sí mismo. De la relación entre la autoidentidad y el self conductual surge el tercer self, el evaluador, que define lo que está bien, lo que está mal, lo que me gusta o lo que me disgusta.

En su teoría, Fitts (1971) resalta el papel de las relaciones interpersonales en el desarrollo del autoconcepto, señala que estas relaciones se encuentran estrechamente vinculadas con la autoactualización del individuo y del concepto que éste posee de sí mismo. A través del feedback que recibe de los otros y de sí mismo y a través de los

hechos fácticos, sus propias concepciones se mantendrán o experimentarán cambios. De hecho, Cross y Madson (1997) señalan, que el autoconcepto no sólo influye en el comportamiento social, sino que también es un producto social, en este sentido, el autoconcepto contínua y dinámicamente toma forma a través de la interacción con los otros y el mundo social.

Al respecto, estos autores señalan que antes de que el individuo pueda atribuirse características especificas, su autoconcepto ha sido moldeado o formado por interacciones sociales, roles sociales asociados al sexo y expectativas asociadas al mismo. La expresión de las emociones puede diferir en individuos con diferente autoconcepto, esto es debido a que este influye en la atención y comprensión de distintas claves emocionales. Específicamente, individuos con un autoconcepto interdependiente pueden ser especialmente sensibles al ambiente social y a las respuestas y experiencias que definen al otro. Por el contrario, individuos con un autoconcepto independiente pueden estar especialmente focalizados en sus estados internos por lo que sus experiencias personales y no las de otros sirven como referencia para las emociones. Estos autores explican que el hecho de que las personas sean más sensibles a las experiencias y los eventos negativos que le ocurren a otros (autoconceptos interdependientes) pueden tener un mayor impacto favoreciendo la aparición de síntomas depresivos y ansiosos.

Según Sroufe y Fleeson (1986 cp. Mikulincer, 1995) los componentes de las figuras de apego se incorporan en el self a través del aprendizaje de roles dentro de las relaciones. Esto es mientras las personas se sientan más seguras en sus relaciones y mientras se sientan valoradas por los otros, estas se sentirán más especiales y valiosas. Por el contrario, el sentirse rechazado por otros puede fortalecer los sentimientos de minusvalía.

En relación a esto, la teoría del apego propone que el tipo de interacción entre el infante y su cuidador genera modelos mentales internos que organizan las cogniciones, los afectos y el comportamiento en las relaciones futuras; guían la regulación de los afectos; y moldean la autoimagen (Mikulincer, 1995).

Igualmente, se ha encontrado que los distintos estilos de apego difieren en las percepciones, expectativas y en el funcionamiento en las relaciones cercanas, además

de estar relacionados con la regulación del afecto. La gente clasificada en el apego seguro busca apoyo social en momentos de necesidad y depende de estrategias de afrontamiento constructivas para regular sus afectos. La gente con apego inseguro depende de modos de afrontamiento menos constructivos y son menos capaces de regular sus afectos. Mientras que las personas con apego evitativo dependen de afrontamientos de tipo supresivo y retraído, los ansiosos-ambivalentes dependen de estrategias centradas en la emoción que incrementan en lugar de disminuir los niveles de distress (Mikulincer, 1995).

Una vez visto que según Bowlby (1973) las experiencias de apego moldean la autoimagen de la persona, resulta importante estudiar su relación con la ansiedad y la depresión. Para este autor, la persona utiliza sus experiencias tempranas de apego como fuente de información que le permite aprender acerca de sí misma.

Existen varios estudios que apoyan esta hipótesis, (Bartholomew y Horowitz, 1991; Feeney y Noller, 1990; Griffin y Bartholomew, 1994; Mikulincer, 1995). Se ha encontrado que las personas adultas con apego seguro tienden a tener niveles más altos en su autoestima que aquellas con apego ansioso-ambivalente. Así mismo, Feeney y Noller, (1990) y Griffin y Bartholomew, (1994) encontraron que las personas con apego evitativo tenían autoimágenes más negativas que las personas con apego seguro.

Mikulincer, (1995) encontró igualmente resultados que apoyaban la hipótesis de la relación entre el estilo de apego y el contenido y estructura del self. En lugar de estudiar un simple aspecto como lo es la autoestima, ignorándose de esta forma la complejidad del constructo del self, este propuso que debía utilizarse la definición del self como un constructo cognitivo, que incluye un gran número de información autoreferencial que se organiza en forma de representaciones jerárquicas, donde cada una sirve mas o menos como reflejo de alguno de los aspectos del self.

En su extenso trabajo, este autor resaltó la necesidad de evaluar distintos aspectos de la estructura del self como lo son: 1) el contenido de los atributos que las personas utilizan para pensar sobre ellas mismas (atributos positivos o negativos), 2) la organización que tienen estos atributos en autorepresentaciones (aspectos diferenciados del self y su integración) y 3) la correspondencia entre los dominios y

aspectos del self (correspondencia entre el self actual y el ideal y correspondencia entre la autopercepción y la percepción que tienen los otros del propio self) (Mikulincer, 1995)

En relación al contenido de los atributos del self, Mikulincer, (1995) explica que cuando la gente piensa sobre sí misma puede usar tanto atributos positivos o negativos que determinarán el tono hedónico de su auto apreciación y sus subsecuentes respuestas. El tono hedónico puede variar en la persona a lo largo del tiempo y en distintas situaciones, dependiendo de los atributos del self que se vuelven accesibles debido a una experiencia o por una asociación con otros atributos. De cualquier forma, varía también de una persona a otra; algunas personas piensan sobre sí mismas en términos positivos, mientras que otras se describen a sí mismas en términos negativos. Se ha encontrado que estas diferencias individuales se reflejan directamente en la autoestima del individuo y en el humor crónico (Bargh y Tota, 1988).

En general, los hallazgos enfatizan la importancia de una relación de apego cálida para el desarrollo de un una estructura del self coherente, positiva y bien organizada. Las personas con apego seguro se describen a si mismas en términos positivos y pueden incluso admitir sus atributos negativos, exhibiendo esquemas del self altamente diferenciados e integrados y revelando relativamente bajas discrepancias entre los dominios y los aspectos del self. Este patrón surge de la base segura de aceptar y apoyar las figuras de apego, que puede llevar a la creación de una manera de autoobservarse más balanceada basada en representaciones del self marcadamente positivas que fomentan a las personas a tolerar los puntos débiles de su self (Mikulincer, 1995).

Los esquemas que se han observado en las personas con apego seguro son congruentes con los resultados encontrados sobre su relación con el afrontamiento constructivo (Mikulincer y cols, 1993). La forma positiva de verse que tienen las personas con apego seguro les permite confrontar los problemas de la vida con optimismo, sensación de dominio, mientras que su habilidad para organizar las experiencias en categorías no afectivas diferenciadas les permite encapsular el distress y prevenir su expansión completa a la estructura del self. Además, la capacidad de las personas con apego seguro para explorar tanto los aspectos positivos como negativos de su self se manifiesta en el establecimiento de metas y planes

realistas. Finalmente, la coherencia de la estructura del self les previene de experienciar un distress abrumador cuando no alcanzan los estándares individuales (Mikulincer, 1995).

Por otro lado, las personas con apego evitativo poseen una visión positiva de ellos mismos pero esta aparece con falta de equilibrio, integración y sin coherencia. La inseguridad característica de este tipo de personas se manifiesta en grandes discrepancias entre los dominios y los aspectos del self. Su historia de relaciones inseguras con sus cuidadores que les han mostrado actitud de rechazo les lleva a pensar que ellos no son el tipo de personas que deberían ser o las personas que sus *padres hubieran deseado. La internalización de este sentimiento de fracaso puede* verse reflejada en: 1) el desarrollo de estándares que están muy lejos de lo que la persona actualmente es y que no pueden ser alcanzados sin destruir aspectos centrales del self y 2) la creencia de que los otros significativos tienen visiones negativas de uno mismo. Las estrategias utilizadas para afrontar su inseguridad se manifiestan en la poca accesibilidad que tienen los atributos negativos del self y la inhabilidad para integrar los distintos aspectos del mismo (Mikulincer, 1995).

Las personas con apego ansioso-ambivalente exhibieron una estructura negativa, simple y pobremente integrada. Su estructura del self fue penetrada por atributos y afectos negativos y estuvo caracterizada por una baja diferenciación e integración del self así como grandes discrepancias entre sus aspectos. Sus experiencias en rechazo y no aceptación con sus figuras de apego se manifiesta directamente en la internalización de una autoimagen negativa que está muy lejos de lo que ellos quieren o sienten deben ser, así como de lo que piensan que los otros esperan de ellos. Estas personas se sienten abrumadas por los pensamientos y sentimientos negativos y pueden faltar fuentes necesarias para desarrollar una estructura del self compleja y coherente (Mikulincer, 1995).

Es importante resaltar que los patrones de las personas con este tipo de apego son bastante similares al de las personas que sufren de depresión ya que las personas con apego ansioso-ambivalente tienden a experienciar con mucha frecuencia humor depresivo (Mikulincer y cols. 1993). Por lo cual se pude decir que aquellas personas con estilo de apego inseguro tenderán a presentar mayores niveles de depresión.

Algunos estudios realizados con estudiantes universitarios han arrojado resultados que evidencian que los estudiantes clasificados como seguros se ven a si mismos más amables y agradables que los estudiantes inseguros y, además, reportaron mejores niveles en su autoconcepto (Treboux, Crowell, y Colon-Downs, 1992 cp. Crowell y Treboux, 1995). En el estudio reportado por Bartholomew y Horowitz (1991), se encontró que los sujetos clasificados como seguros y evitativos puntuaron más alto que los clasificados como preocupados y los temerosos en medidas de autoestima y autoaceptación y a su vez reportaron menores niveles de distress.

La relación entre autoconcepto y ansiedad y depresión se investigó en el estudio de Diehl y cols (1998). En esta investigación, se usó una muestra de 304 individuos de edades comprendidas entre 20 y 87 años, estos autores señalaron que aquellos individuos que poseían altos puntajes en variables de personalidad que apuntaban al optimismo, buena salud mental y física e independencia; y bajos puntajes en mecanismos de afrontamiento defensivos, eran comúnmente clasificados en las categorías de apego que sugerían un modelo del self positivo (seguro y evasivo). Por el contrario, aquellos individuos que obtenían bajos puntajes en tales variables de personalidad, y altos puntajes en mecanismos de defensa inmaduros podían ser clasificados comúnmente en la categoría de apego que indicaba un modelo del self negativo (preocupado y temeroso). Resultados similares fueron encontrados en el estudio de Bartholomew y Horowitz (1991) y el de Cooper y cols. (1998) donde los individuos clasificados dentro del estilo de apego seguro y evitativo tendían a tener puntajes positivos en el autoconcepto; y los individuos con estilos de apego temeroso y preocupado tendían a puntajes bajos en el autoconcepto. A partir de estas investigaciones puede concluirse que hay evidencia que apoya la existencia de la relación entre el estilo de apego y el autoconcepto.

Sin embargo, se ha encontrado que el autoconcepto se encuentra además influenciado por las diferencias de sexo. El autoconcepto en las mujeres parece ser negativo si se compara con el autoconcepto de los hombres, siendo éstas más propensas a la manifestación de síntomas ansiosos y depresivos. Específicamente, Cross y Madson (1997), explicaron sus hallazgos señalando que las mujeres construyen su autoconcepto en función de las experiencias que tienen con las personas que las rodean. Por ello, si su autoconcepto se desarrolla, en parte, por estas relaciones, se involucrarán en mayor medida con los problemas y experiencias negativas que estas

personas puedan experienciar. Esta característica en las mujeres puede contribuir al desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos ya que perciben poco control sobre los eventos que pueden ocurrirle a los otros. Además, las mujeres tienden a reportar mayores experiencias de afecto negativo (tristeza, miedo y nerviosismo) que los hombres, posiblemente porque el hecho de experienciar los eventos negativos de los otros hace que se internalice la ansiedad y depresión de estos.

Como se ha observado, existen fuertes indicios de que el estilo de apego, el estilo de afrontamiento, el autoconcepto y el sexo, se encuentran estrechamente relacionadas con los niveles de ansiedad y depresión. El objetivo de esta investigación es probar tal relación dentro de una muestra asistencial de estudiantes universitarios bajo un enfoque multivariado. Concretamente, lo que se espera es que el sexo del individuo influya en los niveles de ansiedad y depresión, en el estilo de apego y en el autoconcepto. A su vez se espera, que el apego influya en la manera en cómo los individuos responden ante situaciones estresantes de la vida, en la valoración que tienen los individuos de sí mismos, así como en los niveles de ansiedad y depresión. Del mismo modo, la manera que el individuo escoja para afrontar situaciones estresantes también influirá en los niveles de estos síntomas.

Realizar este tipo de estudio en un grupo de personas que consulta por ayuda psicológica resulta pertinente ya que se supone que los niveles de ansiedad y depresión estarán aumentados. La comprensión de estas variables en dicha muestra enriquecerá la evaluación e intervención en los procesos terapéuticos. Además, este tipo de investigación no se ha realizado en un contexto universitario venezolano por lo que su realización constituye un aporte al aumento de conocimiento.

III. MÉTODO

1. Problema

¿ Cómo influyen el estilo de apego, los estilos de afrontamiento, el autoconcepto y el sexo sobre la ansiedad y la depresión, y cuál es la relación que existe entre estas variables?

2. Hipótesis

Específicamente, se pretenden verificar las relaciones que se exponen en el siguiente diagrama de ruta (Figura 2).

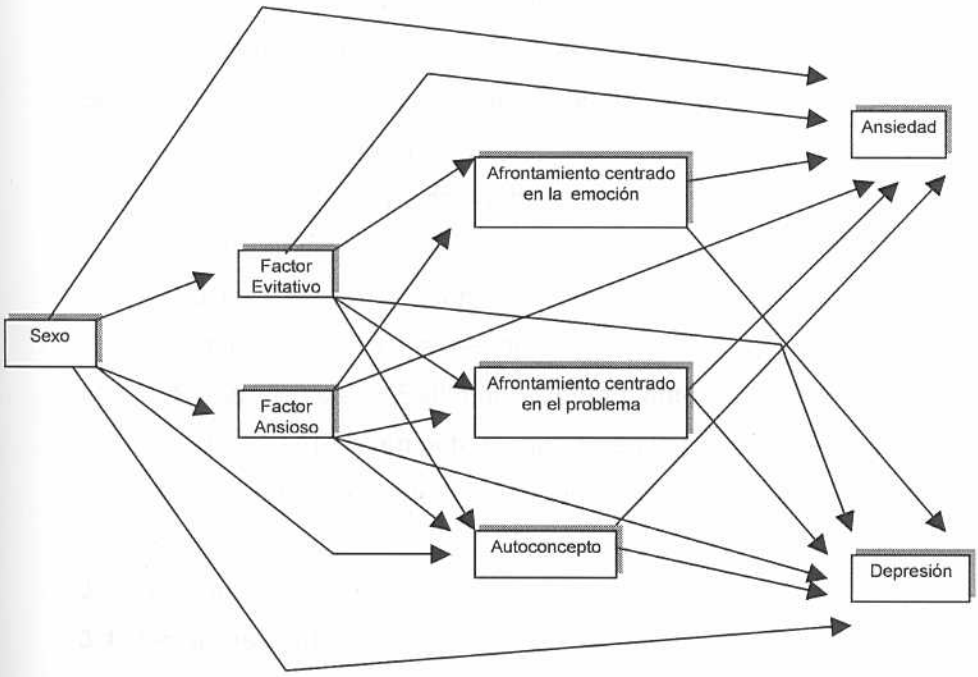


Figura 2. Diagrama de Ruta de la relación entre el sexo, el estilo de apego (factor evitativo y factor ansioso), el estilo de afrontamiento y el autoconcepto y su influencia sobre la ansiedad y la depresión.

Se esperan coeficientes negativos en las relaciones entre las siguientes variables:

- Sexo y Ansiedad
- Sexo y Depresión
- Sexo y Factor Evitativo
- Sexo y Factor Ansioso
- Factor Evitativo y Estilo de Afrontamiento Centrado en el Problema
- Factor Ansioso y Estilo de Afrontamiento Centrado en el Problema
- Factor Evitativo y Estilo de Afrontamiento Centrado en la Emoción
- Factor Evitativo y Autoconcepto
- Factor Ansioso y Autoconcepto
- Autoconcepto y Ansiedad
- Autoconcepto y Depresión
- Estilo de Afrontamiento Centrado en el Problema y Ansiedad
- Estilo de Afrontamiento Centrado en el Problema y Depresión

Se esperan coeficientes positivos en las relaciones entre las siguientes variables:

- Sexo y Autoconcepto
- Factor Evitativo y Ansiedad
- Factor Ansioso y Ansiedad
- Factor Evitativo y Depresión
- Factor Ansioso y Depresión
- Factor Ansioso y Estilo de Afrontamiento Centrado en la Emoción
- Estilo de Afrontamiento Centrado en la Emoción y Ansiedad
- Estilo de Afrontamiento Centrado en la Emoción y Depresión

3. Variables

3.1 Variables Endógenas:

Ansiedad

Definición Conceptual: la ansiedad es definida como:

" Una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión o aprehensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo" (Sarason y Spielberger, 1976, p. 197).

Definición Operacional: Puntaje obtenido en el Inventario de Ansiedad estado de Spielberger (Spielberger, 1983 cp. López y cols, 2001), donde los puntajes altos indican elevados niveles de ansiedad.

Depresión

Definición Conceptual: estado de ánimo, de tristeza, abatimiento, pesadumbre, infelicidad, pudiendo también presentar irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo (Bellock y cols, 1999).

Definición Operacional: puntaje obtenido a través de la suma del valor de cada ítem de la escala de Beck (1975), indicando los altos puntajes un mayor nivel de depresión.

Estilos de Afrontamiento

Definición Conceptual: Conjunto de respuestas cognitivas y conductuales que los sujetos desarrollan para enfrentar las situaciones estresantes y que pueden estar orientadas a eliminar el problema o los estados emocionales experimentados (Lazarus y Folkman, 1986 y Folkman y cols 1986).

En la presente investigación se utilizará la escala Ways of Coping Scale (WOC) de Lazarus y Folkman (1986), la cual evalúa las estrategias de afrontamiento que utilizan los sujetos para enfrentar situaciones estresantes. Dicha escala fue revisada por Berruete y Ochoa (1989) y Llorens (1995), donde se encontraron las siguientes categorías:

Centrados en la Emoción:

1. Solución Fantástica: Empleo del pensamiento y soluciones mágicas y fantásticas para resolver el problema, alejándose así de la situación.
2. Reevaluación Cognitiva: Busca enfocar el problema de manera que no se perciba tan amenazante y que la persona se prepare cognitivamente para afrontarlo.
3. Evasión y Conformismo: El sujeto intenta escapar de la situación y/o conformarse y aceptar pasivamente lo que está sucediendo, minimizando así el significado negativo que puede tener la situación.

Centrados en el Problema:

4. Búsqueda de Apoyo e Información: Se refiere a la búsqueda de apoyo de otras personas para obtener soporte emocional y aumentar el nivel de información del problema.

5. Afrontamiento Activo: Consiste en adoptar una postura activa, encontrándose soluciones a los problemas planteados y suponiéndose cierto grado de hostilidad y riesgo.

6. Hacerse Responsable: Es el reconocimiento del papel que juega el sujeto en el problema y la búsqueda activa de tener control sobre la situación.

Definición Operacional: Puntaje obtenido por el sujeto en cada una de las subescalas de la Ways of Coping Scale (WOC) de Lazarus y Folkman (1986) y adaptada por Berruete y Ochoa (1989) y modificada posteriormente por Llorens (1995).

Autoconcepto

Definición Conceptual: es el marco interno de referencia que incluye el conjunto de significaciones básicas que la persona posee acerca de sí misma y de sus relaciones con el mundo circundante; engloba ideas, actitudes, valoraciones y compromisos relativos a la propia persona (Fitts, 1965 cp. Caraballo-Hurtado, 1988).

Definición Operacional: puntuación total "P", obtenida de la sumatoria de los puntajes que forman parte de las subpuntuaciones de la escala de Autoconcepto de Tenessee (Fitts, 1965 cp. Caraballo-Hurtado, 1988). Este puntaje indica si el sujeto tiene un autoconcepto positivo (cuando el puntaje es alto), o autoconcepto negativo (cuando el puntaje es bajo).

Estilo de Apego

Definición Conceptual: es la condición en la cual un individuo se encuentra vinculado afectivamente a otra persona. La evidencia que explica la existencia de este vínculo, señala que la relación de apego se define por la presencia de características como búsqueda de proximidad, el fenómeno de la base segura y la protesta cuando se da la separación (Holmes, 1993).

En la presente investigación se adoptó la clasificación del estilo de apego de Fraley y Waller (1998). Dónde a partir de la combinación de los dos factores generales de apego (Ansioso y Evitativo) se obtienen los cuatro estilos de apego propuestos inicialmente por Bartholomew y Horowitz (1991). Según Fraley y Waller (1998), estos factores se caracterizan por:

Factor Evitativo: se caracteriza por el disconfort y preocupación por la intimidad y la cercanía interpersonal.

Factor Ansioso: se caracteriza por el miedo crónico al rechazo y a la cercanía interpersonal, y finalmente al abandono.

Seguro: se refiere a aquellos individuos que han internalizado un modelo positivo del self y de los otros, lo cual les permite expresar confort tanto con la cercanía como con la separación en las relaciones interpersonales, es decir, no le temen ni al abandono ni a la intimidad emocional. Para Fraley y Waller (1998) este estilo de apego se caracteriza por tener bajos niveles de apego evitativo y bajos niveles de apego ansioso.

Evitativo: se refiere a aquellos individuos que han incorporado un modelo positivo del self y uno negativo de los otros, como resultado de esto perciben disconfort con la cercanía y la intimidad y prefieren mantenerse alejados en las relaciones interpersonales. Para Fraley y Waller (1998) este estilo de apego se caracteriza por tener altos niveles de apego evitativo y bajos niveles de apego ansioso.

Preocupado: se refiere a aquellos individuos que han internalizado un modelo negativo del self y uno positivo de los otros, este esquema los lleva a expresar fuertes deseos de intimidad y al mismo tiempo un fuerte temor por el rechazo dentro de las relaciones interpersonales. Para Fraley y Waller (1998) este estilo de apego se caracteriza por tener bajos niveles de apego evitativo y altos niveles de apego ansioso.

Temeroso: se refiere a los individuos que han internalizado modelos negativos tanto del self como de los otros, esto resulta en un temor por el rechazo y por la cercanía emocional, caracterizándose finalmente como individuos socialmente evitativos. Para Fraley y Waller (1998) este estilo de apego se caracteriza por tener altos niveles de apego evitativo y altos niveles de apego ansioso.

Definición Operacional:

Puntaje total calculado en función de la puntuación obtenida en cada uno de los dos factores (Escala de Ansiedad y Escala Evitativa) en la escala de Relaciones Cercanas

(versión revisada) de Fraley, Brennan y Waller (2000), el cual indicará el estilo de apego que corresponda a cada sujeto.

Factor Evitativo: Media Aritmética de los siguientes ítems: 2, 4, 6(R), 7, 8, 9(R) , 10(R), 11(R), 14(R), 15, 19(R), 20(R), 23(R), 24, 27(R), 28(R), 29(R), 33(R).
Factor Ansioso: Media Aritmética de los siguientes ítems: 1, 3, 5, 12, 13, 16(R), 17, 18, 21, 22, 25, 26, 30(R), 31, 32, 34, 35, 36.

3.2 Variables Exógenas:

Sexo

Definición Conceptual: "Se refiere a las diferencias anatómicas y fisiológicas que se basan en los determinantes genéticos de las personas" (Baron y Byrne, 1998).

Definición Operacional: dato correspondiente a la letra M o F que los sujetos marcan en los datos de identificación (en cuanto al sexo), en la prueba. Tomando a la letra M como masculino y a la F como femenino. Se codificará el sexo femenino con cero (0), y el sexo masculino con el número uno (1).

4. Tipo y Diseño de Investigación

Se trata de una investigación no experimental, o expostfacto, definida por Kerlinger (1988) como:
"Indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes, porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. Las inferencias acerca de las relaciones entre variables se hacen sin una intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables dependientes e independientes"(p. 394).

Esta investigación es de carácter no experimental porque involucra el estudio de las relaciones que existen entre variables atributivas (estilos de apego, estilos de afrontamiento, autoconcepto, sexo, ansiedad y depresión); es decir, que no pueden ser manipuladas por su misma naturaleza, sólo pueden ser medidas.

Se utilizará un diseño transversal de una sola medida en el tiempo. Asimismo, se utilizará un diseño de rutas, el cual es un sistema de hipótesis derivado de una teoría, a partir de este procedimiento, se traducen los enunciados verbales a un sistema de

ecuaciones (Robles, 2000) y esto permite la representación gráfica de las variables y las relaciones que se dan entre ellos, para poder realizar así un análisis cuantitativo de las asociaciones entre las variables. Así mismo, este análisis permite estimar los parámetros de un modelo causal, que son interpretados como indicadores de la cantidad de cambio en una variable dependiente que es atribuible al cambio en una variable anterior. Para realizar este análisis, las características que debe reunir un modelo son: sistemas de variables cerrados o completos, el modelo debe ser recursivo donde las relaciones entre las variables son asimétricas, el modelo debe ser lineal, nivel de medida de intervalo o de razón, y no debe existir correlación entre las variables residuales (Sierra, 1981).

En el diagrama de ruta hay tres tipos de variables, endógenas, exógenas y residuales. Las endógenas son aquellas que dependen o figuran en el modelo influidas por otras variables del mismo, mientras que las exógenas son aquellas que no dependen de ninguna otra variable que forman el modelo. Por otro lado, las variables residuales representan a los factores no observados que posiblemente influyen en cada una de las variables del modelo, así como los posibles errores cometidos al medir las variables del modelo (Sierra, 1981).

Por el carácter de esta investigación no pueden realizarse estrategias de control manipulativas. De este modo, se controlará la edad de los sujetos estableciendo un rango que se encontrará entre los 16 y 29 años. Este criterio evolutivo de la adolescencia y la adultez temprana, es la edad representativa de la población universitaria de pregrado. Se excluirán aquellos individuos que no se encuentren dentro del rango de edad establecido.

5. Población

La población es el total de estudiantes que reciben ayuda psicológica en el centro de asesoramiento y desarrollo humano de la Universidad Católica Andrés Bello.

La muestra quedó conformada por 120 estudiantes universitarios seleccionados intencionalmente que asistían a consulta individual y/o a grupos psicoterapéuticos en el Centro de Asesoramiento y Desarrollo Humano, de cualquier carrera, sexo y edad, con el fin de verificar las hipótesis planteadas.

De los 120 estudiantes que conformaron la muestra, el 83% (n=99) fueron personas del sexo femenino y el 18% (n=21) personas del sexo masculino. La edad promedio de la muestra fue de 21 años (s= 3), siendo el puntaje mínimo 16 años y el máximo 29 años.

6. Instrumentos

Inventario de Ansiedad-Estado de Spielberger (Ver anexo A)

Este inventario elaborado por Spielberger en 1970, fue desarrollado para obtener medidas operacionales del estado de ansiedad. Esta escala de ansiedad-estado contiene 20 ítems que describen los síntomas de ansiedad presentes en el sujeto, pero también es capaz de indicar la ausencia de lo mismos. Esta escala requiere que el individuo que responde a ésta, indique la intensidad de su ansiedad de acuerdo a su vivencia actual. Para ello, deberá puntuar en una escala que va del 1 (no en lo absoluto) al 4 (mucho) según como se sienta al momento de responder el inventario. Esto le permitirá obtener un puntaje bruto que va de un mínimo de 20 a un máximo de 80 puntos, donde los puntajes altos indican elevados niveles de ansiedad, y los bajos la ausencia de síntomas (Sarason y Spielberger, 1976).

Según Buros (1978 cp Golib, 1984), esta ha sido la escala con mayores bondades psicométricas en relación a la medición de la ansiedad, de hecho, ha sido la escala más utilizada en investigaciones psicológicas si se compara con otras medidas.

Para conocer la validez de constructo convergente ha sido calculada la correlación de dicha escala con otras medidas de ansiedad como son la escala de ansiedad de Taylor, TMAS, la escala IPAT de Cattell y la lista de adjetivos de Zuckerman; y los coeficientes van de 0,52 a 0,83 en diferentes muestras (Diaz Guerrero, 1975 cp. Someso y Umerez, 1992). En cuanto a la confiabilidad se tiene que la misma varía de 0,83 a 0,92 calculada a través de K-20 (Someso y Umerez, 1992).

Escala de Depresión de Beck (Ver anexo B)

Este inventario de autorreporte fue desarrollado a partir de la observación clínica y las descripciones de la lectura psicopatológica. Fue diseñado para medir la profundidad de la sintomatología depresiva, mediante 21 ítems que se agrupan en cuatro categorías que describen diferentes manifestaciones conductuales del síntoma específico.

Mediante esta autoevaluación, el sujeto debe indicar cuál es la afirmación que se asemeja a su estado actual; cada una de estas afirmaciones reciben una puntuación que va desde 0 (menor severidad del síntoma) hasta 3 (mayor severidad del síntoma). Se obtiene el puntaje total de la escala sumando el valor de cada ítem, resultando una puntuación que puede variar entre los 0 y 63 puntos, indicando los mayores puntajes, un mayor nivel de depresión. Las categorías nominales de diagnóstico de la intensidad de la depresión en función de los resultados obtenidos son las siguientes:

Categorías	Puntajes
No deprimido	0-9
Ligeramente deprimido	10-15
Moderadamente deprimido	16-23
Severamente deprimido	24-63

Con respecto a la confiabilidad de la escala se tiene que en el proceso de construcción de la misma se evaluó la consistencia interna a través del método de división por mitades, arrojando como resultado el coeficiente de correlación de pearson de 0,86 y con la corrección de spearman brown el coeficiente fue 0,96; considerándose ambos resultados como indicadores de alta confiabilidad (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961 cp. Rotundo y Torres, 1994). En el contexto universitario, Rotundo y Torres (1994) al realizar el análisis psicométrico de la escala, reportaron un índice de confiabilidad a través del coeficiente alpha de Cronbach de 0,858. Benshimol y Beltran (1985), en su estudio comparativo con muestras clínicas y normales, reportaron que los resultados sobre la consistencia interna y la estabilidad de la escala indican un alto grado de confiabilidad (Cronbach 0,872).

En cuanto a la validez convergente de la escala, Rotundo y Torres (1994) encontraron un coeficiente de correlación con la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) de 0,68; el cual fue significativo al 0,05. Estas mismas autoras señalan que la validez de esta escala de depresión ha sido calculada a través de la validez de criterio con coeficientes de correlación biserial de pearson, entre puntajes de la escala y juicios clínicos. Específicamente, se obtuvieron coeficientes de 0,65 y 0,67 respectivamente.

Escala de Afrontamiento al Estrés (WOC) (Ver Anexo C)

Ways of Coping Scale (WOC) de Lazarus y Folkman (1984). La traducción al español fue realizada por María Zaplana y revisada por Manuel Valdés, publicada en el libro "Estrés y Procesos Cognitivos" de la editorial Martínez-Roca en 1986 (Folkman y Lazarus, 1986). Dicho cuestionario, elaborado por los españoles, consta de 67 ítems y breves instrucciones. En su publicación se reporta como revisado, pero a pesar de esto, no se reportan datos psicométricos del mismo.

Por esta razón, Berruete y Ochoa (1989) evaluaron la confiabilidad y validez de este instrumento en una muestra de 60 mujeres, realizando cambios en la redacción de los ítems y realizando una prueba piloto de la misma. Luego de la prueba piloto, se realizaron un análisis de ítems y un análisis factorial, para obtener así la confiabilidad y la validez. En esta investigación, se encontró que 24 ítems no presentaron una correlación significativa con el puntaje total y ninguno de estos se relacionaba con el modelo revelado por el análisis factorial realizado. Por ello, estos 24 ítems se eliminaron de la escala, constituida originalmente por 67 ítems, y reduciéndose finalmente a una escala de 43 ítems. La consistencia interna para esta escala fue de un alpha de Cronbach de 0,881.

Posteriormente, Llorens (1995), realizó una nueva versión de la adaptación anteriormente mencionada. Esta versión quedó constituida finalmente por un total de 28 ítems, arrojando un alpha de Cronbach de 0,7464. La versión de este autor se caracteriza por presentar opciones de respuesta dicotómicas, siendo estas: "en absoluto" (0) y "en alguna medida" (1). La justificación de esta adaptación se fundamentó en las críticas publicadas a la versión original del WOC. Stone, Greenberg y Newman (1991), discutieron tres puntos específicos concernientes a la validez de esta escala. Estos fueron la aplicabilidad de la escala en distintas situaciones, en distintas etapas de afrontamiento y la validez de la escala likert utilizada en cada uno de los ítems. En relación al primer punto, se encontró que los puntajes variaban de acuerdo al contenido del problema seleccionado para responder al ítem. Para el segundo punto, se observó que la escala likert de 3 opciones podía ser interpretada por los sujetos de diversas maneras, evaluándose el grado de uso de la estrategia según la frecuencia, duración, esfuerzo o la utilidad. El reducir el número de opciones de respuesta disminuye la probabilidad de distorsiones de interpretación de éstas.

En la versión adaptada por Llorens (1995), se identificaron seis subescalas. La primera es la de Solución Fantástica, compuesta por los ítems 4, 19, 21, 22 y 23. La segunda es la de Búsqueda de Apoyo e Información compuesta por los ítem 2, 5, 9, 10 y 14. La tercera es la de Evasión y Conformismo compuesta por los ítems 1, 4, 7, 8, 11 y 28. La cuarta es la de Afrontamiento Activo, está compuesta por los ítems 12, 13, 15 y 16. La quinta de Hacerse Responsable compuesta por los ítems 3, 20 y 26. Finalmente la sexta, la de Reevaluación Cognitiva estuvo compuesta por los ítems 24, 26, 27 y 28. Los ítems 6, 17, 18 y 25 se eliminaron de la escala por aportar muy poco a la confiabilidad y por no contribuir a la estructural hipotetizada.

Sapene y Tommasino (2001), emplearon la escala adaptada por Llorens (1995) en una muestra conformada por 97 personas que laboraban con niños de la calle e institucionalizados. Estas autoras, reportaron un coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach de 0,7206.

Escala de Autoconcepto de Tennessee (Ver anexo D)

Este instrumento fue elaborado por William Fitts en 1965 (Fitts y cols, 1971). Está formado por 100 declaraciones autodescriptivas, a las cuales el sujeto debe responder en función de una escala del 1 al 5, según considere que la afirmación se acerque más a su propia imagen.

La escala consta de dos formas, orientación y aplicación clínica e Investigación (C y R). En ambas se utiliza el mismo folleto de preguntas y el mismo número de ítems. Las diferencias entre las formas radican en el sistema de puntuación y de perfil, para lo cual existen dos tipos de hojas de puntuación de formulario. En este estudio se usará la forma de orientación la cual es más sencilla y rápida. El tiempo aproximado para contestar la escala está entre diez y veinte minutos.

La escala está formada por lo que se domina esquema bidimensional 3x5, empleado en la hoja de puntuación de los formularios. De los 100 ítems que componen la escala, los primeros 90 están divididos en un número igual de puntos positivos y negativos, y pueden organizarse en tres categorías horizontales que corresponden a las filas 1, 2 y 3, referidas a la identidad, autosatisfacción y comportamiento, respectivamente.

Fila 1 Identidad: es la descripción que hace la persona de su identidad básica, lo que ella considera que es y cómo se ve a sí misma.

Fila 2 Autosatisfacción: refleja el nivel de satisfacción o aceptación de la persona hacia la percepción que tiene de sí misma.

Fila 3 Comportamiento: es la descripción que el individuo realiza acerca de lo que hace y de la forma en que actúa.

Los diez puntos restantes comprenden la escala de autocrítica y se ubican en una sexta columna adicional.

Por otro lado, los mismos 90 ítems se organizan verticalmente en cinco categorías que forman cinco subescalas referidas a:

Columna A Autoconcepto Físico: en esta puntuación el individuo presenta la imagen que tiene de su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

Columna B Autoconcepto Etico – Moral: esta puntuación describe el Yo desde un marco de referencia ético-moral, es decir, valor moral, relación con Dios, sentimientos acerca de ser una persona buena o mala y en sentirse satisfecho con su propia religión o con la carencia de ésta.

Columna C Autoconcepto Personal: esta puntuación refleja el sentido individual de valor personal, su sentimiento de ser adecuado como persona y la evaluación de su personalidad, independientemente de su cuerpo o de su relación con los demás.

Columna D Autoconcepto Familiar: esta puntuación refleja el propio sentimiento de adecuación, valor y estima como miembro de la familia. Este se refiere a la percepción individual del Yo en relación con su círculo de personas más cercanas e inmediatas.

Columna E Autoconcepto Social: esta otra categoría evalúa como el sujeto se percibe "en relación con los demás", pero pertenece "a los demás", en una forma general. Este refleja el sentido personal.

A través de la escala se obtiene una puntuación global (P) que refleja el nivel global de autoconcepto. Lo que en general la persona siente hacia sí misma y el valor que se adjudica. Esta puntuación se obtiene sumando P+N (ítems positivos e ítems negativos) correspondientes a cada una de las cinco subescalas.

Los estudios de confiabilidad de la escala realizados por Fitts y cols (1971), a través del test-retest, han arrojado coeficientes de confiabilidad de 0.92 para la escala global; 0.87 en la subescala física; 0.80 en la ético – moral; 0.85 en la personal; 0.89 en la familiar; 0.90 en la social; 0.91 en la Fila 1 (Identidad); 0.88 en la Fila 2 (Autosatisfacción); 0.883 en la Fila 3 (Comportamiento); 0.67 para variabilidad y 0.89 para la distribución.

Nucete y Pellicer (1982), realizaron la traducción de la escala original al idioma español. Con el fin de obtener los datos de confiabilidad de la escala, realizaron un estudio piloto con 405 sujetos pertenecientes a la población de estudiantes de la UCAB. Se obtuvieron coeficientes de confiabilidad por el método de consistencia interna de Hoyt de 0,92 para la escala global (puntaje P); 0,74 para la subescala personal; 0,74 para la subescala de autoconcepto físico; 0,75 para la subescala moral-ética; 0,77 para el autoconcepto familiar; 0,78 para la subescala de autoconcepto social.

En lo que respecta a los estudios de validez, Fitts y cols (1971), reportan cuatro procedimientos diferentes: a) validez de contenido: se analizó cada uno de los ítems de la escala por parte de varios jueces, incluyéndose sólo aquellos ítems en los cuales existía un acuerdo unánime de que la clasificación era correcta y, b) discriminación entre grupos: se encontró que la escala discrimina entre pacientes psiquiátricos y personas sanas a un nivel de significación de 0.01; igualmente se han encontrado diferencias entre individuos con una personalidad integrada y personas menos integradas, en relación a las puntuaciones de variabilidad. Así mismo, discrimina entre diferentes tipos de patología, personalidades, delincuentes, madres solteras y alcohólicos a un nivel de 0.05. c) correlación con otras medidas: se calcularon las correlaciones de esta escala con el MMPI y se obtuvieron correlaciones entre 0.50 y 0.60. También se correlacionó con la escala de ansiedad de Taylor siendo ésta de 0.70; además de otras escalas de personalidad. d) cambios de personalidad bajo condiciones particulares: la escala ha reflejado cambios originados por procesos

psicoterapéuticos, experiencias positivas y de fracaso, y tensión nerviosa. Todo esto, permite concluir que la Escala de Autoconcepto de Tennessee constituye una medida valida del autoconcepto de un sujeto.

Cuestionario de Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR- R) (Ver Anexo E)

Este instrumento fue desarrollado originalmente por Brennan y cols. (1998), y revisada posteriormente por Fraley, Brennan y Waller (2000). Esta medida de autorreporte conformada por 36 ítems (versión corta), mide las orientaciones del apego adulto hacia las relaciones interpersonales. Cada uno de los ítems tipo likert tienen un rango de respuesta que va desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 7 (muy de acuerdo). Los ítems se derivaron del análisis de las distintas medidas de autorreporte de apego existentes. La ECR está formada por dos subescalas con 18 ítems cada una, "Modelo del Self" (Weems, Berman, Silverman y Rodriguez, 2002) o "Escala de Ansiedad" (López y cols, 2001; López y Gormley, 2002; y López y cols 2002) y "Modelo de Otros" (Weems y cols, 2002) o "Escala Evitativa" (López y cols, 2001; López y Gormley, 2002; y López y cols 2002).

La escala de ansiedad refleja temor al abandono y al rechazo, al mismo tiempo que fuertes deseos de contacto con el otro. Altas puntuaciones en esta escala indican mayores niveles de ansiedad a ser rechazado por otros y sentimientos de minusvalía en cuanto a las relaciones interpersonales (Weems y cols, 2002; y López y cols 2002). Esta escala incluye ítems como los siguientes: "Me preocupa el hecho de ser abandonado" y "Siento que mi deseo de estar muy cerca de los demás puede asustarlos".

La escala evitativa, evalúa el disconfort con la cercanía interpersonal, dependencia y la autorrevelación hacia el otro. Altas puntuaciones en esta escala indican mayor desconfianza interpersonal y evitación de la cercanía con otros (Weems y cols, 2002; y López y cols, 2002). Esta escala incluye ítems como los siguientes: "Me pone nervioso que las personas se acerquen a mí" y " Prefiero no tener cercanía con la gente".

Los individuos con bajas puntuaciones en la Escala Ansiosa (Modelo del Self) y en la Escala Evitativa (Modelo de Otros) serán clasificados como con *apego seguro*, individuos con altos puntajes en ambas subescalas serán clasificados como *temerosos (apego inseguro).* Individuos con bajas puntuaciones en la Escala Ansiosa y altas

puntuaciones en la Escala Evitativa serán clasificados como con *apego evitativo (apego inseguro)*. Por último, individuos con altas puntuaciones en la Escala Ansiosa y bajas puntuaciones en la Escala Evitativa son clasificados como *preocupados (apego inseguro)*.

La ECR posee una adecuada confiabilidad y validez. Brennan y cols (1998) reportaron coeficientes de confiabilidad de Cronbach de 0,91 y 0,94 para las Escalas de Ansiedad (Modelos del Self) y para la Escala Evitativa (Modelo de Otros), respectivamente. Además, Fraley y cols. (2000) asignaron individuos a estas categorías de apego y encontraron que estas predecían de manera significativa variables de prueba mejor que las medidas previas de apego. López y Gormley (2002) en su estudio con 207 estudiantes universitarios, obtuvieron coeficientes de Cronbach para esta escala de 0,95 y 0,92 para la Escala Evitativa y de Ansiedad, respectivamente. También calcularon coeficientes test-retest y se obtuvieron valores de 0,71 y de 0,68 para la Escala Evitativa y de Ansiedad, respectivamente.

En otro estudio con 55 estudiantes universitarios, López y cols. (2001) obtuvieron coeficientes alpha de 0,89 para la Escala de Ansiedad y 0,91 para la Escala Evitativa, indicando que la ECR (versión corta) es una medida confiable de las orientaciones de apego adulto para una población universitaria.

Para efectos de esta investigación, en el análisis de regresión, no se clasificarán los individuos en las 4 categorías de apego ya que, según Fraley (2003) y, Shaver (2003) utilizar los puntajes de los factores evitativo y ansioso producen resultados más consistentes y significativos.

7. Procedimiento

En una primera fase, se realizó la traducción de la escala de estilo de apego (Fraley y cols 2000). Posteriormente fue revisada y validada por dos jueces expertos en el área, con el fin de juzgar la pertinencia de los términos empleados.

En la segunda fase, se contactó con el Centro de Asesoramiento y Desarrollo Humano para la selección de los participantes que buscan ayuda psicológica. Dicha selección se realizó de manera intencional, ya que se utilizaron sólo los individuos que asistían a

dicho centro por consulta individual y/o grupos psicoterapéuticos que se mostraban interesados en colaborar con el proyecto.

Luego, se comunicó verbalmente a cada uno de los psicólogos del CADH sobre los objetivos de la investigación. De la misma manera, se contactó via telefónica cada uno de los pacientes invitándoles a participar en la investigación. El sujeto decidía si participar o no en la investigación y acordaba una cita de administración de las escalas. Se aplicaron individualmente las escalas de estilo de apego, estilo de afrontamiento, autoconcepto, ansiedad y depresión a cada uno de ellos. Se intentó disminuir el efecto sistemático que pudo tener la fatiga en las respuestas de los sujetos mientras completaban las escalas. Para ello, se construyeron intencionalmente cinco ordenes distintos de aplicación de las escalas, es decir, para unos sujetos el primer cuestionario era el de estilo de apego, mientras que para otros era uno de los otros cuatro. La administración de la batería, se realizó por los distintos psicólogos que laboran en el Centro de Asesoramiento y por las investigadoras.

Dentro de la batería se incluyó un cuestionario personal donde se preguntó el grado de afectación que pudo haber tenido la situación socio-política ocurrida en los meses anteriores al trabajo de campo.

Posteriormente, se hizo la corrección de todas las escalas aplicadas y el análisis descriptivo de las mismas. Se utilizaron programas estadísticos como microsoft excel y spss.

Finalmente, se interpretaron los datos, se discutieron y se reportaron conclusiones y recomendaciones.

Adicionalmente, en casos específicos se devolvieron los resultados a los psicólogos que deseaban dicha información para efectos de terapia e intervención.

8. Consideraciones éticas

Debido a que la presente investigación se realizó con una muestra de estudiantes que asisten al centro de asesoramiento y desarrollo humano, se trata de una población en situación de riesgo que padece alteraciones de estados anímicos que provocan un malestar. Es por ello, que debió considerarse, ante todo, la dignidad y el bienestar de

estas personas, evitándose daños innecesarios a los mismos. Así, se preguntó a los individuos únicamente aquella información que era relevante para la investigación, omitiendo información innecesaria que pudiese invadir la privacidad de estos.

Debido a la característica principal de esta población, debió asegurarse que los investigadores y las personas que participaron en la investigación, estuvieran preparados y tuvieran conocimiento acerca del objetivo del estudio. Así mismo, los investigadores establecieron un acuerdo claro y justo con los participantes, que esclarecían las obligaciones y responsabilidades de cada uno antes de comenzar la investigación.

A pesar que la muestra utilizada fue aquella que asistía al centro de asesoramiento, estos individuos no fueron obligados a participar. Por el contrario, se respetó la libertad del individuo de rehusarse a participar o a retirarse en cualquier momento.

Los participantes tuvieron la posibilidad de recibir ayuda o consejo por parte de los investigadores en el caso de que surgieran problemas durante o después de finalizada la investigación. Así mismo, se brindó la posibilidad de contactar con los investigadores una vez terminado el estudio en el caso de que desearan conocer los resultados.

Desde el inicio de la investigación, se les participó a los individuos sobre el carácter confidencial de la información personal.

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El objetivo de la presente investigación es comprender la influencia que tienen el sexo, los estilos de apego, el autoconcepto y los estilos de afrontamiento sobre los niveles de ansiedad y depresión en una muestra asistencial de la Universidad Católica Andrés Bello. Para ello, se realizará el análisis del instrumento, el análisis descriptivo de la muestra, el análisis de las correlaciones y, finalmente la verificación del modelo a través del análisis de rutas.

Del Instrumento

Se realizó el análisis de confiabilidad para las escalas de Afrontamiento, Autoconcepto y Experiencias en Relaciones Cercanas (Apego). Para indicar la consistencia entre cada uno de lo reactivos del instrumento se empleó como indicador el coeficiente Alpha de Cronbach. No se calcularon coeficientes de confiabilidad para las escalas de ansiedad y depresión ya que Francisco y González (2002) en su investigación con estudiantes universitarios que asistían al mismo centro de asesoramiento reportaron coeficientes Alpha de Cronbach elevados (0.944 y 0.811 respectivamente).

En el *Cuestionario de Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR-R)* (Fraley y cols, 2000), se obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach para la escala global elevado (0.877), lo que quiere decir que la escala posee adecuada consistencia interna (Anastasi y Urbina, 1998) (ver tabla 1).

Se encontró que las correlaciones entre los ítems y el test varían en un rango de –0.078 (ítem 33) hasta 0.643 (ítem 34). En el caso del ítem 33, se observa la correlación más baja, por lo que si fuese eliminado aumentaría la confiabilidad global de la escala a 0.883. Otro ítem que de ser eliminado aumentaría la confiabilidad global a 0.880 es el ítem 6, cuya correlación con la escala total es 0.107. Los ítems 14, 4, 29 y 20 a pesar de tener correlaciones bajas con la escala total (0.083; 0.164; 0.185 y 0.179, respectivamente), no se recomienda su eliminación ya que no disminuyen significativamente el coeficiente Alpha de Cronbach para la escala global (ver anexo F). Los demás ítems presentaron una moderada correlación con el resto de la escala.

En la *Escala de Afrontamiento al Estrés* (WOC) (Folkman y Lazarus, 1986), se obtuvo un coeficiente Alpha elevado (0.7096) por lo que se concluye que la prueba posee adecuada consistencia interna (Anastasi y Urbina, 1998) (ver tabla 1).

Se encontró que las correlaciones entre los ítems y el test varían en un rango de 0.065 (ítem 4) hasta 0.405 (ítem 11). En el caso del ítem 4, se observa la correlación más baja y al eliminarse aumentaría la confiabilidad a 0.717 (ver anexo G).

El coeficiente Alpha de Cronbach global obtenido en la *Escala de Autoconcepto de Tennessee* fue de 0.659, por lo que puede decirse que esta escala posee adecuada consistencia interna (ver tabla 1).

Las correlaciones ítem-test oscilan en un rango de –0.006 (ítem 38) hasta 0.331 (ítem 11). No se recomienda la eliminación de ningún ítem ya que no disminuyen significativamente el coeficiente Alpha para la escala global (ver anexo H).

Tabla 1. Coeficientes Alpha de Cronbach para las escalas de Apego, Afrontamiento y Autoconcepto

Instrumento	Coeficiente Alpha de Cronbach
ECR-R	0.877
WOC	0.710
Autoconcepto	0.659

Análisis Descriptivo

Se calcularon los estadísticos descriptivos de las distribuciones de las variables ansiedad, depresión, autoconcepto, estilo de apego y estilo de afrontamiento (ver tabla 2).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos para cada una de las variables

	Media	Mínimo	Máximo	Kurtosis	Asimetría	CV
Ansiedad	45.80	22	79	-0.526	0.438	29.101
Depresión	13.40	0	38	0.247	0.820	59.634
Autoconcepto	272.70	237	313	-0.278	0.038	5.893
Fact. Evitativo	3.204	1.56	5.72	-0.279	0.419	27.793
Fact. Ansioso	3.940	1.06	6.39	-0.544	-0.142	32.386
Afront. Emoc.	8.075	2	12	-0.384	-0.329	26.30
Afront. Prob.	9.875	4	12	0.458	-0.997	18.73

Con respecto a los puntajes globales obtenidos en la escala de ansiedad, los resultados indican que la mayoría de las personas tienen niveles de ansiedad moderados (X= 45.80, As= 0.438). Los puntajes poseen un valor mínimo de 22 y un máximo de 79, sobre una puntuación máxima de 80 puntos. Este valor promedio es similar a los niveles encontrados con anterioridad en las poblaciones universitarias (Someso y Umerez, 1992; Francisco y Gonzalez, 2002) por lo que puede decirse que los estudiantes que conformaron la muestra reportan niveles de ansiedad promedio. La distribución se muestra bastante homogénea y es ligeramente asimétrica y de forma platicúrtica, encontrándose la mayor concentración de los datos hacia los puntajes bajos (CV= 29,10; Ku= -0.526).

En cuanto a los niveles de depresión encontrados en los estudiantes universitarios de la UCAB que asisten al centro de asesoramiento, se tiene que el puntaje promedio indica que estas personas se encuentran ligeramente deprimidas (X= 13.40), según las categorías propuestas por Beck (1975), siendo el valor mínimo dentro de la muestra de 0 y el máximo de 38. Así mismo, la distribución de los valores es heterogénea (CV= 59,634), encontrándose dispersión entre los datos. Además, la asimetría (As= 0.820) y la kurtosis (Ku=0.247) muestran que la distribución se encuentra coleada hacia fuera con tendencia a ser mesocúrtica reflejando que los sujetos respondieron en su mayoría a las puntajes más bajos de la escala.

Para la escala global de autoconcepto se encontró que la media de los puntajes fue de X= 272,70; siendo el valor mínimo de la muestra de 237 y el máximo de 313 . El puntaje mínimo de la escala es de 200 y el máximo es de 400. Esto sugiere que la mayoría de las personas tienden a hacer descripciones negativas acerca de sí mismos. Además, se observa que la distribución es bastante homogénea (CV= 5,892), platicúrtica (Ku= -0.278) y simétrica (As= 0.038). Esto indica que la mayoría de los puntajes se encuentran agrupados alrededor de los valores con tendencia a reflejar descripciones negativas acerca de sí mismos.

En relación al factor de apego evitativo, se observa una media de (X= 3.204) siendo el valor mínimo de la muestra de 1.56 y el máximo de 5.72, sobre una puntuación máxima de 7. Esto indica que en promedio las observaciones se encuentran en puntajes medio bajos de la distribución, sugiriendo que la mayoría de las personas evitan de manera moderada la cercanía en las relaciones con los otros. Los puntajes se distribuyen de

manera homogénea (CV= 27.793), tienen una forma platicúrtica (Ku= -0.279) y con tendencia a colearse hacia fuera (As= 0.419).

Por otro lado, el factor de apego ansioso mostró una media de X=3.940, siendo el valor mínimo en la muestra de 1.06 y el máximo de 6.39, sobre una puntuación máxima de 7. Esto indica que en promedio, las observaciones se encuentran alrededor de puntajes medios de la distribución, sugiriendo que la mayoría de las personas manifiestan sentimientos de ansiedad moderados cuando se relacionan con los otros. Del mismo modo, la distribución es homogénea (CV= 32.39), con tendencia a colearse hacia dentro (As= -0.142) y es platicúrtica (Ku= –0.544).

En relación al factor de afrontamiento centrado en la emoción se encontró que la mayoría de las personas que conforman la muestra presentaron altos puntajes en esta escala (X= 8.075), siendo el valor mínimo de la muestra de 2 y el máximo de 12, esto sobre una puntuación máxima de 12. Esto indica que la mayoría de los puntajes se encuentran agrupados alrededor de los puntajes más altos. Se observa que la distribución es homogénea (CV= 26.30), platicúrtica (Ku= -0.384) y coleada hacia dentro (As= -0.329). Lo que quiere decir que en general las personas emplean esfuerzos que se orientan a reducir los sentimientos negativos que se generan ante situaciones amenazantes.

Por último, se observa que en el factor de afrontamiento centrado en el problema la mayoría de las personas tienden a utilizar este tipo de estrategias cuando se enfrentan ante situaciones estresantes (X= 9.875), siendo el valor mínimo en la muestra de 4 y el máximo de 12, sobre una puntuación máxima de 12. Esta distribución se presenta bastante homogénea (CV= 18.730), leptocúrtica (Ku= 0.458) y coleada hacia dentro (As = -0.997), evidenciándose que los puntajes para este tipo de afrontamiento suelen ubicarse en los extremos superiores de la distribución.

De lo anteriormente expuesto, podría concluirse que, en general, los estudiantes que asisten al centro de asesoramiento se encuentran ligeramente deprimidos y poseen niveles de ansiedad moderados. Además, se encontró que en promedio los individuos tienden a hacer descripciones negativas acerca de sí mismos. En relación a la manera en cómo estos individuos se relacionan con los otros dentro del contexto interpersonal, se encontró que estos evitan de manera moderada la cercanía con los otros y que

manifiestan sentimientos de ansiedad y preocupación moderados en sus relaciones significativas. Finalmente, se encontró que tienden a emplear en gran medida tanto las estrategias centradas en el problema como las centradas en la emoción ante situaciones estresantes.

Análisis de Correlaciones

Con el fin de comprender las relaciones existentes entre las variables del modelo planteado, se realizó un análisis de correlación bivariada representada en una matriz de correlación. Se tomaron como significativas aquellas correlaciones con un nivel menor a 0.05 (ver anexo I).

En el caso de la edad de los sujetos, se obtuvo una correlación negativa con el factor de apego ansioso (r= -0.259), lo que indica que mientras menor sea la edad del sujeto mayor será su preocupación dentro de las relaciones interpersonales.

En cuanto al sexo del individuo, se encontró que éste correlacionaba positivamente con el factor de apego evitativo (r= 0.187). Esto quiere decir que los hombres tienden a ser más evitativos en sus relaciones interpersonales que las mujeres, teniendo éstos mayores dificultades en la cercanía y dependencia de otros.

Respecto al autoconcepto, se encuentra relacionado negativamente con el factor de apego evitativo (r= -0.190) y positivamente con el factor de Apego Ansioso (r= 0.227). Esto señala que a menor factor evitativo y mayor factor ansioso menores serán los puntajes en autoconcepto.

Por su parte, el puntaje total de ansiedad se encontró correlacionado de manera positiva con el puntaje total de depresión (r= 0.654), lo que indica que altos niveles de ansiedad se encuentran asociados a elevados niveles de depresión. Además, elevados niveles de ansiedad se encuentran a su vez relacionados con altos puntajes en el factor de apego ansioso (r= 0.385). Esto quiere decir que las personas que tienen mayores preocupaciones y dificultades en las relaciones interpersonales tenderán a evidenciar mayores niveles de ansiedad en general.

Con relación a los niveles de depresión, estos correlacionan positivamente con los puntajes del factor de apego evitativo (r= 0.213), lo cual indica que aquellas personas

que tienen mayores problemas relacionados con la cercanía y la dependencia en otros suelen presentar mayores niveles de depresión. Del mismo modo, la depresión se encuentra igualmente asociada con el factor ansioso de apego (r= 0.347), esto sugiere que aquellas personas que presentan dificultades en las relaciones con los otros y preocupación por las mismas presentan mayor sintomatología depresiva. Por el contrario, la depresión se encuentra negativamente asociada con las estrategias de afrontamiento centradas en el problema (r= -0.268), esto quiere decir que aquellas personas que utilizan estrategias más activas en la resolución de sus problemas tenderán a evidenciar menores niveles de depresión.

Utilizar dichas estrategias correlaciona negativamente con el factor de apego evitativo (r= -0.326), lo cual indica que aquellas personas que evitan la cercanía y relación de dependencia con los demás utilizarán en menor medida estrategias de afrontamiento activas.

Ambos estilos de afrontamiento (emocional y centrado en el problema) correlacionan positivamente (r= 0.312), por lo que se puede decir que los individuos utilizan en gran medida ambas estrategias.

Finalmente, tras un análisis de la matriz de correlaciones se puede observar que no existe multicolinearidad entre las variables exógenas planteadas en el modelo (correlaciones menores a 0.70), uno de los requisitos para llevar a cabo el análisis de ruta (ver anexo I). Además, se continuó con un análisis de normalidad de las variables y sus residuales, verificándose que estas se distribuyen normalmente (ver anexo J).

Análisis de Ruta

Con el fin de verificar las hipótesis planteadas se empleó el método de análisis de rutas. Este análisis se llevó a cabo a partir del análisis de regresión múltiple. Dicho análisis se realizó en dirección izquierda - derecha, comenzando por las variables exógenas y finalizando con las variables endógenas (ansiedad y depresión), y tomando el puntaje beta y el nivel de significación menor al 0.05.

En relación al factor evitativo de apego, puede decirse que presenta una correlación baja con el sexo del individuo (R= 0.187), la proporción de varianza explicada por el sexo es de 2.7 % (R^2 = 0.027), y significativa (F= 4.258, p= 0.041). Esto quiere decir,

que las personas del sexo masculino presentan puntajes más altos que evidencian un estilo de apego evitativo (β= 0.187) (ver tabla 3).

Tabla 3. Coeficientes de la Regresión del factor Evitativo de Apego en función del Sexo.

	B	Error Est	Beta	T	Sig.
(Constant)	3,128	,088		35,424	,000
Sexo	,436	,211	,187	2,063	,041*

*Significativa al 0.05

Al realizarse el análisis considerando al factor ansioso de apego como variable predicha por el sexo, se obtuvo una correlación baja (R= 0.122), explicando sólo el 1.5% de la varianza total (R^2 = 0.007), y siendo no significativo (F= 1.788, p= 0.184) (ver tabla 4).

Tabla 4. Coeficientes de la Regresión del factor Ansioso de Apego en función del Sexo.

	B	Error Est	Beta	T	Sig.
(Constant)	4.012	.128		31.384	,000
Sexo	-.409	.306	-.122	-1.337	.184

*Significativa al 0.05

Para el afrontamiento centrado en el problema se obtuvo una correlación múltiple moderada baja con la combinación lineal de los factores del estilo de apego (ansioso y evitativo) (R= 0.326). En este sentido, el efecto conjunto de estas variables logra explicar el 9% de la varianza total (R^2 = 0.091), siendo este valor significativo (F= 6.965, p= 0.001). El afrontamiento centrado en el problema se encuentra predicho sólo por el factor evitativo de apego de manera moderada baja y negativa (β= -0.322; p= 0.000). Esto quiere decir que aquellas personas que se caracterizan por evitar la cercanía con los otros tienden a utilizar en menor medida estrategias activas dirigidas a solventar el problema (ver tabla 5).

Tabla 5. Coeficientes de la Regresión del Afrontamiento centrado en el problema en función de los factores Evitativo y Ansioso de Apego.

	B	Error Est.	Beta	T	Sig.
(Constant)	12,130	,728		16,659	,000
Factor Evitativo	-,670	,184	-,322	-3,637	,000 *
Factor Ansioso	-2,778E-02	,128	-,019	-,216	,829

*Significativa al 0.05

Al realizarse el análisis considerando el afrontamiento centrado en la emoción como variable predicha por los factores ansioso y evitativo de apego se obtuvo una correlación baja de la combinación lineal de ambos factores (R= 0.117), logrando explicar sólo el 1.4% de la varianza total (R^2 = -0.003) y siendo no significativo (F= 0.809, p= 0.448) (ver tabla 6).

Tabla 6. Coeficientes de la Regresión del Afrontamiento centrado en la emoción en función de los factores Evitativo y Ansioso de Apego.

	B	Error Est.	Beta	T	Sig.
(Constant)	7.016	.880		7.975	,000
Factor Evitativo	.243	.222	.102	1.093	.277
Factor Ansioso	7.124E-02	.155	.043	.459	.647

*Significativa al 0.05

Al realizarse el análisis considerando el autoconcepto como variable predicha, se obtuvo una correlación múltiple moderada baja con los factores de apego (ansioso y evitativo) y el sexo (R= 0.329), indicando una asociación significativa entre el autoconcepto y la combinación lineal de las tres variables (F= 4.702, p= 0.004), que explica el 9% de la varianza total (R^2 = 0.085). Se observa que de las tres variables exógenas sólo los factores de apego predicen de manera significativa al autoconcepto. Específicamente, el factor evitativo de apego posee un efecto negativo sobre el autoconcepto (β= -0.222, p= 0.016). Por el contrario, el factor ansioso de apego posee un efecto positivo sobre el autoconcepto (β= 0.257, p= 0.005). Esto significa que aquellas personas que tienen cercanía con los otros pero que al mismo tiempo dicha cercanía les causa ansiedad y preocupación tenderán a tener mayores niveles de autoconcepto (ver tabla 7).

Tabla 7. Coeficientes de la Regresión del Autoconcepto en función de los factores Evitativo y Ansioso de Apego y el Sexo.

	B	Error Est.	Beta	T	Sig.
(Constant)	273,240	6,351		43,022	,000
Sexo	-2,514	3,806	-,060	-,661	,510
Factor Evitativo	-4,008	1,642	-,222	-2,441	,016 *
Factor Ansioso	3,234	1,134	,257	2,851	,005 *

*Significativa al 0.05

Tomando en cuenta como variable a predecir la ansiedad se obtuvo una correlación múltiple moderada (R= 0.426), lo que indica una asociación moderada entre esta variable y la combinación lineal de las variables autoconcepto, afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción, sexo y factores ansioso y evitativo de apego. De este modo, el efecto conjunto de estas variables logra explicar el 14% de la varianza total (R^2 = 0.138), siendo este valor significativo (F= 4.180, p= 0.001).

De las variables predictoras planteadas, sólo el factor ansioso de apego predice significativamente de manera directa a la ansiedad (β= 0.344, p= 0.000). Lo que quiere decir que las personas que tienen mayores preocupaciones por sus relaciones interpersonales tenderán a ser más ansiosos (ver tabla 8).

Tabla 8. Coeficientes de la Regresión de la Ansiedad en función del Sexo, factores Evitativo y Ansioso de Apego, Afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción, y Autoconcepto.

	B	Error Est.	Beta	T	Sig
(Constant)	28,015	22,610		1,239	,218
Sexo	-5,168	3,074	-,148	-1,681	,095
Factor Evitativo	1,243	1,464	,083	,849	,398
Factor Ansioso	3,588	,945	,344	3,796	,000 *
Afront. Prob.	-,412	,700	-,057	-,588	,558
Afront. Emoc.	,574	,583	,092	,985	,327
Autoconcepto	2,815E-06	,075	,000	,000	1,000

*Significativa al 0.05

En relación a la depresión, se encontró que la correlación lineal de las variables sexo, factores evitativo y ansioso de apego, afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción y, autoconcepto alcanzó un coeficiente de correlación múltiple moderado (R= 0.475) y significativo (F= 5.487, p= 0.000). Esta combinación logra explicar el 18% de la varianza total de la depresión (R^2= 0.184).

De las variables predictoras en el modelo, sólo el factor ansioso de apego y el afrontamiento centrado en el problema predicen de manera significativa a la depresión. Específicamente, el factor ansioso de apego predice directamente a la depresión (β= 0.265, p= 0.003), lo que quiere decir que aquellas personas que sienten preocupación por las relaciones interpersonales tenderán a deprimirse más. El afrontamiento centrado en el problema predice inversamente a la depresión (β= -0.253, p= 0.009),

indicando que las personas que tienden a utilizar en menor medida estrategias activas para afrontar sus problemas presentarán mayores síntomas depresivos (ver tabla 9).

Tabla 9. Coeficientes de la Regresión de la Depresión en función del Sexo, factores Evitativo y Ansioso de Apego, Afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción, y Autoconcepto.

	B	Error Est.	Beta	T	Sig.
(Constant)	,949	13,186		,072	,943
Sexo	-3,314	1,793	-,158	-1,849	,067
Factor Evitativo	1,087	,854	,121	1,273	,206
Factor Ansioso	1,659	,551	,265	3,010	,003 *
Afront. Prob.	-1,092	,408	-,253	-2,676	,009 *
Afront. Emoc.	,353	,340	,094	1,040	,301
Autoconcepto	4,013E-02	,044	,081	,914	,362

*Significativa al 0.05

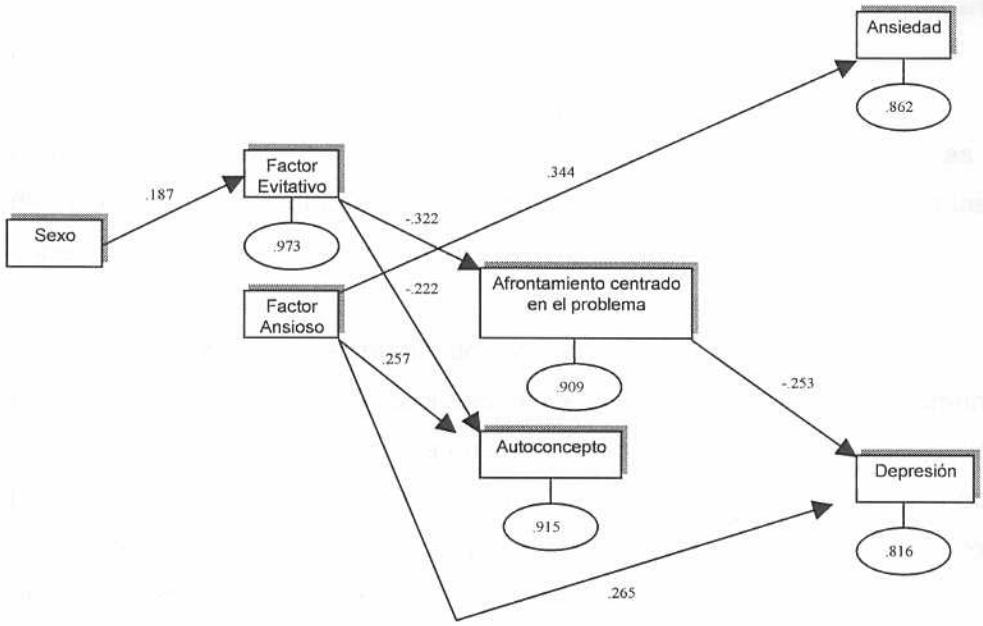


Figura 3. Diagrama de Ruta Obtenido de la relación entre el sexo, el estilo de apego (factor evitativo y factor ansioso), el estilo de afrontamiento y el autoconcepto y su influencia sobre la ansiedad y la depresión.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación tuvo como objetivo explicar los niveles de ansiedad y depresión en una muestra asistencial del centro de asesoramiento psicológico de la Universidad Católica Andrés Bello, en función de las variables sexo, estilo de apego (factores ansioso y evitativo), autoconcepto, afrontamiento centrado en el problema y en la emoción. Para esto, se realizó un diagrama de ruta con el fin de estudiar las relaciones entre dichas variables y lograr una mayor comprensión acerca de ellas dentro de la muestra asistencial.

El modelo planteado inicialmente para explicar las variables endógenas ansiedad y depresión fue confirmado sólo de manera parcial, ya que gran parte de las relaciones esperadas no pudieron ser corroboradas.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos, se puede afirmar que el principal predictor de la ansiedad y la depresión es el estilo de apego, específicamente, el factor ansioso. Esto quiere decir que las personas que muestran una preocupación marcada por las relaciones interpersonales, temor al rechazo, así como deseo y preocupación constante de que los otros respondan afectivamente tendrán mayores probabilidades de experienciar y expresar este tipo de sintomatologías afectivas.

Otra de las variables que fue predicha significativamente por el estilo de apego fue el autoconcepto. El factor ansioso en combinación con el factor evitativo logran explicar la percepción que tiene el sujeto sobre sí mismo. El autoconcepto fue predicho directamente por el factor ansioso e inversamente por el factor evitativo, indicando que las personas con un estilo de apego caracterizado por alta ansiedad y baja evitación, es decir, estilo de apego preocupado, tenderán a evidenciar en mayor medida apreciaciones positivas sobre sí mismos.

Por su parte, el factor evitativo de apego logró predecir las estrategias de afrontamiento centradas en el problema. De esta manera, las personas que evitan la cercanía en sus relaciones interpersonales, debido al concepto negativo que tienen de los otros tendrán menor probabilidad de utilizar estrategias activas como búsqueda de apoyo en los otros, y el acercamiento a la situación estresante para solventarla.

Otra de las relaciones esperadas que logró ser explicada por el modelo fue la de la relación inversa entre utilizar estrategias de afrontamiento centradas en el problema y la depresión. De acuerdo a esto, aquellas personas que utilicen en menor medida las estrategias antes mencionadas tendrán altas probabilidades de presentar sintomatología depresiva.

Por otro lado, la relación encontrada entre el sexo del individuo y el factor evitativo de apego fue contraria a la esperada. Según el modelo obtenido, los hombres evitan tener cercanía y dependencia de los otros, lo cual dificultará su expresividad emocional y la vinculación afectiva con otros.

Luego de haber señalado las explicaciones generales que proporciona el modelo se detallarán a continuación cada una de ellas.

Contrariamente a las hipótesis planteadas en el modelo, la ansiedad estuvo bajamente influenciada por el efecto conjunto de las variables sexo, factor ansioso y evitativo de apego, autoconcepto y afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción. Se encontró, que la ansiedad fue predicha únicamente de manera significativa por el factor ansioso de apego. Esta relación explicativa es congruente con los resultados de Lopez y cols (2001) y Lopez y cols (2002) donde concluyeron que el factor ansioso de apego predice significativamente los niveles de ansiedad.

Dentro de la muestra asistencial, este hallazgo refleja el hecho de que las personas con una preocupación marcada por las relaciones interpersonales, que tienen temor al rechazo y que desean y se preocupan constantemente por el hecho de que los otros respondan afectivamente, tienen mayores probabilidades de experienciar ansiedad. Esta tendencia ocurre en las personas con estilos de apego *preocupado y temeroso,* ambos definidos por el factor ansioso de apego. Una explicación plausible para esto es que las personas preocupadas y temerosas se caracterizan por tener estrategias autoregulatorias inadecuadas para el manejo de la ansiedad, y por ser extremadamente reactivos y expresivos en sus emociones. Igualmente, son altamente atentas a sus emociones y a sus percepciones de malestar interno. Su dificultad para controlar las emociones las predispone a experienciarlas y expresarlas inadecuadamente al mismo tiempo que les dificulta su adaptación y relación con el entorno (Lopez y Gormley 2002).

En estas personas, tales patrones inadecuados de regulación afectiva están asociados a una percepción negativa de sí mismas, que incluye sentimientos de autovalía negativos, baja autoconfianza y sentimientos de no ser merecedores de afecto y apoyo. En relación a esto, se ha encontrado que el autoconcepto negativo los lleva a tener dificultades en el ajuste ante lo cual es más probable que reporten mayores niveles de ansiedad (Lopez y cols, 1998).

En el caso de la depresión como variable a predecir se encontró que el modelo lineal propuesto también la logró explicar en una baja proporción. Según el modelo planteado, los niveles de depresión se vieron influenciados significativamente por el factor ansioso de apego. En este sentido, los individuos con alta preocupación acerca de las relaciones interpersonales definida por el temor que tienen a que los otros no los valoren y los rechacen, mostrarán según el modelo, una mayor propensión a presentar síntomas depresivos.

Estos hallazgos, arrojados en la presente investigación son similares a la mayoría de los estudios centrados en la relación entre los estilos de apego y los niveles de distress (Lopez y cols 2001; Lopez y Gormley 2002; Lopez y cols 2002). Según estos, el factor ansioso de apego, estilos de apego *preocupado y ansioso,* predice las respuestas de distress a partir de la suposición de que en estas personas se activan los procesos afectivos y cognitivos que demuestran las dificultades internas que estructuran su personalidad.

Tal como se esperaba, los resultados en el modelo arrojan que aquellas personas con dificultades en estar involucradas en las relaciones interpersonales, que presentan sentimientos de inseguridad en los ámbitos personal y vincular y, que tienen un sentido de no ser merecedoras de afecto y de apoyo las lleva a ser emocionalmente reactivas dificultándoseles así el manejo activo del distress emocional (Lopez y cols 2002).

Por todo ello, puede decirse a partir de estos resultados, que una proporción significativa del distress en la muestra asistencial pueda haberse desarrollado a partir de las orientaciones básicas que tienen las personas hacia las relaciones interpersonales y, más específicamente, en el manejo de la cercanía y la distancia dentro de estas relaciones así como el afrontamiento que tienen ante las situaciones estresantes.

Otra de las variables que explica el factor ansioso de apego, pero esta vez en combinación con el factor evitativo de apego, es el autoconcepto. Según los resultados obtenidos, altos puntajes en el factor ansioso y bajos puntajes en el factor evitativo se encuentran asociados a valoraciones positivas de autoconcepto y corresponden a un estilo de apego preocupado.

Ahora bien, los niveles de autoconcepto obtenidos en la muestra por los individuos con un estilo de apego preocupado, fueron distintos a los esperados. Partiendo de la base teórica del apego, se esperaba hallar que el estilo de apego preocupado estuviera asociado con puntuaciones bajas de autoconcepto (Bartholomew y Horowitz, 1991; Cooper y cols, 1998). Según esto, las personas con un estilo de apego preocupado se caracterizan por tener un modelo negativo de sí mismos que los conduce a tener poca autoconfianza y a ser dependientes de los otros para mantener su autoestima y resolver sus problemas.

Sin embargo, la relación encontrada entre el estilo de apego preocupado y el autoconcepto fue directa. Tal hallazgo podría ser explicado por las implicaciones psíquicas que se derivan de ser individuos caracterizados por buscar constantemente la compañía, la atención y aprobación de los otros para mantener su autovalía (Fraley, 2003). En este sentido, presentarse deseablemente frente a los otros les asegura esa atención y aprobación. Esta explicación se basa en la idea de que los estilos apego son esquemas cognitivo-afectivos que operan tanto a nivel consciente como inconsciente (Sable, 2000). Por ello, podría suponerse que existen mecanismos inconscientes característicos de este estilo de apego que lleva a los individuos a presentarse de manera positiva en los autorreportes con el fin de agradarle a los demás y de esta manera sentirse aprobados.

Por su parte, el factor evitativo de apego además de estar asociado al autoconcepto, predijo significativamente las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema. Se encontró que aquellas personas que mantienen distancia emocional de los otros y evitan la cercanía con los demás utilizarán menos estrategias adaptativas para solucionar los problemas. Tal hallazgo es coherente con la evidencia empírica que demuestra que estas personas evitan de manera activa la búsqueda de apoyo en otros, dificultándoseles el manejo activo de una situación problema (Bartholomew y Horowitz, 1991; Lopez y Gormley, 2002).

Otro hallazgo que permite explicar dicha asociación está relacionado con el hecho de que las personas con estilo de apego *evitativo* niegan y minimizan el distress interno para protegerse de los efectos que pueden tener las emociones negativas sobre ellos. La ansiedad y la depresión apuntan a la inadecuación y a la debilidad, que es precisamente lo que no pueden tolerar las personas evitativas. A partir de esto se puede hipotetizar que las personas evitativas de la muestra al no lograr reconocer en sí mismas síntomas de distress las hace más propensas a no afrontar el problema de manera directa y adaptativa. Por el contrario, tenderán a utilizar estrategias de distanciamiento y supresión del afecto (Mikulincer y cols, 1993).

Otra relación planteada en el modelo y corroborada es la que plantea que el afrontamiento centrado en el problema predice significativamente a la depresión. La relación que existe entre utilizar este tipo de estrategias y los niveles de desajuste y distress ha sido reportada empíricamente (Compas, Connor-Smith, Harding, Wadsworth, 2001). Se ha planteado que las personas que utilizan preferentemente estrategias que están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, y a la búsqueda de apoyo en lugar de utilizar estrategias focalizadas en la emoción presentan menos síntomas de desajuste. De esto podría inferirse que aquellos individuos que utilicen menos estrategias adaptativas y orientadas al problema serán más susceptibles a manifestar síntomas de depresión. Específicamente, estos resultados fueron los obtenidos en la muestra asistencial.

Un apoyo para estos resultados, es el que reportaron Compas, Malcarne y Fondacaro (1988), donde los jóvenes que fueron menos partidarios de utilizar las estrategias focalizadas en el problema experienciaron más problemas de desajuste. Estos mismos resultados se obtuvieron más recientemente en estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello, donde los estudiantes que utilizaban en menor medida las estrategias dirigidas al problema, el cual incluye la resolución del problema y la rerevaluación positiva del estresor, presentaban más síntomas positivos de desajuste como ansiedad, depresión, cansancio, desmotivación e irritabilidad (Raymondi y Rodríguez, 2002).

Es importante señalar que usualmente los individuos que utilizan con menor frecuencia estrategias como la búsqueda de apoyo, posturas activas para la solución de problemas y, búsqueda de control sobre la situación, utilizan más estrategias de tipo

emocional como la evasión, la aceptación pasiva de la situación, soluciones mágicas y minimización de la importancia del problema. Aunque este tipo de afrontamiento emocional estuvo altamente presente en la muestra asistencial, es decir, los individuos utilizan frecuentemente dichas estrategias, no resultó ser predictiva de los niveles de distress esperados en el modelo.

Otra variable que se logró explicar significativamente a partir del modelo fue el factor evitativo de apego a partir del sexo de los individuos, sin embargo esta relación fue inversa a la esperada. Los hallazgos empíricos señalan que las mujeres tienden a tener estilos de apego evitativos y los hombres estilos de apego seguros (Cooper y cols, 1998). Por el contrario, en la muestra asistencial de la presente investigación, se obtuvo que, ser hombre se relaciona con evitar la cercanía y el contacto emocional en las relaciones interpersonales, así como suprimir la expresión de los afectos, característica fundamental del estilo de apego evitativo.

Existen algunos elementos que suelen mostrar estilos generales distintivos de funcionamiento referidos al género y que están asociados a la cultura. Por ejemplo, se ha observado que los hombres, a diferencia de las mujeres, son menos propensos a reconocer cuando experiencian síntomas de distress emocional, lo que se ha visto reflejado en el predominio de asistencia de las mujeres a centros de ayuda psicológica (Hankin y Abramson, 2001). Así mismo, se ha observado que los hombres como respuestas usuales ante el distress utilizan conductas de tipo hostil y agresivas en lugar de mostrar indicadores de tipo más emocional como la elaboración de los contenidos psíquicos (Rodríguez, 2003). Estas actitudes o características que reflejan evitación emocional, sumado a la tendencia a la autonomía y a la poca búsqueda de apoyo en momentos de distress han sido identificadas como características esenciales que describen al estilo de apego evitativo y es posiblemente tal estilo de rol el que este aportando una monto importante para el establecimiento de dicha relación.

En relación a las variables de naturaleza afectiva contempladas en el modelo, al considerar su comportamiento en la muestra, los resultados evidencian que los niveles de ansiedad y depresión corresponden a una población no clínica. Los niveles de sintomatología evidenciados para cada variable no alcanzan criterios clínicamente significativos (Someso y Umerez, 1992). Sin embargo, la depresión arrojó puntajes superiores en relación con investigaciones anteriores en estudiantes universitarios

(Rotundo y Torres, 1994; Pacheco y Suarez, 1997). Es por esto que puede decirse que los estudiantes que participaron en esta investigación se encuentran ligeramente deprimidos a diferencia de las anteriores donde se reportaban como no deprimidos.

En el caso de la ansiedad, se encontró igualmente que los puntajes no difieren significativamente de poblaciones no clínicas (Someso y Umerez, 1992). Si bien los resultados no son clínicamente significativos, son sintomáticamente relevantes, lo cual supone la presencia de sufrimiento psíquico en los estudiantes y a su vez les trae dificultades adaptativas y de ajuste al medio universitario llevándolos a buscar ayuda psicológica.

Una de las razones que puede explicar el incremento de sintomatología depresiva en el presente estudio puede ser el aumento que ha tenido la psicopatología a nivel mundial (Stone, Vespia y Kanz, 2000). Otro de los factores que influye en dicho incremento es la naturaleza de la muestra utilizada para la comprensión del modelo. La característica principal de la misma, es que los estudiantes asisten al centro de asesoramiento psicológico universitario de la Universidad Católica Andrés Bello reportando ciertos montos de malestar psíquico que les diferencia de la población universitaria general (Rodríguez, 2002).

Como tercer factor para explicar los aumentos de los niveles de depresión, no puede dejarse de lado el hecho de que el marco socio-político bajo el cual se realizó la presente investigación tuvo características distintivas. En los meses de Diciembre a Febrero, el país vivió una condición de violencia política y social, con la acción desencadenante de un paro cívico general que interrumpió los procesos de la vida nacional por al menos dos meses. Una vez reiniciadas las actividades universitarias, la demanda asistencial se vio sustancialmente incrementada y los contenidos reportados por los individuos de la muestra referían principalmente a presiones económicas, desasosiego con respecto al futuro, inseguridad social extrema y polaridades políticas que llegaban a afectar la comunicación y relación interfamiliar.

Ante tal escenario, poco antes de iniciar el trabajo de campo se consideró importante incluir un cuestionario que evaluara de manera general el posible efecto que tuvo esta situación sobre la sintomatología en la muestra asistencial, encontrándose que el 89% de la muestra reportó haberse visto afectada de alguna manera por la situación socio-

política atravesada por el país; el 48% reportó sentirse más triste y el 53% informó sentirse más ansioso durante los últimos dos meses.

Se considera que esta situación podría tener un efecto difícil de prever en la presente investigación, sin embargo, puede haber tenido de alguna manera efecto en el estudio.

Independientemente de estos sucesos y de la naturaleza de la muestra en sí, se encontró como era esperado que las medidas de la ansiedad y la depresión están altamente asociadas. Esto confirma los resultados de estudios anteriores dentro del contexto universitario donde se observó asociación entre las medidas del inventario de depresión de Beck y el inventario de ansiedad-estado de Spielberger (Someso y Umerez, 1992; Francisco y González, 2002).

Esta elevada comorbilidad puede explicarse a través de distintas posturas. La primera de ellas, hace referencia a una base fisiopatológica común que tiene diferentes manifestaciones (Brown y cols, 1995); la segunda, se refiere a la característica de que en muestras no clínicas hay menor severidad de los síntomas de malestar emocional y, por tanto, poca diferencia entre los mismos (Chorpita y Barlow, 1998). La tercera postura, explica esta asociación a través del modelo estructural del afecto (Clark y Watson, 1991), donde la depresión se caracteriza por bajos niveles de afecto positivo, (sentimientos de tristeza y letargo) y la ansiedad por un elevado afecto negativo (rabia, disgusto, temor y nerviosismo). En este caso, la relación estaría explicada por el distress afectivo que ambas comparten.

Específicamente, en relación a la ansiedad, se esperaba que las mujeres presentaran mayores niveles que los hombres. Usualmente esto ha sido asociado a que las mujeres poseen actitudes abiertas hacia las emociones y mayor tendencia a reconocer y reportar sus problemas. En el caso de la presente investigación estos resultados no fueron los esperados y el sexo no ejerció efecto diferencial en la ansiedad reportada.

De la misma manera, el sexo tampoco logró predecir los niveles de depresión en la muestra asistencial. Si bien esta relación ha sido encontrada en pacientes de la misma población asistencial (Francisco y González, 2002), estos resultados concuerdan con otros estudios en poblaciones universitarias donde no se encontraron diferencias de

sexo en el reporte de sintomatología depresiva (Someso y Umerez, 1992; Rotundo y Torres, 1994).

Aunque en el modelo inicialmente planteado se esperaba que el afrontamiento emocional y el autoconcepto predijeran directamente los niveles de ansiedad y depresión, dichas asociaciones no pudieron verificarse.

En relación al afrontamiento emocional, se encontró que los estudiantes universitarios que buscan ayuda psicológica mostraron en gran medida la utilización de este tipo de estrategias. A diferencia de lo encontrado en la presente investigación, existen otros estudios que plantean a las estrategias emocionales como predictoras de los niveles de ansiedad y depresión.

Se ha encontrado que se utiliza el afrontamiento emocional para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor y para actuar como si lo ocurrido no importara; ello conduce a una interpretación de autodecepción o de distorsión de la realidad (Lazarus y Folkman, 1984). Compas y cols (1988) reportaron que el uso mayor de las estrategias emocionales estaba positivamente asociado a problemas conductuales y emocionales. Este tipo de estrategias resultan muchas veces contraproducentes en el manejo de las situaciones estresantes, y las alternativas generadas por estos sujetos reflejan esfuerzos de afrontamiento que resultan inadecuados.

La evidencia de que autoconceptos negativos predicen los niveles de ansiedad y depresión (Mikulincer, 1995; Cross y Madson, 1997; Cooper y cols, 1998 y Diehl y cols, 1998), no pudo ser corroborada en los resultados de la presente investigación. Al respecto, los autores plantean que aquellos individuos que posean visiones negativas acerca de sí mismos, poca autovalía, baja autoconfianza y baja autoestima tendrán mayores probabilidades de mostrar reacciones depresivas y ansiosas. En este sentido, aquellos individuos que por el contrario, posean un autoconcepto que se caracterice por tener autopercepciones positivas, les permite a los individuos confrontar los problemas con optimismo y sensación de control así como también contribuirá a la organización de las experiencias en categorías diferenciadas, y no siempre afectivas, permitiéndoles un manejo más adecuado del distress sin que éste supere sus recursos y debilite la estructura de su self.

Por su parte, contrariamente a lo esperado, el sexo no logró explicar las puntuaciones de autoconcepto, e independientemente del sexo de la persona los niveles de autoconcepto no variarán. Según el modelo, el único factor que predice al autoconcepto es el hecho de que una persona posea un estilo de apego preocupado, caracterizado por bajas puntuaciones en el factor evitativo y modelo positivo de los otros, al mismo tiempo que altas puntuaciones en el factor ansioso y un modelo positivo del self.

En síntesis, el modelo propuesto no logra explicar los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva de la forma esperada, esto es, la proporción de varianza explicada por el efecto conjunto del sexo, los estilos de apego, los estilos de afrontamiento y el autoconcepto es baja. Es importante resaltar que, a pesar de haberse encontrado numerosas evidencias que fundamentan la relación entre el autoconcepto, el afrontamiento emocional, el sexo y los niveles de ansiedad y depresión, no se hayan corroborado dichas relaciones en el modelo obtenido, todo lo cual lleva a concluir que este modelo es explicativo de manera parcial y deja de lado otras variables que pueden resultar útiles en la predicción de la ansiedad y la depresión.

La fortaleza del modelo está representada por la explicación que tiene el estilo de apego en la ansiedad y la depresión. Específicamente, se encontró que el factor ansioso de apego predice significativamente los niveles de ansiedad y depresión. Además, el factor evitativo de apego predice el afrontamiento centrado en el problema, y ambos factores logran predecir el autoconcepto de manera conjunta.

Puede concluirse entonces, que una vez sometido a prueba el modelo teórico de relación entre las variables sexo, estilos de apego, autoconcepto y estilos de afrontamiento y su influencia sobre la ansiedad y la depresión en una muestra asistencial de estudiantes universitarios, pudo encontrarse sólo un efecto conjunto moderado. Sin embargo, se evidenciaron un conjunto de relaciones significativas entre variables que no habían sido estudiadas anteriormente en poblaciones asistenciales universitarias venezolanas por lo que resultan de interés heurístico y teórico así como de inclusión o puesta a prueba con otras variables que no fueron incluidas en el presente modelo.

VI. CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede afirmar que el modelo planteado sólo pudo corroborarse de manera parcial. En efecto, se encontraron algunas relaciones entre las variables propuestas a saber, sexo, estilos de apego, autoconcepto, estilos de afrontamiento, ansiedad y depresión.

De las relaciones que pudieron ser verificadas se puede afirmar que el principal predictor de la ansiedad y la depresión fue el factor ansioso de apego. Las personas que muestran una preocupación por las relaciones interpersonales, temor al rechazo, así como deseo y preocupación constante de que los otros respondan afectivamente tendrán mayores probabilidades de experienciar y expresar ansiedad y depresión.

Por otro lado, aquellas personas que manifiestan una alta reactividad y expresividad emocional, al mismo tiempo que muestran extrema dependencia de los otros para mantener su autoestima, característica del estilo de apego preocupado, tenderán a poseer autoconceptos más positivos.

Además, las personas que evitan la cercanía y el acercamiento en sus relaciones interpersonales debido al concepto negativo que tienen de los otros tendrán menor probabilidad de utilizar estrategias de afrontamiento centradas en el problema como, búsqueda de apoyo en los otros, a la situación estresante para solventarla. Del mismo modo se encontró que aquellas personas que utilicen en menor medida tales estrategias tendrán altas probabilidades de presentar depresión.

Por su parte, se encontró que ser hombre se asocia con evitar la cercanía y dependencia de los otros, lo cual dificultará su expresividad emocional y la vinculación afectiva con otros.

Finalmente, no se encontraron relaciones entre el género y los niveles de ansiedad y depresión.

VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

En general, se recomienda continuar con el estudio de la ansiedad y la depresión, ya que los hallazgos encontrados sugieren que existen posibilidades de profundizar y enriquecer el conocimiento de estas y otras variables que guarden relación con ellas.

Dentro de las limitaciones cabe destacar, que la muestra no tuvo un balance entre hombres y mujeres, limitando así la habilidad para detectar diferencias de sexo significativas que pueden influir sobre el autoconcepto, los estilos de afrontamiento y sobre la ansiedad y la depresión.

Las medidas utilizadas en la presente investigación fueron autorreportes las cuales pueden ser vulnerables a respuestas defensivas y otro tipo de respuestas sesgadas. Resulta valioso conocer entonces, si las medidas de los estilos de apego adulto basadas en entrevistas pueden resultar igualmente predictivas del autoconcepto, los estilos de afrontamiento y la ansiedad y la depresión.

Para controlar los efectos de los tratamientos psicológicos se pretendió controlar el tiempo de asistencia del estudiante en consulta psicológica. Sin embargo, ante los riesgos de no obtenerse el tamaño muestral esperado, se procedió a obtener la muestra independientemente del número de sesiones psicoterapéuticas, pero siempre manteniendo el criterio de asistencia a consulta individual y/o grupos psicoterapéuticos en el centro de asesoramiento y desarrollo humano de la UCAB.

A manera de recomendación se sugiere realizar un análisis psicométrico de la versión traducida de la escala de apego (ECR-R 2000), ya que la presente investigación no pudo llevar a cabo el estudio piloto debido a la interrupción temporal de las actividades universitarias.

Finalmente se recomienda incluir variables relacionadas al estilo de apego como la expresividad emocional, el locus de control, la confianza interpersonal, y la empatía. Todo ello para lograr explicar en mayor medida los niveles de ansiedad y depresión en poblaciones asistenciales.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anastasi, A y Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos.* 7ª edición. México. Prentice Hall.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* (4ta ed). Barcelona. Masson.

Barlow, D y Durand, M. (2001). *Psicología anormal.* 2da edición. España. Thomson Learning.

Baron, R. Y Byrne, D. (1998). *Psicología social.* (8va ed). Madrid. Prentice Hall.

Bartholomew, K y Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology,* 61, 226-244.

Beck, A. (1975). *Depression: causes and treatment.* (3era ed). University of Pensylvania Press.

Bellock, A., Sandín, B., y Ramos, F. (1999). *Manual de psicopatología.* Madrid: McGraw Hill.

Benshimol, A y Beltran, S. (1985). *Análisis psicométrico de la escala de depresión de Beck en muestras de sujetos depresivos, maníacos y normales.* Trabajo de grado presentado para optar al título de Licenciado en Psicología. Escuela de psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Berruete, A. y Ochoa, C. (1989). *Estudio exploratorio acerca de los modos de afrontamiento ante el estrés en pacientes con cáncer de mama.* Trabajo de grado presentado para optar al título de Licenciado en Psicología. Escuela de psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss.Vol.2: Separation.* New York: Basic.

Bowlby, J. (1980). *Tristeza y pérdida afectiva. Vol. 3.* Madrid. Paidós.

Brennan, K., Clark. C y Shaver, P. (1998). *Attachment theory and close relationships.* New York: Guilford Press.

Brown, T., Antony, M., Barlow, D. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 3, 408-418.

Caraballo, M. y Hurtado, J. (1988). *Relación entre la ausencia del padre y el autoconcepto en hijos adolescentes varones.* Trabajo de grado presentado para optar al título de Licenciado en Psicología. Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Cassidy, J. y Shaver P. (1999).*Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical applications.* New York. Guilford Press

Chorpita, B y Barlow, D. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin, 124*, 3-21.

Clark, L. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 316-336.

Coderch, J. (1987). *Psiquiatría dinámica.* Barcelona: Herder.

Compas, B; Connor-Smith, J; Harding, A; y Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potencial in theory and research. *Psychological Bulletin, 127,* 87-127).

Compas, B; Malcarne, V; y Fondacaro, K. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 56, 405-411.

Cooper, M; Collins, N. y Shaver, P. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1380-1397.

Cross, S. y Madson, L. (1997). Models of the self: Self-construals and gender. *Psychological Bulletin, 122*, 5-37.

Crowell, J y Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Social Development, 4*, 294-327. (Versión electrónica).

Davison, G y Neale, J. (2000). *Psicología de la conducta anormal*. 2da edición. México. Limusa.

Diehl, L; Elnick, A; Bourbeau, L. y Labouvie-Vief, G. (1998). Adult attachment styles: their relations to family, context and personality. *Journal of Personality and Social Psycholgy, 74*, 1656-1669.

Feeney, J. y Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 58,* 281-291.

Fitts, W, Adams, J y Radford, G. (1971). *The self concept and self-actualization.* Tennessee. Councelor Recordings and Test.

Flett, G., Vredenburg, K. Y Krames, L. (1997). The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. *Psychological Bulletin.* 121, 395-416.

Fraley, R., Brennan, K., y Waller. N. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psycholgy, 78*, 350-365.

Fraley, R. (2003). Asesoramiento en la corrección y análisis de la ECR-R. Comunicación Personal.

Fraley, R. (2003). Prototipos de apego. Comunicación Personal.

Francisco, V. y González, F. (2002). *Influencia de los estresores psicosociales, el sexo, el apoyo social, la depresión y la ansiedad en la asistencia a un centro de asesoramiento psicológico universitario.* Trabajo de grado presentado para optar al

título de Licenciado en Psicología. Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 46,* 839-852.

Folkman, S. y Lazarus, R. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos.* Barcelona. Martínez-Roca.

Folkman, S; Lazarus, R; DeLongis, A y Gruen, R. (1986). Apparaisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology. 50,* 571-579.

Folkman, S; Lazarus, R; Dunkel-Schetter, C; DeLongis, A y Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology. 50*, 992-1003.

Fuendeling, J. (1998). Affect regulation as a stylistic process within adult attachment. *Journal of Social and Personal relationships, 15,* 291-322.

Gotlib, I. (1984). Depression and general psycopathology in university students. *Journal of Abnormal Psychology, 93,* 19-30.

Griffin, D. y Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 430-445.

Guzmán, A. (1992). *Manual de psiquiatría.* Caracas. Disinlimed C.A.

Hankin, B y Abramson, L. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin, 127*, 773-796.

Holmes, J. (1993). *John Bowlby and attachment theory.* New York. Routledge.

Kemp, M. y Neimeyer, G. (1999). Interpersonal attachment: Experiencing, expressing, and coping with stress. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 388-394.

Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento.* 3era ed. México. Mc Graw-Hill.

Kohut, H. (1980). *La restauración del sí mismo.* Madrid. Paidós.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer.

Lazarus, R. Y Folkman, S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 107-113.

Lewinsohn, P; Seeley, J. Y Gotlib, I. (1997). Depression-related psychosocial variables: Are they specific to depression in adolescents?. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 365-375.

Lewinsohn P; Lewinsohn M; Gotlib I; Steeley J. y Allen N. (1998). Gender Differences in Anxiety Disorders and Anxiety Symptoms in Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 109-117.

Lopez, F; Melendez, M; Sauer, E; Berger, E; Wyssmann, J. (1998). Internal working models, self-reported problems, and help-seeking attitudes among college students. *Journal of Counseling Psychology*, *45*, 79-83.

Lopez, F y Brennan, K. (2000). Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology, 47*, 283-300.

Lopez, F; Mauricio, A; Gormley, B; Simko, T. y Berger, E. (2001). Adult attachment orientations and college student distress: The mediating role of problem coping styles. *Journal of Counseling and Development, 79*, 459-464.

Lopez, F; Mitchell, P y Gormley, B. (2002). Adult attachment orientations and college student distress: Test of a mediational model. *Journal of Counseling Psychology, 49,* 460-467.

Lopez, F y Gormley, B. (2002). Stability and change in adult attachment style over the first year college transition: Relations to self-confidence, coping and distress patterns. *Journal of Counseling Psychology, 49,* 355-364.

Llorens, M. (1995). Relación entre la búsqueda de estimulación, el sexo, los factores de personalidad de Catell y las estrategias de afrontamiento a situaciones académicas estresantes y de reto utilizadas. Trabajo de grado presentado para optar al título de Licenciado en Psicología. Escuela de psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Mikulincer, M., Florian, V. y Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and post-traumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 817-826

Mikulincer, M. (1995). Attachment style and the mental representation of the self. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 1203-1215.

Mikulincer, M. (1998). Adult attachment styles and affect regulations: Strategic variations in self-appraisals. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 420-435.

Nolen-Hoeksema, S; Grayson, C y Larson, J. (1999). Explaining the gender diference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 1061-1072.

Nucete, Y. y Pellicer, S. (1982). *Estudio comparativo del autoconcepto entre un grupo de homsexuales y heterosexuales masculinos.* Trabajo de grado presentado para optar al título de Licenciado en Psicología. Escuela de psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Pacheco, A. y Suarez, L. (1997). *Un diagrama de ruta del efecto de los factores sociodemográficos, depresión y apoyo social sobre la autopercepción de la salud en estudiantes universitarios.* Trabajo de grado presentado para optar al título de Licenciado en Psicología. Escuela de psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Raymondi, A y Rodríguez, L. (2002). *Influencia del apoyo social, los estilos de afrontamiento, el sexo y la dificultad económica en el ajuste psicosocial de estudiantes universitarios.* Trabajo de grado presentado para optar al título de Licenciado en Psicología. Escuela de psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Roberts, J. Gotlib I. y Kassel, J. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 70,* 310-320.

Robles, J. (2000). *Introducción al análisis de rutas.* Cátedra de metodología II. Escuela de psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Rodríguez, P. (2002). Motivos de consulta más frecuentes en el Centro de Asesoramiento y Desarrollo Humano. Comunicación personal.

Rodríguez, P. (2003). Contenidos y temas en las sesiones psicoterapéuticas. Comunicación personal.

Rotundo, M., y Torres, N. (1994). *Estudio de la prevalencia del humor depresivo en una muestra de estudiantes de la UCAB.* Trabajo de grado presentado para optar al título de licenciado en psicología. Escuela de psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Sable, P. (2000). *Attachment and adult psycotherapy.* Northvale, New Jersey. Jason Aronson Inc.

Sapene, A. y Tommasino, A. (2001). *Influencia del afrontamiento, el apoyo social y el género en el desarrollo de burnout en personal que trabaja con niños de la calle e institucionalizados.* Trabajo de grado presentado para optar al título de licenciado en psicología. Escuela de psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Sarason, I. y Spielberger, C. (1976). *Stress and anxiety.* Washington. Hemisphere Publishing Corporation.

Shaver, P. (2003). Asesoramiento en la corrección y análisis de la ECR-R. Comunicación Personal.

Sierra, J. (1981). *Ciencias sociales: Análisis estadístico y modelos matemáticos.* Madrid. Paraninfo.

Someso, B. y Umerez, A. (1992). *Relación entre ansiedad, estrés y depresión en un grupo de estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello.* Trabajo de grado presentado para optar al título de licenciado en psicología. Escuela de psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Stone, A; Greenberg, E y Newman, M. (1991). Self-Report, situation-specific coping questionnaires: What are they measuring?. *Journal of Personality and Social Psychology. 46,* 864-876.

Stone, G; Vespia, K; y Kanz, J.(2000). How good is mental health care on college campuses?. *Journal of Counseling Psychology, 4*, 498-510.

Weems, C; Berman, S; Silverman, W. y Rodríguez, E. (2002). The relation between anxiety sensitivity and attachment style in adolescence and early adulthood. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessement, 24,* 159-168.

ANEXO A

INVENTARIO DE ANSIEDAD-ESTADO DE SPIELBERGER

Sexo:_____ Edad:_____

INSTRUCCIONES

Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada una de las frases y marque con una equis (X) el número que indique como se siente ahora mismo, o sea, en el momento. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

1:NO
2: UN POCO
3:BASTANTE
4:MUCHO

1.	Me siento calmado	1	2	3	4
2.	Me siento seguro	1	2	3	4
3.	Estoy tenso	1	2	3	4
4.	Estoy contrariado	1	2	3	4
5.	Estoy a gusto	1	2	3	4
6.	Estoy alterado	1	2	3	4
7.	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8.	Me siento descansado	1	2	3	4
9.	Me siento ansioso	1	2	3	4
10.	Me siento cómodo	1	2	3	4
11.	Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12.	Me siento nervioso	1	2	3	4
13.	Me siento agitado	1	2	3	4
14.	Me siento a "punto de explotar"	1	2	3	4
15.	Me siento reposado	1	2	3	4
16.	Me siento satisfecho	1	2	3	4
17.	Estoy preocupado	1	2	3	4
18.	Me siento muy excitado o aturdido	1	2	3	4
19.	Me siento alegre	1	2	3	4
20.	Me siento bien	1	2	3	4

ANEXO B

ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK

Sexo:_____ **Edad:_____**

INSTRUCCIONES

A continuación usted encontrará 21 grupos de oraciones. Por favor lea cada grupo de oraciones detenidamente. Luego, escoja aquella oración, que dentro de cada grupo describa mejor la forma cómo Ud se ha estado sintiendo durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Marque con una equis (X) la letra que identifique la oración elegida. Asegúrese de
leer todas las oraciones de cada grupo antes de realizar su escogencia.

1 **A.** No me siento triste **B.** Me siento triste **C.** Estoy triste todo el tiempo y no puedo dejar de sentir así **D.** Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo	**2** **A.** No me siento desalentado con respecto al futuro **B.** Me siento desalentado con respecto al futuro **C.** Me siento bastante pesimista con respecto al futuro **D.** Pienso que no hay esperanzas para el futuro y que las cosas no van a cambiar
3 **A.** No me siento un fracasado **B.** Siento que he fracasado más que los demás **C.** Si analizo mi pasado todo lo que puedo ver son muchos fracasos **D.** Pienso que como persona soy un completo fracaso	**4** **A.** Me siento igual de satisfecho que de costumbre de las cosas que hago **B.** No disfruto de las cosas como solía hacerlo **C.** No obtengo una verdadera satisfacción en nada de lo que actualmente hago **D.** Estoy insatisfecho y aburrido de todo
5 **A.** No me siento castigado por la vida **B.** Siento que la vida debería castigarme **C.** Espero ser castigado por la vida **D.** Siento que la vida me está castigando	**6** **A.** No tengo grandes sentimientos de culpa **B.** A veces tengo sentimientos de culpa **C.** Casi siempre tengo sentimientos de culpa **D.** Siempre tengo sentimientos de culpa

7 **A.** No me siento decepcionado de mí mismo **B.** Estoy decepcionado de mí mismo **C.** Estoy disgustado conmigo mismo **D.** Me odio	**8** **A.** Siento que no soy peor que los demás **B.** Soy critico con respecto a mis debilidades y errores **C.** Me maldigo constantemente por mis faltas y errores **D.** Me culpo de todo lo malo que pasa
9 **A.** No pienso en matarme **B.** He pensado en matarme pero no lo he intentado **C.** Me gustaría suicidarme **D.** Si tengo la oportunidad me voy a suicidar	**10** **A.** No lloro más de lo usual **B.** Actualmente lloro más que antes **C.** Actualmente lloro todo el tiempo **D.** He tenido la capacidad de llorar pero actualmente no logro hacerlo a pesar de desearlo
11 **A.** Actualmente no me siento más irritable que de costumbre **B.** Me enojo o irrito más fácilmente que de costumbre **C.** Me siento todo el tiempo enojado o irritado **D.** No me siento en lo absoluto irritado por las cosas que usualmente me molestan	**12** **A.** No he perdido el interés en los demás **B.** Me siento menos interesado en otros que de costumbre **C.** He perdido mucho interés en los demás **D.** No me interesan las personas
13 **A.** Puedo tomar decisiones tan bien como antes **B.** Postergo las decisiones que debo tomar más que de costumbre **C.** Tengo muchas dificultades en tomar decisiones **D.** Actualmente no puedo tomar ningún tipo de decisión	**14** **A.** No creo verme peor que antes **B.** Me preocupa verme viejo o poco atractivo **C.** Siento que mi apariencia ha cambiado y que me veo menos atractivo **D.** Creo que me veo horrible

15 **A.** Puedo trabajar tan bien como de costumbre **B.** Tengo que esforzarme para empezar a hacer algo **C.** Tengo que obligarme para realizar algo **D.** No puedo realizar ningún tipo de tarea	**16** **A.** Duermo igual que de costumbre **B.** Duermo menos bien que de costumbre **C.** Me despierto una o dos horas más temprano que lo normal y me cuesta mucho volver a dormirme **D.** Me despierto muchas horas antes de lo usual y no logro dormirme de nuevo
17 **A.** No me siento más cansado que otros días **B.** Actualmente me canso fácilmente **C.** Me siento cansado a pesar de no haber hecho casi nada **D.** Estoy tan cansado que no hago casi nada	**18** **A.** Tengo el mismo apetito de siempre **B.** Mi apetito no es tan bueno como antes **C.** Mi apetito ha disminuido notablemente **D.** No tengo apetito alguno
19 **A.** Últimamente no he perdido mucho peso **B.** He perdido más de dos kilos **C.** He perdido más de cuatro kilos **D.** He perdido más de seis kilos Estoy realizando una dieta: SI NO	**20** **A.** Mi salud me preocupa más que de costumbre **B.** Estoy preocupado por diferentes problemas, tales como dolores, problemas estomacales o estreñimiento **C.** Estoy muy preocupado por problemas físicos y me es muy difícil pensar en otras cosas **D.** Estoy tan preocupado por problemas físicos que no puedo pensar en otras cosas
21 **A.** Últimamente no he notado que haya cambiado mi interés por el sexo **B.** Estoy menos interesado en el sexo que de costumbre **C.** Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora **D.** He perdido por completo mi interés en el sexo	

ANEXO C

ESCALA DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS (WOC)

Sexo:_____ **Edad:_____**

INSTRUCCIONES

Lea por favor cada uno de los ítems que se presentan a continuación y señale, marcando con una equis (X), si usted actuó, en alguna medida, en esa forma o no actuó en ninguna medida en esa forma al enfrentarse a una situación estresante.

0: No actué así en absoluto

1: Actué así en alguna medida

1.	Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar	0	1
2.	Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación	0	1
3.	Me critiqué o sermoneé a mí mismo	0	1
4.	Confié en que ocurriera un milagro	0	1
5.	Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona	0	1
6.	Me sentí inspirado para hacer algo creativo	0	1
7.	Intenté olvidarme de todo	0	1
8.	Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería	0	1
9.	De algún modo expresé mis sentimientos	0	1
10.	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema	0	1
11.	Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones	0	1
12.	Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara	0	1
13.	Cambié algo para que las cosas fueran bien	0	1
14.	Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo	0	1
15.	Sabía lo que quería hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien	0	1
16.	Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez	0	1
17.	Propuse un par de soluciones distintas al problema	0	1
18.	Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con las otras cosas	0	1

19.	Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía	0	1
20.	Cambié algo de mí	0	1
21.	Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente	0	1
22.	Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo	0	1
23.	Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas	0	1
24.	Me preparé para lo peor	0	1
25.	Repasé mentalmente lo que haría o diría	0	1
26.	Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiro y lo tomé como modelo	0	1
27.	Me recordé a mí mismo cuanto peor podrían ser las cosas	0	1
28.	Esperé ver lo que pasaba antes de hacer nada	0	1

ANEXO D

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

Sexo: _____ Edad: _____

INSTRUCCIONES

La información de este folleto tiene el propósito de obtener una descripción de Sí mismo, tal como usted se ve. Por favor, responda a estas frases como si usted se estuviera describiendo a sí mismo. NO OMITA NINGUNA PREGUNTA. Lea cada frase cuidadosamente y luego seleccione una de las cinco respuestas que se encuentran a continuación.

Coloque una equis (X) en la respuesta que usted escoja. Si desea cambiar una respuesta después de haberla marcado, bórrela y coloque la equis nuevamente sobre la respuesta que desea.

RESPUESTAS:

1: COMPLETAMENTE FALSA
2: CASI FALSA
3: PARCIALMENTE FALSA/ PARCIALMENTE CIERTA
4: CASI CIERTA
5: COMPLETAMENTE CIERTA

1.	Tengo un cuerpo sano	1	2	3	4	5
2.	Soy una persona atractiva	1	2	3	4	5
3.	*Me considero una persona descuidada*	1	2	3	4	5
4.	Soy una persona decente	1	2	3	4	5
5.	Soy una persona honesta	1	2	3	4	5
6.	*Soy una mala persona*	1	2	3	4	5
7.	Soy una persona alegre	1	2	3	4	5
8.	Soy una persona tranquila y fácil de tratar	1	2	3	4	5
9.	Soy un don nadie	1	2	3	4	5
10.	Tengo una familia que siempre me ayudaría en cualquier tipo de problema	1	2	3	4	5
11.	Soy miembro de una familia feliz	1	2	3	4	5
12.	Mis amigos no tienen confianza en mi	1	2	3	4	5
13.	Soy una persona amistosa	1	2	3	4	5
14.	Soy popular con los hombres	1	2	3	4	5
15.	No me interesa lo que hacen otras personas	1	2	3	4	5
16.	No siempre digo la verdad	1	2	3	4	5
17.	A veces me pongo furioso	1	2	3	4	5
18.	Siempre me gusta lucir bien y arreglado	1	2	3	4	5
19.	Estoy lleno de dolores y molestias físicas	1	2	3	4	5
20.	Soy una persona enferma	1	2	3	4	5
21.	Soy una persona religiosa	1	2	3	4	5
22.	Soy un fracaso en el aspecto moral	1	2	3	4	5
23.	Soy una persona moralmente débil	1	2	3	4	5
24.	Tengo mucho autocontrol	1	2	3	4	5
25.	*Soy una persona odiosa*	1	2	3	4	5
26.	Me estoy volviendo loco	1	2	3	4	5
27.	Soy una persona importante para mis amigos y para mi familia	1	2	3	4	5
28.	*Mi familia no me quiere*	1	2	3	4	5
29.	Siento que familia no tiene confianza en mi	1	2	3	4	5
30.	Soy popular con las mujeres	1	2	3	4	5
31.	Siento rabia hacia todo el mundo	1	2	3	4	5
32.	Es difícil ser amistoso conmigo	1	2	3	4	5
33.	A veces pienso en cosas que son demasiado malas para hablar de ellas	1	2	3	4	5
34.	A veces, cuando no me siento bien, me pongo malhumorado	1	2	3	4	5
35.	No soy ni demasiado gordo ni demasiado flaco	1	2	3	4	5
36.	Me gusta mi apariencia tal como es	1	2	3	4	5
37.	Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo	1	2	3	4	5
38.	Estoy satisfecho con mi conducta moral	1	2	3	4	5
39.	Estoy satisfecho con mi relación con Dios	1	2	3	4	5
40.	Debería asistir con más frecuencia a la iglesia	1	2	3	4	5
41.	Estoy satisfecho de ser lo que soy	1	2	3	4	5
42.	Soy tan agradable como debo ser	1	2	3	4	5
43.	Me desprecio a mi mismo	1	2	3	4	5
44.	Estoy satisfecho con mis relaciones familiares	1	2	3	4	5
45.	Comprendo a mi familia tan bien como debería	1	2	3	4	5
46.	Debería confiar más en mi familia	1	2	3	4	5
47.	Soy tan sociable como debo ser	1	2	3	4	5
48.	*Trato de agradar a los demás sin exagerar*	1	2	3	4	5
49.	Desde el punto de vista social, no sirvo para nada	1	2	3	4	5
50.	No me gustan todas las personas que conozco	1	2	3	4	5

51.	A veces me río de un chiste grosero	1	2	3	4	5
52.	No soy demasiado alto ni demasiado bajo	1	2	3	4	5
53.	No me siento tan bien como debería	1	2	3	4	5
54.	Debería tener más sex-appeal	1	2	3	4	5
55.	Soy tan religioso como quiero ser	1	2	3	4	5
56.	Debería ser una persona más confiable	1	2	3	4	5
57.	No debería decir tantas mentiras	1	2	3	4	5
58.	Soy tan inteligente como quiero ser	1	2	3	4	5
59.	No soy la persona que desearía ser	1	2	3	4	5
60.	Quisiera no rendirme tan fácilmente como lo hago	1	2	3	4	5
61.	Trato a mis padres tan bien como debo (use el tiempo pasado si ya no viven)	1	2	3	4	5
62.	Soy demasiado sensible lo que mi familia dice	1	2	3	4	5
63.	Debería amar más a mi familia	1	2	3	4	5
64.	Estoy satisfecho con el modo de tratar a otras personas	1	2	3	4	5
65.	Debería ser más cortés con los demás	1	2	3	4	5
66.	Debería llevarme mejor con las demás personas	1	2	3	4	5
67.	A veces digo chismes	1	2	3	4	5
68.	A veces me provoca decir groserías	1	2	3	4	5
69.	Cuido bien mi estado físico	1	2	3	4	5
70.	Trato de ser cuidadoso con mi apariencia personal	1	2	3	4	5
71.	Con frecuencia actúo como si fuera "torpe"	1	2	3	4	5
72.	Soy fiel a mi religión en mi vida diaria	1	2	3	4	5
73.	Trato de cambiar cuando me doy cuenta de que estoy haciendo algo incorrecto	1	2	3	4	5
74.	A veces hago cosas muy malas	1	2	3	4	5
75.	Siempre puedo cuidarme en cualquier situación	1	2	3	4	5
76.	Acepto que se me culpe por cosas, sin enojarme	1	2	3	4	5
77.	Hago las cosas sin pensarlas previamente	1	2	3	4	5
78.	Trato de ser justo con mis amigos y mi familia	1	2	3	4	5
79.	Me intereso realmente por mi familia	1	2	3	4	5
80.	Me dejo llevar por mis padres	1	2	3	4	5
81.	Trato de comprender el punto de vista de los demás	1	2	3	4	5
82.	Me llevo bien con otras personas	1	2	3	4	5
83.	No perdono a los demás tan fácilmente	1	2	3	4	5
84.	Prefiero ganar que perder un juego	1	2	3	4	5
85.	Me siento bien la mayor parte del tiempo	1	2	3	4	5
86.	Soy malo en juego y deportes	1	2	3	4	5
87.	Soy de poco dormir	1	2	3	4	5
88.	La mayor parte del tiempo hago lo que es correcto	1	2	3	4	5
89.	A veces utilizo medios incorrectos para salir adelante	1	2	3	4	5
90.	Tengo problemas para hacer las cosas que son correctas	1	2	3	4	5
91.	Resuelvo mis problemas con facilidad	1	2	3	4	5
92.	Con frecuencia cambio de pensar	1	2	3	4	5
93.	Trato de evadir mis problemas	1	2	3	4	5
94.	Contribuyo con los quehaceres del hogar	1	2	3	4	5
95.	Discuto y peleo con mi familia	1	2	3	4	5
96.	No actúo como mi familia piensa que debería actuar	1	2	3	4	5
97.	Veo aspectos positivos en todas las personas que conozco	1	2	3	4	5
98.	No me siento cómodo con otras personas	1	2	3	4	5
99.	Me resulta difícil el hablar con desconocidos	1	2	3	4	5
100.	A veces dejo para mañana lo que debería hacer hoy	1	2	3	4	5

ANEXO E

CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS EN RELACIONES CERCANAS (REVISADO)

INSTRUCCIONES

Las siguientes afirmaciones se refieren a cómo usted se siente emocionalmente en las **relaciones cercanas**. Estamos interesados en cómo usted generalmente experiencia las **relaciones cercanas** y no sólo lo que le ocurre en la actualidad. Conteste cada una de las afirmaciones marcando con una equis (X) el grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de ellos.

1. La gente sólo me toma en cuenta cuando estoy molesto

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

2. Prefiero no tener cercanía con la gente

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

3. Frecuentemente me preocupa que la gente no quiera estar conmigo

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

4. Me parece difícil permitirme depender de la gente

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

5. Me preocupa no "encajar" con la gente

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

6. Suelo contarle a la gente lo que me acontece

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

7. No me siento cómodo (a) expresándome abiertamente con la gente

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

8. Prefiero no mostrarle a la gente como me siento internamente

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

9. Pienso que la gente me entiende y capta mis necesidades

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

10. Me parece fácil acercarme a otras personas

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

11. Usualmente discuto mis problemas y preocupaciones con las personas que considero cercanas

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

12. Frecuentemente deseo que los sentimientos que tienen las otras personas hacia mi sean tan intensos como los míos hacia ellas

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

13. Siento que mi deseo de estar muy cerca de los demás pueda asustarlos

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

14. Me siento cómodo (a) dependiendo de las otras personas

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

15. Me siento incómodo (a) cuando otras personas desean estar cercanas a mi

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

16. Rara vez me preocupo por el hecho de que otras personas puedan abandonarme

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

17. Me preocupa no importarle a los otros de la misma manera que a mi me importan

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

18. Estar con otros me hace dudar de mi mismo (a)

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

19. Me siento cómodo (a) compartiendo mis pensamientos y sentimientos privados con personas cercanas

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

20. Converso y busco soluciones a problemas con las personas cercanas a mi

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

21. Cuando no estoy con mi pareja me preocupa que él o ella comience a interesarse en otra persona

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

22. Cuando demuestro mis sentimientos por una persona me da miedo que él o ella no sienta lo mismo por mi

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

23. Para mi es fácil ser afectivo con los demás

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

24. Me pone nervioso (a) que las personas se acerquen a mi

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

25. Me asusta perder el amor de los otros

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

26. Me molesta no recibir de otros la afectividad y el apoyo que necesito

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

27. Me siento muy cómodo (a) estando cercano a otros

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

28. Me ayuda el acudir a personas cercanas en momentos difíciles

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

29. Para mi no es difícil acercarme a otros

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

30. No me preocupa el hecho de ser abandonado

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

31. Me preocupo mucho por mis relaciones con otros

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

32. Siento que mis compañeros no quieren acercarse a mi tanto como a mi me gustaría

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

33. Para mi es fácil depender de otros

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

34. Frecuentemente me preocupa que las personas cercanas a mi no me quieran

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

35. A veces la gente que me rodea cambia sin razón aparente sus sentimientos hacia mi

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

36. Me asusta el hecho de que cuando la gente llegue a conocerme no le guste quien realmente soy

Muy en Desacuerdo								Muy de Acuerdo

CUESTIONARIO PERSONAL

A continuación te pedimos que completes algunos datos y respondas a algunas preguntas de interés. Nuevamente, queremos recordarte que los resultados de esta investigación son ***absolutamente confidenciales*** y sólo serán usados con fines de investigación. Igualmente, los resultados obtenidos serán entregados a tu psicólogo, de modo que podrán aportar alguna información útil para el trabajo personal que actualmente realizas en el CADH.

Información Personal

Nombre:_____

Edad:_____ Sexo: _____

Tiempo de Asistencia en el CADH:
1. Primera vez que viene ____
2. Entre 2 y 6 sesiones ____
3. Más de 6 sesiones ____

¿Actualmente recibes ayuda económica?
Si ( ) **No** ( )

Los acontecimientos sociales que vivimos en Venezuela han traído una serie de complicaciones en diferentes planos. Uno de esos planos tiene que ver con el efecto que tales circunstancias tienen sobre las personas, independientemente de la posición política o ideológica. En tal sentido, quisiéramos saber:

1. ¿Sientes que los problemas del país te han afectado de un modo significativo?

Si ( ) (Pasar a la siguiente pregunta) **No** ( ) (Gracias por participar)

2. En caso de afectarte. Consideras que en estos momentos te sientes:

Más triste que hace dos meses ____
Igual de triste que hace dos meses ____
Menos triste que hace dos meses ____

Más ansioso(a) que hace dos meses ____
Igual de ansioso(a) que hace dos meses ____
Menos ansioso(a) que hace dos meses ____

3. Por favor, comenta brevemente qué es lo que más te ha afectado en los últimos meses:

ANEXO F

Estadísticos esperados si algún ítem fuera eliminado del cuestionario de Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR-R)

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Scale Item-Total Correlation	Corrected Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
I1AP	126,7250	875,6800	,3853	,5085	,8747
I2AP	126,6667	854,1064	,5421	,6673	,8718
I3AP	125,0000	830,8571	,5741	,6839	,8700
I4AP	123,8250	884,7338	,1636	,5118	,8788
I5AP	124,3833	840,3560	,5173	,6632	,8714
I6AP	125,0083	890,0251	,1068	,5606	,8803
I7AP	124,9083	834,1680	,5496	,6262	,8706
I8AP	124,2583	861,5714	,3521	,5459	,8750
I9AP	125,0333	866,5199	,3687	,5061	,8746
I10AP	125,5667	869,8443	,2980	,5534	,8760
I11AP	126,5167	875,1090	,3128	,6281	,8756
I12AP	122,8917	867,3243	,3831	,6117	,8744
I13AP	125,5750	840,3809	,5028	,5596	,8717
I14AP	122,8750	897,2868	,0825	,5392	,8794
I15AP	126,0167	870,7224	,3215	,4489	,8755
I16AP	123,7417	870,0419	,2913	,5047	,8762
I17AP	123,7083	840,5445	,5000	,6878	,8718
I18AP	126,4917	865,1092	,4324	,4874	,8737
I19AP	125,8417	880,6722	,2076	,7150	,8778
I20AP	126,5083	890,7730	,1793	,6364	,8776
I21AP	124,9167	842,6317	,4423	,5554	,8731
I22AP	123,6667	828,4426	,5756	,6115	,8699
I23AP	125,8333	872,2409	,2966	,4465	,8760
I24AP	126,1000	852,7798	,4898	,5455	,8723
I25AP	123,9333	843,2560	,4925	,6345	,8720
I26AP	123,5667	841,2896	,5524	,7122	,8709
I27AP	126,5167	884,7728	,2974	,5060	,8759
I28AP	126,8083	886,3243	,2546	,6499	,8765
I29AP	125,6000	880,4941	,1854	,3725	,8786
I30AP	124,0667	841,7602	,4724	,6667	,8724
I31AP	123,0833	865,6569	,3816	,5685	,8744
I32AP	125,6000	842,5950	,5131	,6414	,8716
I33AP	123,2417	913,3109	-,0780	,6211	,8830
I34AP	124,8000	819,5395	,6433	,6905	,8683
I35AP	126,0583	846,4083	,5242	,5981	,8716
I36AP	125,6667	837,7367	,5010	,6149	,8717

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 36 items

Alpha = ,8774 Standardized item alpha = ,8745

ANEXO G

Estadísticos esperados si algún ítem fuera eliminado de la escala de Afrontamiento al Estrés (WOC).

Item-total Statistics

	Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Scale Item-Total Correlation	Corrected Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
I1AFRO	20,3167	13,7812	,0912	.	,7147
I2AFRO	20,0667	13,5417	,3169	.	,6984
I3AFRO	20,1000	13,6874	,2103	.	,7039
I4AFRO	20,6333	13,8812	,0651	.	,7167
I5AFRO	20,0333	14,0997	,0917	.	,7098
I6AFRO	20,2417	13,4957	,1937	.	,7057
I7AFRO	20,3250	13,6330	,1322	.	,7114
I8AFRO	20,2583	12,8319	,3960	.	,6891
I9AFRO	20,0833	13,8585	,1552	.	,7071
I10AFRO	20,0833	13,4384	,3354	.	,6968
I11AFRO	20,4917	12,6386	,4053	.	,6873
I12AFRO	20,2750	13,2263	,2650	.	,7000
I13AFRO	20,0250	13,7389	,3099	.	,7006
I14AFRO	20,1750	13,3893	,2612	.	,7004
I15AFRO	20,1500	13,5403	,2251	.	,7030
I16AFRO	20,0583	13,6520	,2797	.	,7006
I17AFRO	20,1583	13,1596	,3554	.	,6937
I18AFRO	20,3250	12,8767	,3549	.	,6922
I19AFRO	20,0167	13,7980	,3008	.	,7015
I20AFRO	20,1417	13,5008	,2456	.	,7016
I21AFRO	20,1750	13,5069	,2208	.	,7033
I22AFRO	20,0917	13,8319	,1590	.	,7070
I23AFRO	20,0750	13,7002	,2326	.	,7028
I24AFRO	20,4083	13,2184	,2394	.	,7025
I25AFRO	20,1250	13,5053	,2581	.	,7008
I26AFRO	20,5333	13,2762	,2237	.	,7038
I27AFRO	20,2250	13,1170	,3219	.	,6955
I28AFRO	20,5083	13,3109	,2119	.	,7049

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 28 items

Alpha = ,7096 Standardized item alpha = ,7241

ANEXO H

Estadísticos esperados si algún ítem fuera eliminado de la escala de Autoconcepto de Tennessee.

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Scale Item-Total Correlation	Corrected Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
I1AUT	301,3667	353,2762	-,0726	.	,6633
I3AUT	301,6167	349,2636	,0343	.	,6596
I5AUT	303,6250	348,2532	,0628	.	,6585
I19AUT	300,6167	347,0451	,1854	.	,6554
I21AUT	300,7167	351,4989	-,0153	.	,6602
I23AUT	304,2000	349,6908	,0645	.	,6582
I37AUT	301,5167	351,1594	-,0065	.	,6603
I39AUT	301,3500	351,1202	-,0108	.	,6609
I41AUT	304,3000	350,9008	,0237	.	,6590
I55AUT	301,0500	346,8714	,1081	.	,6568
I57AUT	301,6750	346,9271	,0803	.	,6580
I59AUT	303,8083	351,8537	-,0351	.	,6624
I73AUT	301,1083	348,2823	,0920	.	,6574
I75AUT	302,3750	349,6817	,0231	.	,6600
I77AUT	303,1917	346,2907	,0982	.	,6572
I2AUT	301,1667	348,3754	,0740	.	,6580
I4AUT	303,3000	342,2790	,2075	.	,6528
I6AUT	304,0417	347,6873	,1124	.	,6568
I20AUT	302,2333	346,9535	,0702	.	,6585
I22AUT	304,1333	354,1333	-,1176	.	,6628
I24AUT	303,9250	350,0195	,0223	.	,6597
I38AUT	301,8000	350,6655	-,0057	.	,6613
I40AUT	303,5000	341,2941	,2207	.	,6520
I42AUT	303,8000	347,3546	,0795	.	,6579
I56AUT	301,0583	346,4083	,1493	.	,6556
I58AUT	304,1500	354,3807	-,1205	.	,6633
I60AUT	303,8250	347,0027	,0892	.	,6575
I74AUT	302,3250	347,1456	,0803	.	,6579
I76AUT	304,0500	347,8630	,0972	.	,6572
I78AUT	303,7250	347,7137	,0771	.	,6580
I7AUT	301,5917	350,3781	-,0080	.	,6623
I9AUT	301,8167	354,1006	-,0888	.	,6653
I11AUT	302,1167	336,1543	,2544	.	,6490
I25AUT	300,9750	349,8397	,0368	.	,6591
I27AUT	301,5417	344,1831	,1467	.	,6551
I29AUT	302,0500	342,0143	,1331	.	,6557
I43AUT	301,4500	352,4345	-,0494	.	,6625
I45AUT	301,7917	351,5109	-,0295	.	,6628
I47AUT	303,9333	346,6174	,1242	.	,6563
I61AUT	301,9583	348,4604	,0312	.	,6606
I63AUT	301,9500	352,9723	-,0629	.	,6642
I65AUT	302,3917	345,4672	,0727	.	,6590
I79AUT	301,9750	346,2767	,0880	.	,6577
I81AUT	301,5667	341,0543	,2321	.	,6516
I83AUT	304,1333	348,2174	,0934	.	,6574
I8AUT	301,4833	346,0501	,0909	.	,6576
I10AUT	302,1917	347,5680	,0366	.	,6609
I12AUT	302,6750	340,2548	,1856	.	,6529
I26AUT	301,7250	347,7977	,0462	.	,6598
I28AUT	303,2833	344,3056	,1200	.	,6563
I30AUT	303,3417	339,8067	,2051	.	,6520
I44AUT	301,9500	345,7958	,1141	.	,6565
I46AUT	303,3750	345,0767	,1075	.	,6569
I48AUT	302,8250	335,2044	,2659	.	,6483
I62AUT	301,8833	348,6922	,0357	.	,6599
I64AUT	301,5833	340,5140	,2230	.	,6517
I66AUT	302,7917	335,3764	,2517	.	,6489
I80AUT	301,5000	349,3613	,0327	.	,6596
I82AUT	302,9083	336,2184	,2878	.	,6480
I84AUT	302,7833	337,1627	,2494	.	,6496

Item-total Statistics

	Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Scale Item-Total Correlation	Corrected Squared Multiple Correlation		Alpha if Item Deleted
I13AUT	301,8583	344,2235	,1428		.	,6553
I15AUT	301,2083	350,3512	,0146		.	,6599
I17AUT	303,1833	337,4115	,2772		.	,6488
I31AUT	302,0583	339,1478	,2309		.	,6509
I33AUT	300,9833	347,7476	,1181		.	,6567
I35AUT	303,4833	336,9745	,3305		.	,6474
I49AUT	301,9917	347,8235	,0604		.	,6588
I51AUT	302,7917	350,6537	-,0171		.	,6632
I53AUT	303,0583	345,1310	,1229		.	,6562
I67AUT	301,0167	346,7728	,1709		.	,6555
I69AUT	301,0333	349,5283	,0422		.	,6590
I71AUT	302,4833	336,7560	,2901		.	,6482
I85AUT	301,0583	350,5932	,0169		.	,6595
I87AUT	301,1333	347,4275	,1275		.	,6564
I89AUT	302,5750	333,8935	,3084		.	,6463
I14AUT	301,9917	352,1596	-,0422		.	,6624
I16AUT	302,7917	350,9226	-,0243		.	,6638
I18AUT	303,3583	348,1646	,0355		.	,6604
I32AUT	301,5083	353,0419	-,0705		.	,6622
I34AUT	303,6167	341,3644	,2778		.	,6509
I36AUT	303,9000	347,2672	,1172		.	,6566
I50AUT	302,3083	351,8621	-,0339		.	,6620
I52AUT	302,5333	337,5955	,2966		.	,6484
I54AUT	303,0333	345,5955	,0973		.	,6573
I68AUT	301,7000	349,1529	,0230		.	,6606
I70AUT	302,6333	343,3434	,1545		.	,6547
I72AUT	302,8667	342,2006	,1706		.	,6539
I86AUT	301,6583	349,7730	,0170		.	,6604
I88AUT	303,2417	341,1260	,2066		.	,6524
I90AUT	302,9000	347,9899	,0319		.	,6610
I91AUT	302,8417	339,1596	,2804		.	,6496
I93AUT	301,9083	342,2688	,1826		.	,6535
I92AUT	303,1917	343,8201	,1205		.	,6563
I94AUT	301,8500	339,4899	,2411		.	,6507
I95AUT	302,3167	338,5039	,2249		.	,6509
I97AUT	301,2750	345,0414	,1510		.	,6552
I96AUT	302,6500	336,7840	,2985		.	,6480
I98AUT	301,9083	334,9243	,3387		.	,6460
I99AUT	301,7667	337,1384	,2729		.	,6488
I100AUT	301,9667	343,3434	,1537		.	,6547

Reliability Coefficients 100 items

Alpha = ,6589 Standardized item alpha = ,6396

ANEXO I

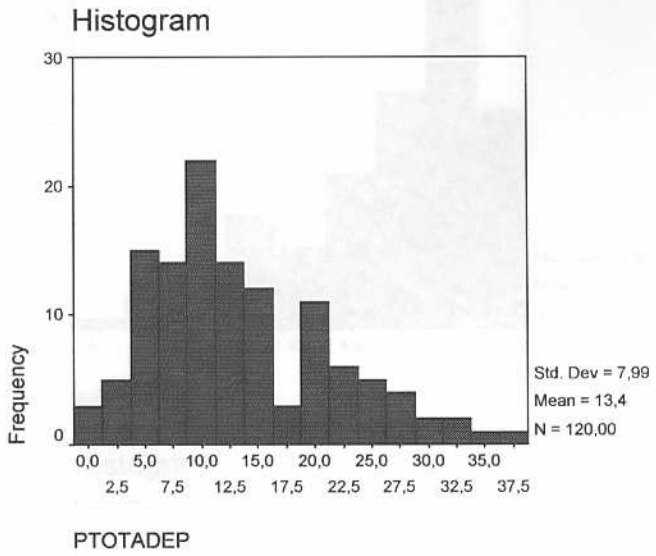
MATRIZ DE CORRELACIÓN BIVARIADA

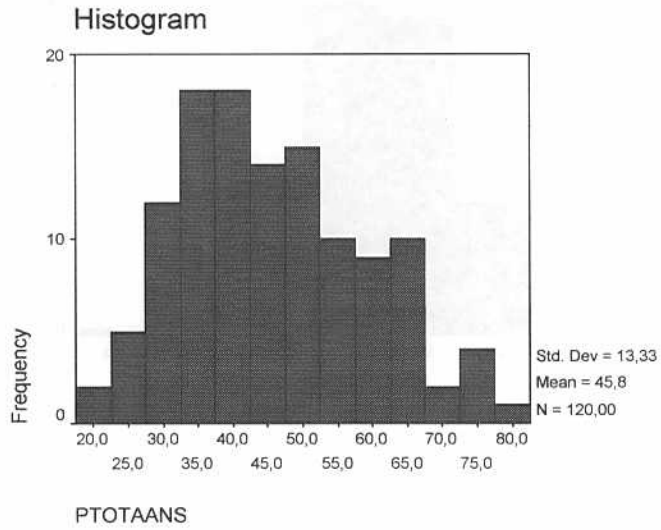
		Edad	Sexo	Ansiedad	Depresión	Afront. Problema	Afront. Emocional	Autoconcepto	Fact. Evitativo	Fact. Ansioso
Edad	Correlación de Pearson	1,000	,174	-,133	-,019	,010	,034	-,126	,071	-,259**
	Sig. (2-colas)	,	,057	,146	,834	,912	,713	,169	,440	,004
Sexo	Correlación de Pearson	,174	1,000	-,167	-,158	-,064	,046	-,133	,187*	-,122
	Sig. (2-colas)	,057	,	,069	,084	,487	,619	,149	,041	,184
Ansiedad	Correlación de Pearson	-,133	-,167	1,000	,654**	-,071	,097	,087	,142	,385**
	Sig. (2-colas)	,146	,069	,	,000	,439	,294	,346	,123	,000
Depresión	Correlación de Pearson	-,019	-,158	,654**	1,000	-,268**	,044	,135	,213*	,347**
	Sig. (2-colas)	,834	,084	,000	,	,003	,635	,142	,019	,000
Afront. Problema	Correlación de Pearson	,010	-,064	-,071	-,268**	1,000	,312**	,047	-,326**	-,073
	Sig. (2-colas)	,912	,487	,439	,003	,	,001	,610	,000	,427
Afront. Emocional	Correlación de Pearson	,034	,046	,097	,044	,312**	1,000	,084	,109	,060
	Sig. (2-colas)	,713	,619	,294	,635	,001	,	,360	,236	,516
Autoconcepto	Correlación de Pearson	-,126	-,133	,087	,135	,047	,084	1,000	-,190*	,227*
	Sig. (2-colas)	,169	,149	,346	,142	,610	,360	,	,037	,013
Fact. Evitativo	Correlación de Pearson	,071	,187*	,142	,213*	-,326**	,109	-,190*	1,000	,168
	Sig. (2-colas)	,440	,041	,123	,019	,000	,236	,037	,	,067
Fact. Ansioso	Correlación de Pearson	-,259**	-,122	,385**	,347**	-,073	,060	,227*	,168	1,000
	Sig. (2-colas)	,004	,184	,000	,000	,427	,516	,013	,067	,

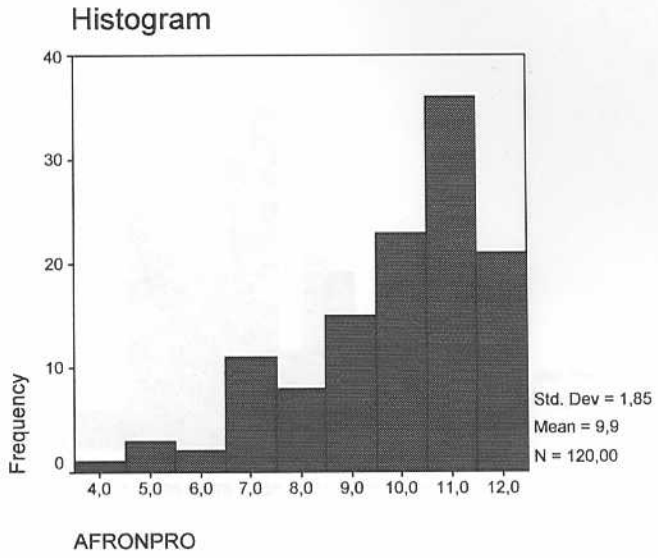
**** La Correlación es significativa al nivel de 0.01 (2-colas).**
*** La Correlación es significativa al nivel de 0.05 (2-colas).**

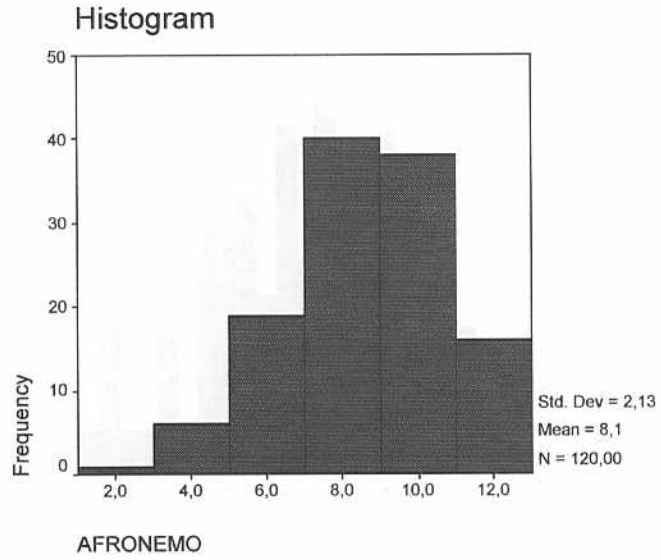
ANEXO J

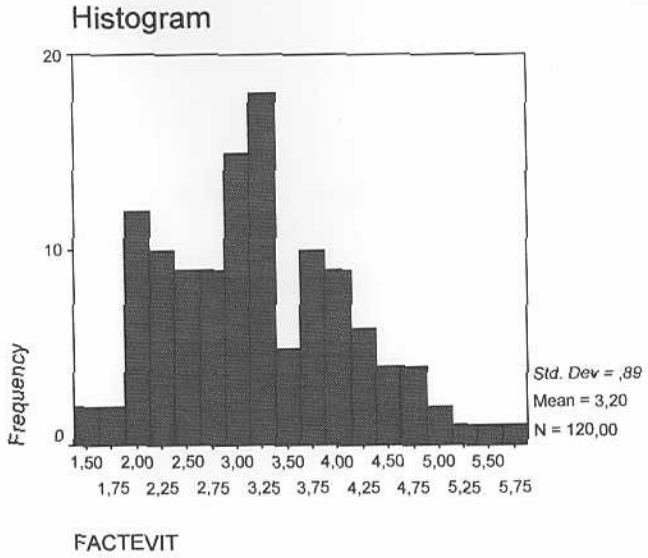
Histogramas de las distribuciones de las variables ansiedad, depresión, estilos de apego, estilos de afrontamiento y autoconcepto.

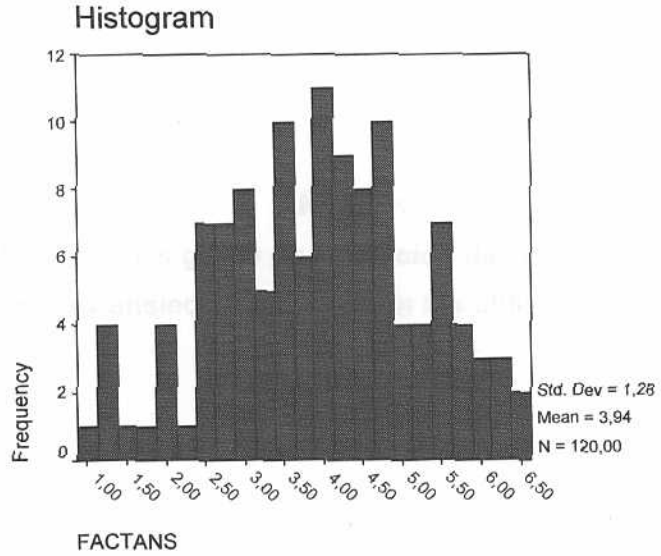

Histogram
30
20
10
0
Frequency
0,0
5,0
10,0
15,0
20,0
25,0
30,0
35,0
2,5
7,5
12,5
17,5
22,5
27,5
32,5
37,5
Std. Dev = 7,99
Mean = 13,4
N = 120,00
PTOTADEP


Histogram
20
10
0
Frequency
20,0
30,0
40,0
50,0
60,0
70,0
80,0
25,0
35,0
45,0
55,0
65,0
75,0
Std. Dev = 13,33
Mean = 45,8
N = 120,00
PTOTAANS


Histogram
Frequency
40
30
20
10
0
4,0
5,0
6,0
7,0
8,0
9,0
10,0
11,0
12,0
Std. Dev = 1,85
Mean = 9,9
N = 120,00
AFRONPRO

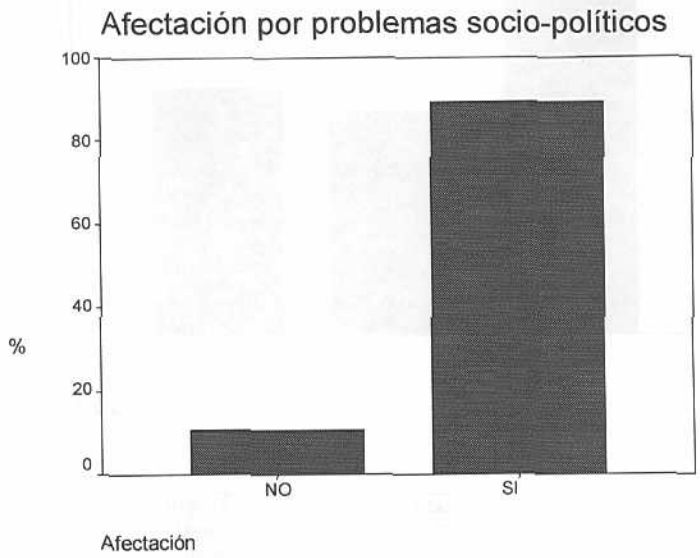

Histogram
Frequency
50
40
30
20
10
0
2,0
4,0
6,0
8,0
10,0
12,0
Std. Dev = 2,13
Mean = 8,1
N = 120,00
AFRONEMO


Histogram
20
10
0
Frequency
1,50 2,00 2,50 3,00 3,50 4,00 4,50 5,00 5,50
1,75 2,25 2,75 3,25 3,75 4,25 4,75 5,25 5,75
Std. Dev = ,89
Mean = 3,20
N = 120,00
FACTEVIT


Histogram
12
10
8
6
4
2
0
Frequency
1,00 1,50 2,00 2,50 3,00 3,50 4,00 4,50 5,00 5,50 6,00 6,50
Std. Dev = 1,28
Mean = 3,94
N = 120,00
FACTANS

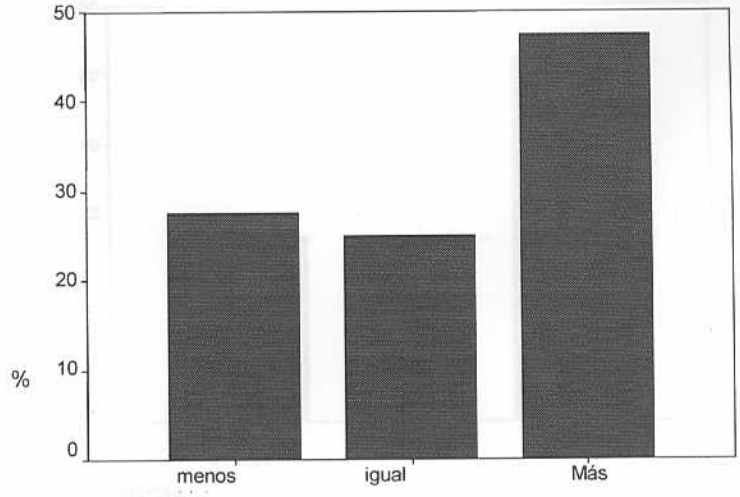
ANEXO K

Gráfico de barras de las variables grado de afectación de la situación socio-política, tristeza *percibida y ansiedad percibida en los últimos dos meses.*



Afectación		Statistic	Std. Error
Mean		,8917	2,849E-02
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,8353	
	Upper Bound	,9481	
5% Trimmed Mean		,9352	
Median		1,0000	
Variance		9,741E-02	
Std. Deviation		,3121	
Minimum		,00	
Maximum		1,00	
Range		1,00	
Interquartile Range		,0000	
Skewness		-2,552	,221
Kurtosis		4,591	,438

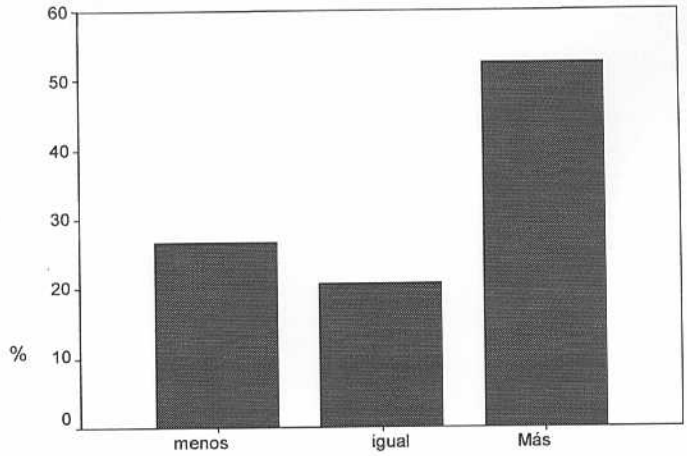
Tristeza luego de los problemas socio-políticos



Triste

TRISTE		Statistic	Std. Error
Mean		1,2000	7,724E-02
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,0471	
	Upper Bound	1,3529	
5% Trimmed Mean		1,2222	
Median		1,0000	
Variance		,716	
Std. Deviation		,8461	
Minimum		,00	
Maximum		2,00	
Range		2,00	
Interquartile Range		2,0000	
Skewness		-,396	,221
Kurtosis		-1,494	,438

Ansiedad luego de problemas socio-políticos



Ansioso

ANSIOSO		Statistic	Std. Error
Mean		1,2583	7,805E-02
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,1038	
	Upper Bound	1,4129	
5% Trimmed Mean		1,2870	
Median		2,0000	
Variance		,731	
Std. Deviation		,8550	
Minimum		,00	
Maximum		2,00	
Range		2,00	
Interquartile Range		2,0000	
Skewness		-,526	,221
Kurtosis		-1,433	,438