

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

tesis  
Psicología  
B3.

**INFLUENCIA DE LA EDAD, EL SEXO, LA PRESENCIA DE PAREJA, LA  
PERSPECTIVA DE TIEMPO Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL  
ESTRÉS SOBRE LA CALIDAD DE SUEÑO**

**Trabajo de investigación presentado por:**

**Meyrav BARAK**

**e**

**Isabel SANANES**

**A la  
Escuela de Psicología  
Como un requisito parcial para obtener el título de  
Licenciado en Psicología**

**Profesor Guía:  
Luisa ANGELUCCI**

**Caracas, Junio de 2005**

Este proyecto simboliza mis cinco años de carrera, y éstos se los dedico por completo  
a las personas que amo y que han confiado plenamente en mí.  
Te lo dedicó a ti mami por estar siempre tan presente y por estar tan orgullosa de mí.  
A ti aba, por ser mi ejemplo de constancia y de trabajo.  
A ti, Meytal por ser mi compañera de la vida, mi guardián y mi hermana mayor.  
A ti mi vida, porque todo tú eres un sueño hecho realidad.  
A ti Izza porque es un placer compartir contigo.  
Y finalmente, a mis amigas que son y serán mi familia.

Meyrav

A todos los que me apoyaron y confiaron en mí desde el comienzo del camino,  
hasta lograr esta meta.

En especial, a mis papás, por todo su esfuerzo, por siempre creer en mí,  
por ser mis guías, ejemplo de constancia y perseverancia.

A mis hermanos, Raúl y Marcel, por ser quienes son, mis mejores aliados.

A ti Mey, mi compañera, amiga y confidente, porque estos cinco años  
no hubieran sido los mismos sin compartirlos juntas.

Y a todas mis amigas, porque hicieron que cada momento de la carrera  
fuera algo especial.

Isa

## **AGRADECIMIENTOS**

Principalmente, a la profesora Luisa Angelucci por ser más que una tutora, una amiga, la mejor colega. Gracias por tu dedicación y apoyo, por acompañarnos desde el comienzo, a entender y disfrutar la investigación... y por dejarnos compartir tanto tiempo en tu oficina.

Al licenciado Bernardo Guinand y a todo el personal del Centro de Salud Santa Inés, por la colaboración y ayuda brindada durante los meses que estuvimos trabajando.

Al doctor Jacky Blank, por aportar la idea principal de este proyecto en base a su experiencia en el área de sueño y por su constante apoyo.

A Andrés Blank, por regalarnos sus conocimientos en programación y permitir obtener resultados de nuestro trabajo.

A Patricia Rodríguez, por toda la información facilitada de investigaciones afines realizadas en el área de la perspectiva de tiempo.

## ÍNDICE GENERAL

	Pág
INDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
III. MÉTODO	25
Problema	25
Hipótesis	25
Variables	27
Endógenas	27
Exógenas	29
Variables de Control	30
Tipo y Diseño de Investigación	30
Población y Muestra	31
Instrumentos	32
Procedimiento	39
Consideraciones Éticas	40
IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	41
V. DISCUSIÓN	61
VI. CONCLUSIONES	76
VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	78
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
IX. ANEXOS	
Anexo A. Escala de Calidad de Sueño de Pittsburg (PSQI)	
Anexo B. Escala de Afrontamiento al Estrés (WOC)	
Anexo C. Escala de Perspectiva de Tiempo (ZPTI)	

Anexo D: Puntuación de la Escala de Calidad de Sueño de Pittsburg (PSQI)  
Anexo E: Escala de Afrontamiento al Estrés (WOC): Confiabilidad ítem-escala  
Anexo F: Escala de Perspectiva de Tiempo (ZPTI): Confiabilidad ítem-escala y  
Análisis Factorial  
Anexo G: Matriz de correlaciones entre las variables  
Anexo H: Análisis de regresión, errores y  
normalidad de las variables del modelo

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Diagrama de Ruta Propuesto	26
Tabla 1. Ítems que integran los factores del Inventario sobre Perspectiva de Tiempo de Zimbardo	44
Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables implicadas en el modelo	50
Tabla 3. Coeficientes B, $\beta$ y su significancia para la Calidad de Sueño	52
Tabla 4. Coeficientes B, $\beta$ y su significancia para Afrontamiento Activo	53
Tabla 5. Coeficientes B, $\beta$ y su significancia para Búsqueda de Apoyo e Información	54
Tabla 6. Coeficientes B, $\beta$ y su significancia para Evasión y Conformismo	54
Tabla 7. Coeficientes B, $\beta$ y su significancia para Hacerse Responsable	55
Tabla 8. Coeficientes B, $\beta$ y su significancia para Reevaluación Cognitiva	56
Tabla 9. Coeficientes B, $\beta$ y su significancia para Solución Fantástica	57
Tabla 10. Coeficientes B, $\beta$ y su significancia para la PT Pasado Negativo	57
Tabla 11. Coeficientes B, $\beta$ y su significancia para la PT Pasado Positivo	58
Tabla 12. Coeficientes B, $\beta$ y su significancia para la PT Presente Hedonista	58
Tabla 13. Coeficientes B, $\beta$ y su significancia para PT Presente Fatalista	58
Tabla 14. Coeficientes B, $\beta$ y su significancia para PT Futuro	59
Figura 2. Diagrama de Ruta Resultante	60

## RESUMEN

El presente estudio pretende explicar a través de un diagrama de ruta, la relación que guardan entre sí las variables estrategias de afrontamiento al estrés, la perspectiva de tiempo, la edad, el sexo y la presencia de pareja y la influencia que tienen estas variables sobre la calidad de sueños en un grupo de pacientes que asisten al Centro de Salud Santa Inés. La muestra estuvo conformada por 403 personas, 274 mujeres y 129 hombres, con edades comprendidas entre los 13 y 94 años, que asisten a los departamentos de medicina interna, odontología, traumatología, oftalmología, otorrinolaringología y odontología. Los resultados revelaron que la perspectiva de tiempo pasado negativo y la edad son las que predicen la calidad de sueño, en el sentido que a mayor presencia de estas variables peor calidad de sueño. En cuanto a las relaciones entre la perspectiva de tiempo y estrategias de afrontamiento, la orientación hacia el pasado negativo predice un mayor uso de evasión y conformismo, solución fantástica y hacerse responsable; el pasado positivo predice el uso de las estrategias hacerse responsable, afrontamiento activo y reevaluación cognitiva; el presente hedonista se relaciona con un mayor uso de evasión y conformismo; el presente fatalista con un menor uso de las tres estrategias centradas en el problema y con un menor uso de solución fantástica; por último, la perspectiva de tiempo futuro predice un mayor empleo de la búsqueda de apoyo e información. En referencia a las relaciones entre la edad, el sexo, y las estrategias de afrontamiento, se observó una tendencia por parte de las mujeres a emplear más la solución fantástica que los hombres, y se manifestó que una mayor edad predice mayormente el uso de estrategias centradas en la emoción, como evasión y conformismo y solución fantástica, y también, un mayor uso del afrontamiento activo. Esta investigación posee un carácter heurístico porque con ella se abre campo a nuevos trabajos relacionados con el sueño en el área de la psicología de la salud, permitiendo ampliar el modelo de las variables psicosociales que influyen en la calidad del mismo.

## I. INTRODUCCIÓN

La creciente investigación sobre los orígenes del sueño como una función del cerebro y las recientes terapias que se interesan en restaurar la calidad del sueño nocturno, han despertado en los últimos años, el interés de la disciplina médica en el sueño. Además, su estudio ha cobrado relevancia en otras áreas relacionadas con el mejoramiento de la calidad de vida de las personas (Culebras, 1996).

Las alteraciones del sueño aluden a la incapacidad para conciliar el sueño, para mantenerse dormido durante la noche o para sentirse renovado por el hecho de dormir (Kryger, Roth y Dement, 1994). Estas alteraciones son un problema ocasional para por lo menos el 25% de la población y un problema crónico para casi el 10% (Culebras, 1996).

Los problemas de sueño, no son en sí mismos una enfermedad; sin embargo, provocan una gran perturbación emocional e intervienen en el funcionamiento de la vida normal, además, el desempeño de las actividades que realizan en el día a día los adultos y los niños, está mediado por su estado de alerta, el cual a su vez es afectado por la calidad del sueño nocturno (Halgin y Whitbourne, 2003).

Estas consecuencias y la evidencia cada vez más fuerte de la influencia de factores psicológicos y sociales en el desarrollo y tratamiento de los problemas de sueño, y por tanto, sobre la calidad del mismo, muestran la relevancia de dicho tema en el área de la salud. La psicología, específicamente la psicología de la salud, la cual explora la relación existente entre los factores psicológicos y los padecimientos físicos o enfermedades (Vivas y Cañoto, 1994), se ha abocado al estudio de este fenómeno.

En cuanto a los factores relacionados con los problemas de salud, diversos estudios han señalado la relación entre variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el estado civil (Angelucci, 2001; Osuna, 2000 cp. Castrillo, 2002; Ohayon, 2001 cp. Castrillo), y psicológicas como las estrategias de afrontamiento del estrés que emplean los individuos (Márquez, Madrid, Nguyen y Hicks, 1999) y su perspectiva de tiempo (Mahon, 2001) y la calidad de sueño.

Específicamente, se han encontrado diferencias en cuanto al sexo, la edad y el estado civil en la calidad de sueño. Por otro lado, la perspectiva de tiempo de un individuo parece influir en la presencia de problemas de sueño, de manera que las personas que están preocupadas por el tiempo, tienen una mayor probabilidad de reportar problemas de sueño que los sujetos que no están preocupados por éste. Además, el tipo de estrategias de afrontamiento que emplea una persona ante situaciones estresantes, parece tener una relación diferencial con la calidad de sueño.

En las investigaciones mencionadas se observan algunos inconvenientes. En primer lugar, existe inconsistencia de algunos resultados obtenidos por diferentes investigaciones que estudiaron la influencia de las mismas variables. Otra limitación es que la mayoría de las muestras utilizadas en los estudios reportados corresponden a muestras clínicas, es decir, sujetos que padecen de algún tipo de trastorno; sin considerar que los disturbios de sueño son frecuentes en la población normal. Por último, las variables son tomadas de manera parcelada, es decir, no se ha estudiado la influencia de las variables en conjunto la calidad de sueño.

Dadas las limitaciones mencionadas, esta investigación tiene como objetivo analizar las relaciones que pueden existir entre las variables estrategias de afrontamiento, la perspectiva de tiempo, la edad, el sexo y la presencia de pareja, y la influencia de cada una de ellas sobre la calidad de sueño, empleando una muestra diferente a las anteriormente utilizadas, ya que está constituida por personas adultas que asisten al Servicio de Salud Santa Inés ubicado en el municipio Libertador en la ciudad de Caracas. Además, se trabaja de manera conjunta, la influencia de las variables mencionadas sobre la calidad de sueño.

Investigaciones como estas permiten ampliar el conocimiento de esta problemática, la cual afecta a un alto porcentaje de la población y además afecta el funcionamiento vital de los individuos. Este conocimiento es de gran relevancia en la práctica, ya que abre la posibilidad para el desarrollo de estrategias de intervención destinadas a mejorar la calidad de vida de los individuos.

## II. MARCO TEÓRICO

El sueño es un fenómeno elemental de la vida y una fase indispensable de la existencia humana. Se puede definir como la disolución fisiológica del estado de conciencia o como uno de los cambios o fenómenos básicos que ocurren en el sistema nervioso en cada ciclo de 24 horas (Portuondo, Fernández y Cabrera, 2000). Hartmann (1989) lo conceptúa como un "estado regular, recurrente, fácilmente reversible, caracterizado por una relativa tranquilidad, por un gran incremento en el umbral o en la respuesta a estímulos externos en comparación al estado de vigilia" (p. 1242).

La relevancia del sueño en la vida de los seres humanos se ve reflejada en el hecho de que la mayoría de los individuos emplean un tercio de sus vidas durmiendo. Sin embargo, el interés científico en el sueño no se desarrolló hasta principios del siglo pasado, cuando aparecieron casi simultáneamente, la "Fisiología del sueño" de Pieron en 1913 y la "Interpretación de los sueños" de Freud en 1900 (Hartmann, 1989).

Posteriormente, la investigación del sueño cobró impulso a principios de la década de 1960, cuando los investigadores hallaron que los potenciales cerebrales registrados con electrodos en el cuero cabelludo (EEG) proporcionaban una manera de definir y describir los niveles de activación y los estados de sueño. Esta medida de la actividad cerebral usualmente se complementa con registros de los movimientos oculares y de la tensión muscular (Rosenzweig y Leiman, 1992).

La investigación actual, ha permitido revelar que, a pesar de la apariencia de reposo de una persona dormida, el cerebro controla el sueño mediante numerosos circuitos neuronales, presentando una gran actividad durante el mismo. De esta manera, se ha encontrado que durante el sueño tienen lugar cambios en las funciones corporales y actividades mentales de enorme trascendencia para el equilibrio psíquico y físico del individuo. El sueño es un estado activo con cambios hormonales, metabólicos, de temperatura y bioquímicos imprescindibles para el buen funcionamiento del ser humano durante el día (Vitiello, 1997).

Entre las funciones biológicas del sueño se encuentran, la conservación de la energía, ya que una porción apreciable de los períodos de sueño se caracteriza por un gasto de

energía disminuido; y la recuperación del cuerpo de la fatiga, es decir, la restitución de materiales usados durante la vigilia. Se ha sugerido que hay dos tipos de necesidades de restauración que el sueño satisface de forma diferencial; un tipo es el cansancio físico, y el otro, el cansancio asociado a la activación emocional (Rosenzweig y Leiman, 1992).

La función reparadora del sueño puede verse ocasionalmente alterada por incidencias como la incapacidad para dormirse, el sueño prolongado o despertares inusuales, disminuyendo, por tanto, su calidad y efectividad (Rosenzweig y Leiman, 1992).

Debido a la importancia de las funciones del sueño y las repercusiones que tiene su deterioro sobre la calidad de vida, uno de los aspectos que se estudia en la actualidad son las dificultades de sueño que pueden sufrir los individuos, las cuales causan una disminución en la calidad del mismo.

En el ámbito de la psiquiatría, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -DSM-IV-, 1994), incluye una categoría diagnóstica denominada "trastornos del sueño", la cual incluye diversas condiciones que resaltan la relación entre las perturbaciones psicológicas y las alteraciones corporales. En algunas personas el conflicto y el estrés se expresan a través de las alteraciones del sueño. En otros casos la perturbación del sueño, causada por un problema neurológico, provoca una perturbación emocional considerable. Los trastornos del sueño son condiciones crónicas que provocan una gran perturbación emocional e interfieren con el funcionamiento de la vida normal (Halgin y Whitbourne, 2003).

Esta categoría contiene a dos sub-categorías: las disomnias y las parasomnias. Las primeras, se refieren a los trastornos en los que hay una alteración en la cantidad, calidad o en el horario del sueño. En este grupo se incluyen el insomnio primario, la hipersomnia primaria, la narcolepsia, los trastornos del sueño asociados a patología respiratoria, los trastornos del ritmo circadiano del sueño y las disomnias no especificadas. Las parasomnias son trastornos caracterizados por comportamientos anormales o hechos fisiológicos que aparecen asociados al sueño, a fases específicas del sueño o durante los periodos de transición sueño-vigilia. En estos trastornos no están alterados ni los mecanismos que controlan el ciclo sueño-vigilia ni la duración

del tiempo total de sueño. Éstos incluyen las pesadillas, los terrores nocturnos y el sonambulismo (DSM-IV, 1994).

En la clasificación de los trastornos de sueño del DSM-IV (1994), se señala como criterio diagnóstico que la dificultad debe presentarse con una alta frecuencia durante por lo menos un mes, debe provocar un malestar clínicamente significativo, o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo; y la alteración no es provocada por otro trastorno mental ni por el consumo de sustancias.

Los trastornos del sueño figuran entre los de mayor prevalencia de la patología humana, afectando aproximadamente a un 20% de la población adulta, cifra más elevada aún en la población infantil (Rosenzweig y Leiman, 1992).

Sin embargo, existen personas que tienen dificultades en el sueño, sin presentar todos los criterios necesarios para el diagnóstico de un trastorno. Es decir, las dificultades del sueño pueden ser vistas, desde una perspectiva clínica, como un trastorno específico, o desde una perspectiva no clínica, como problemas de los cuales puede sufrir la población general, sin que llegue a considerarse como un trastorno. Ésta última, es la visión que se emplea en la presente investigación.

En este sentido, se puede hablar de los problemas de sueño, refiriéndose a una disminución en la calidad del mismo debida a la incapacidad para conciliar el sueño, para mantenerse dormido durante la noche o para sentirse renovado por el hecho de dormir (Kryger y cols., 1994). Vistos de esta manera, los problemas de sueño son muy comunes en la población general, siendo un problema ocasional para por lo menos el 25% de la misma.

El desempeño de las actividades que realizan las personas durante el día está mediado por su estado de alerta, el cual es afectado por la calidad del sueño nocturno (Culebras, 1996). Si la calidad del sueño es mala, es decir, no es un sueño reparador, las actividades durante el día se pueden afectar en forma importante. Muchos estudios han demostrado que las alteraciones del sueño se relacionan con un menor rendimiento escolar y laboral, alteración en el desempeño social, menor calidad de vida y se pueden presentar alteraciones orgánicas o mentales (Colmenares y Concepción, 1998). Específicamente, enfermedades como la hipertensión arterial, la

enfermedad pulmonar del corazón, la insuficiencia cardiaca, la obesidad, el aumento de los glóbulos rojos, la depresión, algunos trastornos mentales y emocionales muchos son ejemplos de alteraciones que acompañan o explican por la deficiencia de la calidad del sueño.

En consonancia con esto, Vitiello (1997) afirma que la privación de sueño tiene efectos negativos en la salud física y mental, y por tanto, sobre el bienestar general de los individuos. Algunos de sus efectos son falta de energía, falta de concentración, alteraciones de la memoria, alteraciones del afecto, cambios de humor y problemas en las relaciones personales como problemas conyugales y de relación de pareja.

Por lo tanto, se puede considerar a la calidad de sueño como una dimensión fundamental en el tema de la salud, tanto física como psicológica, ya que como se ha mencionado, la alteración del sueño tiene efectos importantes sobre la salud y el bienestar de los individuos, y además, distintas condiciones psicológicas y de salud pueden afectar su calidad.

El estudio de la calidad de sueño ha pertenecido principalmente al área de la medicina. Sin embargo, debido a la influencia de múltiples factores de índole psicológica y psicosocial sobre el desarrollo de los problemas de sueño, y a las consecuencias que se ha evidenciado que tienen sobre la calidad de vida, éstos cobran importancia como tema de estudio en el área de distintas disciplinas psicológicas relacionadas con la salud, entre las cuales se encuentra la psicología de la salud, la cual explora la relación existente entre los factores psicológicos y los padecimientos físicos o enfermedades (Vivas y Cañoto, 1994), disciplina que enmarca la presente investigación, dado que pretende estudiar la calidad de sueño y su relación con diferentes factores psicológicos y psicosociales.

Un constructo que se ha relacionado de manera significativa con la calidad de sueño, es el estrés. Worchel y Shebilske (1998) señalan que el estrés es un factor que contribuye en muchos, si no en la mayoría, de los trastornos psicológicos y emocionales. En relación con el sueño, específicamente, indican que el estrés es una de las principales razones por las cuales éste puede verse alterado, por lo que a continuación se hace una definición de este constructo.

Lazarus y Folkman (1984), desde una perspectiva psicosocial, definen el estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos y que ponen en peligro su bienestar. Los desencadenantes del estrés implican cambios en las rutinas de la vida cotidiana de las personas, fallas con los automatismos, lo que provoca nuevas condiciones y necesidades ante las cuales la persona tiene que valorar su forma de responder.

El estudio del estrés como un proceso psicológico, aborda a éste como una serie de subprocesos cognitivos y emocionales, que van entrando en funcionamiento a medida que se procesa la información procedente del exterior y/o del propio organismo. Este proceso se compone de dos grandes bloques. En primer lugar, se produce un procesamiento de tipo automático por medio de los mecanismos preatencionales que, en función de las características físicas de la propia estimulación, pone en funcionamiento una respuesta emocional ante el estresor. El segundo lugar, ocurre un procesamiento controlado, que cumple las funciones de identificación, valoración y toma de decisiones frente al estresor. Este bloque supone un proceso perceptual individualizado y vulnerable a predisposiciones biológicas, factores estructurales, historia personal de aprendizaje, experiencias previas y fuentes disponibles de afrontamiento (Fernández-Abascal, 1999).

Así, Lazarus y Folkman (1984) han señalado que el estrés es un proceso dinámico que incluye no sólo los eventos que les suceden a las personas y su interpretación de ellos, sino también las diferentes maneras en la que la gente responde a esos eventos y se enfrenta a ellos.

Fernández (1999), mantiene la tesis de que el impacto que el estrés tiene sobre la salud, depende en gran medida de la forma concreta de afrontamiento que el individuo desarrolle; de manera que se podría hablar de formas más sanas de afrontar el estrés, y por lo tanto, predecir las consecuencias de éste a partir de la manera en que se afronta.

Sobre este aspecto, estos autores parten del supuesto de que dada una fuente concreta de estrés, no se puede predecir prácticamente nada sustancial acerca de su impacto biológico y psicológico, a menos que se conozca el grado de control que se puede ejercer sobre esa fuente de estrés. El segundo supuesto, es que las formas de

afrontar el estrés más adaptativas a largo plazo son las que desarrollan el máximo grado de control posible, tanto sobre la situación como sobre las propias emociones, dentro de lo permitido por las circunstancias externas y por las habilidades del sujeto.

Fernández-Abascal (1999), afirma que el afrontamiento es una preparación para la acción, que se moviliza para evitar los daños del estresor. Lazarus y Folkman (1986) definen las estrategias de afrontamiento como "los esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (p. 164).

Aunque existe un gran número de formas en la que las personas pueden afrontar los eventos estresantes, Lazarus y Folkman (1986), señalan que éstas pueden ser categorizadas en dos grandes tipos: las estrategias centradas en las emociones (evitativas), es decir, la reducción o eliminación de los sentimientos negativos generados en respuesta a la amenaza; y las centradas en el problema (comportamentales), que significa la manipulación o alteración de las condiciones responsables de la amenaza. Entre las primeras 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: 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, incluyen: 1) Búsqueda de apoyo e información: búsqueda de otras personas para conseguir soporte emocional y aumentar el nivel de información respecto al problema; 2) Afrontamiento activo: 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: el reconocimiento del papel que juega el sujeto en el problema y una búsqueda activa del control sobre la situación (Lazarus y Folkman, 1986).

Sapene y Tomasino (2001) afirman que las estrategias de afrontamiento de tipo comportamental tienden a utilizarse en aquellas situaciones que son percibidas por los

individuos como más controlables, mientras que las estrategias centradas en las emociones tienden a emplearse en situaciones percibidas como menos controlables.

Con respecto a la relación entre las estrategias de afrontamiento del estrés y la salud en general, existen muchas investigaciones que relacionan el efecto de aquellas sobre ésta y sobre el bienestar de los individuos.

Investigaciones con la escala Cope, la cual es una escala multidimensional de evaluación de los estilos generales de afrontamiento desarrollada por Carver, Scheier y Weintraub (1989), han arrojado evidencia de que las estrategias de afrontamiento funcionan como mediadoras de la relación entre estrés y el bienestar de los individuos. Tal es el caso del estudio realizado por Khoo y Bishop (1997), en el cual encontraron que, en adición a los efectos directos sobre el bienestar psicológico y físico, el estrés influye sobre el bienestar de forma indirecta, a través de sus efectos sobre las estrategias de afrontamiento. Específicamente, los individuos que reportaron mayores niveles de estrés tuvieron una tendencia significativamente mayor a utilizar estrategias de evitación, lo cual se relacionó a la vez, con niveles más bajos de bienestar.

En esta misma línea, en un estudio llevado a cabo por Diong y Bishop (1999), se analizó la relación entre la expresión de la rabia, el afrontamiento al estrés y el bienestar físico y psicológico. El estudio fue basado en una muestra de 268 adultos de Singapur con edades entre 17 y 66 años. En sus resultados, los autores encontraron que la expresión de la rabia se relacionó significativamente con el estrés reportado, los mecanismos de afrontamiento y el bienestar psicológico. Específicamente, niveles más altos de expresión de la rabia se relacionaron con niveles más altos de estrés ( $\beta=0.34$ ,  $p<0.001$ ) y con un menor uso de afrontamiento activo ( $\beta=-0.23$ ,  $p<0.01$ ). El afrontamiento activo se relacionó a la vez, con un mayor bienestar psicológico ( $\beta=0.33$ ,  $p<0.01$ ). Adicionalmente, altos niveles de expresión de la rabia mostraron una relación negativa con el bienestar psicológico ( $\beta=-0.21$ ,  $p<0.01$ ), así como también los niveles mayores de estrés ( $\beta=-0.25$ ,  $p=0.01$ ). En cambio, el único predictor significativo del bienestar físico fue el nivel de estrés reportado ( $\beta=-0.31$ ,  $p<0.01$ ), de manera que niveles mayores de estrés se asociaron con niveles menores de bienestar físico.

Asimismo, el estudio de Sears, Urizar y Evans (2000) tuvo como propósito investigar las estrategias de afrontamiento y los estresores ocupacionales como predictores de la

depresión y el fenómeno de la quemazón, en una muestra que estuvo constituida por 264 agentes que trabajan para una compañía en Estados Unidos. En concordancia con las hipótesis planteadas, los autores encontraron que, el afrontamiento centrado en la emoción se asoció con niveles mayores de depresión ( $\beta=0.42$ ,  $p<0.001$ ), agotamiento emocional ( $\beta=0.24$ ,  $p<0.001$ ), despersonalización ( $\beta=0.17$ ,  $p<0.01$ ) y con un menor logro personal ( $\beta=-0.29$ ,  $p<0.001$ ); por el contrario, el afrontamiento centrado en la tarea parece mediar el nivel de quemazón experimentado pero no de depresión, relacionándose de manera inversa con agotamiento emocional ( $\beta=-0.14$ ,  $p<0.01$ ) y despersonalización ( $\beta=-0.13$ ,  $p<0.05$ ), y de forma positiva con el logro personal ( $\beta=0.23$ ,  $p<0.001$ ). De esta manera, de este estudio se puede concluir que las estrategias de afrontamiento influyen de forma directa sobre el bienestar, en general, y específicamente, sobre la depresión, la cual es una variable que se ha visto relacionada con la calidad de sueño. Es por esto que las estrategias de afrontamiento podrían también tener alguna relación con la calidad de sueño.

Otros estudios también han encontrado que las distintas formas de estrategias de afrontamiento se relacionan con distintos aspectos de la salud; como es el estudio de Andrade y López (2003), el cual tuvo como objetivo identificar los estilos de afrontamiento, la autoestima, la ansiedad, el sexo y la calidad de vida en función de la presencia o la ausencia de la enfermedad de psoriasis. Para esto, realizaron un análisis discriminante utilizando una muestra de 300 sujetos, de los cuales 100 poseían un diagnóstico médico positivo de psoriasis y 200 presentaban ausencia de la enfermedad. En los resultados, los autores encontraron que las variables que permitieron discriminar entre los dos grupos fueron la ansiedad, la autoestima, el sexo y el uso de los estilos de afrontamiento. En cuanto al estilo de afrontamiento, específicamente, se halló que el estilo de afrontamiento de tipo emocional está relacionado con la presencia de la enfermedad de psoriasis ( $\beta=0.11$ ,  $p<0.03$ ), es decir, las personas con psoriasis presentaron una tendencia marcada a hacer uso de estilos de afrontamiento de tipo emocional, en contraste con los sujetos que no presentaban dicha enfermedad quienes mostraron mayor probabilidad de emplear estilos de afrontamiento de tipo comportamental.

En concordancia con el estudio anterior, Lowe, Norman y Bennet (2000) estudiaron la asociación entre las estrategias de afrontamiento y la salud percibida de 93 hombres y 53 mujeres que habían sufrido infartos de miocardio. Los autores encontraron en estos

pacientes, que empleaban con más frecuencia estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción, y que esto se relacionaba con percibir su salud deteriorada después de sufrir el infarto.

En esta misma línea de investigación, Mc Donald y Davey (1996) realizaron un estudio utilizando una muestra de 100 pacientes que habían sido sometidos a cirugía por haber sufrido un accidente, con el fin de estudiar el tipo de estrategias de afrontamiento que empleaban estos pacientes, en comparación con otros que no habían sido sometidos a cirugía. En los resultados encontraron que ambos grupos utilizaban predominantemente estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción, y que éstas se relacionan con altos niveles de ansiedad en ambos grupos. Asimismo, observaron que el uso de estrategias de afrontamiento de tipo emocional estaba asociado a una pobre salud mental y a un ajuste emocional deficiente.

A partir de los hallazgos observados en las investigaciones citadas, parece plausible afirmar que el presentar una condición alterada de la salud se encuentra asociado al uso de estrategias de afrontamiento de tipo emocional para enfrentarse a la situación. En este sentido, las evidencias apuntan a que el uso de estilos de afrontamiento de tipo emocional conlleva a una disminución del bienestar de un individuo, en oposición a lo que ocurre cuando se emplean estrategias de afrontamiento de tipo comportamental, lo cual contribuye a su salud física y psicológica, y por tanto, a un mayor estado de bienestar.

Siendo el sueño una dimensión fundamental de la salud, se puede inferir que las estrategias de afrontamiento juegan igualmente un papel importante sobre la calidad del mismo. En relación a esto, Mahon (2001), señala que las personas que tienen dificultades para controlar el estrés, pueden sufrir dificultades para conciliar el sueño y un mal descanso durante la noche; apuntando así, que las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas para combatir el estrés, tendrán un papel importante en los problemas de sueño que reportan las personas.

Sobre este aspecto trata el estudio de Komada, Yamamoto, Shirakawa y Yamakazi (2001), quienes investigaron los efectos de factores psicológicos, entre ellos las estrategias de afrontamiento del estrés, sobre el proceso de inicio del sueño. Los autores administraron en una muestra de 418 sujetos, el Inventario de Lazarus de

estrategias de afrontamiento del estrés, junto con medidas de características de personalidad, de depresión, de salud general y de calidad de sueño utilizando el Cuestionario de salud en el sueño. Los resultados mostraron que factores psicológicos como las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, planificación para la solución de problemas y bajo auto-control, de la escala de Lazarus; y características como la depresión, el nerviosismo, la tendencia cíclica, la falta de objetividad y la cooperatividad; estaban asociados con la dificultad para iniciar el sueño. Se obtuvo un coeficiente de determinación de 0.203 ( $p < 0.01$ ), lo cual reveló que estos factores psicológicos explicaron en un 20%, el proceso de inicio del sueño.

En cuanto a la relación de los estilos de afrontamiento con variables sociodemográficas, estudios han mostrado evidencias de que existen diferencias en las estrategias de afrontamiento relacionadas con la edad. El estudio realizado por Folkman, Lazarus, Pimley y Novacek (1987) comparó dos muestras de diferentes edades, en quehaceres diarios y en los ocho tipos de estrategias de afrontamiento de la escala de Lazarus y Folkman. Específicamente, la muestra de jóvenes consistió en 75 parejas casadas que vivían en el área de la bahía de San Francisco, con una media de edad de 39.6 años para las mujeres y 41.4 años para los hombres; la muestra de personas mayores estaba compuesta por 141 personas que vivían en el área de la bahía de San Francisco, con una media de edad de 68.9 años para las mujeres y 68.3 años para los hombres. De estos sujetos, el 53% estaba constituido por mujeres y el 47% de hombres, además, el 61% total estaba casado, el 10% divorciado, el 26% eran viudos y el 3% eran solteros.

Los resultados mostraron que, las diferencias en cuanto al sexo no fueron pronunciadas en lo que respecta a las diferentes estrategias de afrontamiento. Sólo hubo dos diferencias que fueron relativamente consistentes; los hombres utilizaron más auto-control ( $F=4.09$ ,  $p < 0.05$ ), lo cual implica mantener los sentimientos para sí mismo, que las mujeres, quienes usaron más reevaluación positiva que los hombres ( $F=6.31$ ,  $p < 0.01$ ). Lo que fue llamativo fue la falta de diferencias de sexo en las dos principales estrategias de afrontamiento centradas en el problema, *confrontación* y *planificación*, lo cual es contrario a lo esperado según el estereotipo social de que los hombres hacen un mayor uso de afrontamiento centrado en el problema que las mujeres.

Por otro lado, las diferencias por edad en los estilos de afrontamiento fueron consistentes. Los más jóvenes tendieron a utilizar formas de afrontamiento más activas, interpersonales y centradas en el problema, concretamente, confrontación ( $F=10.75$ ,  $p<0.01$ ), búsqueda de apoyo social ( $F=17.94$ ,  $p<0.001$ ) y planificación en la solución de problemas ( $F=74.60$ ,  $p<0.001$ ) que las personas mayores. Mientras que las personas mayores, utilizaron estrategias más pasivas, intrapersonales y centradas en la emoción (distanciamiento ( $F=23.18$ ,  $p<0.001$ ) y reevaluación positiva ( $F=66.34$ ,  $p<0.001$ )) que las personas más jóvenes.

Finalmente, a partir de estos resultados, los autores concluyeron que los patrones de afrontamiento tanto de las personas jóvenes como de las personas mayores, son generalmente apropiados y adaptativos para el período de vida en el que se encuentran. Estas diferencias las explican en función de la cantidad de quehaceres o actividades que tienen que cumplir las personas en las diferentes etapas de la vida. Explícitamente, los jóvenes, utilizan mayormente estrategias enfocadas hacia el problema en comparación con los de edades mayores, los cuales tienden a usar estilos de afrontamiento más enfocados hacia la emoción, aludiendo a que éstos últimos, perciben menos estrés debido a la pérdida de los roles generadores de estrés, como lo son los roles de padres o trabajadores, entre otros.

Los estudios previamente citados muestran relaciones entre la variable estrategias de afrontamiento ante el estrés con la calidad de sueño y con otras variables sociodemográficas como la edad. De manera específica, pareciera que el predominio del uso de estrategias de afrontamiento de tipo emocional se asocia con una mayor frecuencia de problemas de sueño, mientras que el empleo de estrategias de tipo comportamental se relaciona con una mejor calidad de sueño, por lo que en la presente investigación, se considera relevante tomar en cuenta las estrategias de afrontamiento y evaluar la influencia que tienen sobre la calidad de sueño. En cuanto a la edad, la tendencia indica que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción son mayormente utilizadas por las personas mayores, mientras que los estilos de afrontamiento comportamentales tienden a hacer utilizados por los individuos de edades menores.

Además de las estrategias de afrontamiento, otra variable psicológica que puede tener un impacto importante sobre la incidencia de los problemas del sueño es la perspectiva de tiempo, por lo cual se define a continuación.

Zimbardo y Boyd (1999) comentan que la perspectiva de tiempo es un constructo psicológico vital y fundamental, y que existen pocas variables psicológicas como ésta, capaces de ejercer un poder e impacto tal, sobre el comportamiento de los individuos y las actividades sociales, así como en la salud y en el sueño.

La perspectiva de tiempo es una dimensión fundamental en la construcción del tiempo psicológico, que emerge de procesos cognitivos que parcelan la experiencia humana en marcos temporales referentes a pasado, presente y futuro (Zimbardo y Boyd, 1999). Es decir, "la perspectiva de tiempo es el proceso no consciente mediante el cual la visión que se tiene de uno mismo, del mundo y de las relaciones es asignada a categorías temporales, o marcos de tiempo, que ayudan a darle orden, coherencia y significado a estas percepciones" (p. 1272). La perspectiva de tiempo es adquirida por los individuos a temprana edad a través de la cultura, religión, clase social, educación e influencias familiares. Estos marcos cognitivos son usados en la codificación, en el almacenamiento y en la recuperación de los eventos vividos; así como en la formación de expectativas, metas, contingencias y escenarios imaginados (Keough, Zimbardo y Boyd, 1999).

La perspectiva de tiempo es adquirida por los individuos a temprana edad a través de la cultura, religión, clase social, educación e influencias familiares, y de esta manera, las personas tienden a hacer énfasis en uno de estos tres marcos temporales (presente, pasado o futuro), utilizándolo de forma habitual al tomar sus decisiones, emitir un juicio o actuar. Según sea la tendencia, la persona se encontrará orientada hacia el pasado, el presente o el futuro. Esta predisposición o tendencia puede convertirse en un estilo disposicional, o una diferencia individual, que es característica y predictiva de cómo un individuo responderá a través de múltiples situaciones de elección en la vida diaria (Zimbardo y Boyd, 1999).

Lo ideal, según Zimbardo y Boyd (1999) es que la perspectiva temporal sea balanceada, ello proporcionaría la estructura mental adecuada que le permitiría al

individuo ser flexible ante las construcciones temporales de presente, pasado y futuro, en función de las demandas situacionales y la evaluación de recursos.

Según Zimbardo y Boyd (1999), la perspectiva de tiempo está compuesta por cinco dimensiones: futuro, pasado positivo, pasado negativo, presente hedonista y presente fatalista.

Para algunos la influencia puede venir de anticipaciones y expectativas construidas, calculando las recompensas y los costos futuros de una situación presente (futuro). Para otros, la influencia dominante viene del pasado, de recordar situaciones previas análogas a una actual, recordando los costos y beneficios que afectaron aquellas decisiones. Su recuerdo puede ser nostálgico y positivo (pasado positivo), o traumático, aversivo y negativo (pasado negativo), y pueden recordar el pasado de manera precisa o con distorsión. Este énfasis en el pasado puede afectar significativamente la interpretación y la respuesta a la situación de decisión actual, incluso dominando su poder estimular. En ambos casos, los procesos cognitivos abstractos de construir el futuro y reconstruir el pasado, funcionan para influir en la toma de decisión actual, permitiendo al individuo trascender las fuerzas estimulares inmediatas y postergar fuentes aparentes de gratificación que pueden llevar a consecuencias indeseadas (Zimbardo y Boyd, 1999).

En contraste con estos dos tipos de toma de decisión (pasado y futuro), están aquellas decisiones que tienden a ser influidas por cualidades sensoriales, biológicas y sociales asociadas con los elementos salientes del ambiente presente (presente). Las acciones de estos individuos son producto de la presión situacional, la intensidad o cualidad de los estímulos, el estado biológico prevaleciente o aspectos sociales de la situación (Zimbardo y Boyd, 1999).

La perspectiva de tiempo futuro se caracteriza por la planificación para el logro de metas futuras. Se relaciona con la prudencia, la preferencia por la consistencia, la orientación hacia las recompensas, la consideración de consecuencias futuras y con bajos niveles de novedad. Se relaciona negativamente con la impulsividad y la toma de riesgos. El pasado positivo se caracteriza por una construcción nostálgica y positiva del pasado. Se relaciona negativamente con depresión, agresión y ansiedad; se relaciona positivamente con autoestima. El pasado negativo implica una actitud pesimista, negativa o aversiva hacia el pasado. Está asociado con la depresión, la

agresión y la ansiedad; se asocia negativamente con la autoestima. El presente hedonista se caracteriza por el disfrute del presente, el placer y la excitabilidad. Está relacionado con un bajo autocontrol y una búsqueda de la novedad. Se relaciona negativamente con la preferencia por la consistencia. Por último, el presente fatalista refleja la ausencia de una perspectiva de tiempo focalizada. Se caracteriza por la creencia de que el futuro está predestinado y no está influido por las acciones de los individuos. Está asociado con la agresión, la depresión y la ansiedad. Está negativamente relacionado con la consideración de consecuencias futuras.

El constructo de perspectiva de tiempo se ha relacionado con otros constructos psicológicos y con sus efectos sobre ciertos comportamientos. En general, la orientación hacia el futuro se ha relacionado con consecuencias positivas para los individuos en la sociedad occidental, tales como un estatus socioeconómico más alto y mayores logros académicos. Lo contrario sucede para aquellos con una orientación predominante hacia el presente, quienes han resultado estar en mayor situación de riesgo para algunas consecuencias negativas en la vida, entre las cuales están problemas de salud mental, delincuencia juvenil, crimen y adicciones (Zimbardo y Boyd, 1999).

Con respecto a los comportamientos relacionados con la salud, algunos estudios han encontrado que un amplio rango de decisiones y de acciones relacionadas con el mantenimiento de la salud, prevención y riesgo de enfermedades, pueden estar asociados con, e influenciados, por factores temporales. De la investigación que se ha hecho hasta el momento, parece que la perspectiva de tiempo futuro de una persona se relaciona con la realización de conductas de mantenimiento de la salud y de prevención de enfermedades. Mientras que una perspectiva de tiempo presente parece estar relacionada con la realización de conductas en las cuales no se toman en cuenta las consecuencias del daño potencial y el riesgo futuro que conllevan, comprometiendo así la salud de los individuos (Keough y cols. 1999).

En relación a esto, Rothspan y Read (1996) analizaron la relación de la perspectiva de tiempo con la exposición al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en una muestra de 188 estudiantes heterosexuales. Encontraron que, en contraste con los individuos orientados hacia el presente, aquellos con perspectiva de tiempo futura tenían menos experiencias y parejas sexuales y tendían más a usar métodos

alternativos para reducir la exposición al SIDA. El haber tenido coito sexual se relacionó con la perspectiva de tiempo futuro de forma negativa ( $r=-0.20$ ,  $p<0.01$ ), y positivamente con el presente hedonista ( $r=0.21$ ,  $p<0.01$ ). El factor número de parejas sexuales se relacionó negativamente con la perspectiva de tiempo futura ( $r=-0.38$ ,  $p<0.001$ ), mientras que para el presente hedonista y el presenta fatalista se encontró una relación positiva ( $r=0.20$ ,  $p<0.05$  y  $r=0.19$ ,  $p<0.05$ , respectivamente). Por último, en cuanto al uso de métodos alternativos para prevenir el SIDA, se obtuvo una relación positiva con el factor futuro ( $r=0.38$ ,  $p<0.001$ ) y una relación negativa con el presente hedonista ( $r=-0.20$ ,  $p<0.05$ ).

Resultados análogos a la investigación precedente obtuvieron Hutton Lykettos, Hunt, Bendit, Harrison, Swetz y Treisman (1999, cp. Zimbardo y Boyd, 1999), al estudiar el comportamiento de 978 mujeres prisioneras que presentaban altos índices de infección de SIDA. Las conclusiones fueron que a mayor puntaje en la escala de perspectiva de tiempo futura menor era el comportamiento de riesgo ante el SIDA, como compartir jeringas de droga, tener numerosas parejas y tener sexo bajo los efectos del alcohol o de la droga. Por otro lado, las prisioneras con altos puntajes en la escala de presente fatalista presentaron mayor conducta de riesgo ante el SIDA, y los puntajes altos en presente hedonista estuvieron asociados a la prostitución.

De manera similar, un estudio realizado en Italia sobre el cáncer de mamas por Guarino, DePascalis y DiChinnio (1999, cp. Zimbardo y Boyd, 1999) en un grupo de 150 mujeres, mostró que las mujeres que se practicaban chequeos regulares puntuaron alto en la escala de orientación futura, en contraste con aquellas mujeres que no llevan ese tipo de control, quienes puntuaron alto en la escala de presente hedonista.

En esta misma línea, Mann, Kato, Fidgor y Zimbardo (1999) realizaron un estudio en una muestra de 40 niños sobrevivientes de cáncer, en el cual encontraron que la perspectiva de tiempo futura se relacionó positivamente con el optimismo. ( $r=0.35$ ,  $p<0.05$ ). Los optimistas puntuaron más alto en la orientación futura ( $M=3.80$ ) que los pesimistas ( $M=3.40$ ), ( $t=2.91$ ,  $p<0.01$ ). Además, estos autores encontraron que escribir sobre el futuro resultó en incrementos del optimismo ( $M=10.6\%$ ,  $z=2.08$ ,  $p<0.05$ ), escribir sobre el presente y el pasado no tuvo efecto.

Keough y cols. (1999) realizaron un estudio en el cual observaron la relación entre la perspectiva de tiempo y el consumo de alcohol, drogas y tabaco, utilizando una muestra conformada por 2627 estudiantes de bachillerato y universitarios de distintas regiones de Estados Unidos, con un rango de edad que oscilaba entre 14 y 67 años. En sus resultados encontraron que la perspectiva de tiempo presente estaba relacionada con tasas más altas del uso de alcohol, drogas y tabaco ( $r=0.34$ ,  $p<0.001$ ), lo cual está asociado a problemas de salud en general, y a problemas de sueño en específico. La perspectiva de tiempo futuro no fue un predictor consistente del uso reportado de sustancias ( $r=-0.16$ ,  $p<0.001$ ).

Wills, Sandy y Yaeger (2001) también realizaron un estudio para probar la relación entre la perspectiva de tiempo y el uso temprano de sustancias (tabaco, alcohol y marihuana), en una muestra de 454 estudiantes de primaria con una edad media de 11.8 años. Los autores administraron una adaptación del Inventario de Perspectiva de Tiempo de Zimbardo; y adicionalmente se midieron otras variables relacionadas con patrones de afrontamiento del estrés, autoestima y percepción de control, eficacia de resistencia, eventos negativos recientes y afectividad positiva y negativa. Los efectos independientes mostraron que la perspectiva de tiempo futura se relacionó de manera inversa con el uso de sustancias ( $\beta=-0.12$ ,  $p<0.05$ ), mientras que la orientación hacia el presente se relacionó positivamente con el uso de sustancias ( $\beta=0.15$ ,  $p<0.01$ ). Por otro lado, la orientación futura se relacionó con niveles más altos de percepción de control, bienestar positivo y afrontamiento adaptativo, afrontamiento de tipo comportamental, en particular. La orientación presente se relacionó con más eventos negativos, percepción de falta de control, afecto negativo y afrontamiento desadaptativo (molestarse, abandono y desamparo). El análisis del modelo estructural indicó que la relación entre la perspectiva de tiempo y el uso de sustancias fue indirecta, mediada por el afrontamiento comportamental y molestarse.

De esta manera, la ruta principal para la orientación futura fue a través de la asociación con el tipo de afrontamiento comportamental, el cual tiene implicaciones para fortalecer la eficacia para resistir ante las presiones sociales en el uso de sustancias. La orientación presente tuvo múltiples rutas, ya que mostró un efecto directo sobre el uso de sustancias, y además, un efecto indirecto a través de la relación con un tipo de afrontamiento desadaptativo (molestarse) y con altos niveles de

afectividad negativa, lo cual incrementa el riesgo para el uso de sustancias, ya que aumenta la vulnerabilidad ante las presiones sociales.

Por lo tanto, en la presente investigación se plantea la hipótesis de múltiples rutas con respecto a la variable perspectiva de tiempo. Por un lado, se espera que la perspectiva de tiempo, por ser una variable que influye en los comportamientos relacionados con la salud, tenga implicaciones sobre la calidad de sueño. Asimismo, debido a resultados precedentes a esta investigación sobre la relación de la perspectiva de tiempo con otros constructos psicológicos, como los estilos de afrontamiento, se esperan también en este estudio relaciones entre ambas variables.

Específicamente, en cuanto a la relación entre la perspectiva de tiempo y el sueño, en un estudio realizado por Márquez y cols. (1999) se encontró que los reportes de sueño postraumático correlacionaban con los puntajes en las escalas de pasado negativo, presente fatalista y de presente hedonista, pero no correlacionaron con los puntajes en las escalas de futuro y pasado positivo. De manera específica, reportes de sueño postraumático se relacionaron con altos puntajes en las escalas de pasado negativo ( $r=0.19$ ,  $p<0.05$ ), presente fatalista ( $r=0.13$ ,  $p<0.05$ ) y presente hedonista ( $r=0.12$ ,  $p<0.05$ ).

Debido a estos resultados, razonaron que la perspectiva de tiempo debía estar relacionada con los problemas de sueño, por lo cual Vranesh, Madrid, Bautista, Ching y Hicks (1999) realizaron un estudio en el cual examinaron la relación entre las cinco dimensiones del Inventario de Perspectiva de Tiempo de Zimbardo y problemas de sueño. Para esto utilizaron una muestra de 137 estudiantes universitarios. Las dimensiones del inventario son: presente hedonista, pasado positivo, futuro, presente fatalista y pasado negativo. Se calcularon coeficientes de correlación de Pearson para cada una de las dimensiones de perspectiva de tiempo y las tres escalas de problemas de sueño utilizadas. Todas las dimensiones correlacionaron significativamente ( $p<.001$ ) de forma directa con las escalas de problemas de sueño. Es decir, en lugar de que diferentes dimensiones se relacionen de manera específica, con una mayor o menor probabilidad de problemas de sueño; los resultados apuntan a que las personas que están preocupadas por el tiempo, en general, tienen una mayor probabilidad de reportar problemas de sueño que los sujetos que no están preocupados por éste. Por lo tanto, los autores concluyeron que la perspectiva de

tiempo, medida por el Inventario de Perspectiva de Tiempo de Zimbardo, tiene implicaciones en varios comportamientos relacionados con la salud.

De esta manera, en el presente estudio, se considera relevante tomar en cuenta la perspectiva de tiempo como una variable influyente sobre la calidad de sueño.

A su vez, la perspectiva de tiempo ha sido relacionada con factores asociados a los problemas de sueño, como lo son las estrategias de afrontamiento del estrés, abordadas anteriormente.

Holman y Zimbardo (1999 cp. Zimbardo y Boyd, 1999) investigaron la relación existente entre la perspectiva de tiempo, el afrontamiento al estrés y el apoyo social en varias muestras de estudiantes universitarios.

Encontraron una relación negativa entre cuánto los sujetos hablaban con su familia sobre sus experiencias estresantes, con el pasado negativo ( $r=-0.26$ ,  $p<0.01$ ) y el presente fatalista ( $r=-0.18$ ,  $p<0.05$ ); pero una asociación positiva entre cuánto los sujetos hablaban con sus amigos sobre su estrés y el grado de presente hedonista ( $r=0.21$ ,  $p<0.05$ ). Después de que los sujetos de la muestra experimentaron estrés, el pasado positivo estuvo relacionado positivamente con el grado de apoyo social recibido ( $r=0.27$ ,  $p<0.001$ ), mientras que el pasado negativo estuvo asociado con el grado de conflicto social reportado después de la experiencia estresante vivida ( $r=0.16$ ,  $p<0.05$ ). En relación con las estrategias de afrontamiento utilizadas para lidiar con el estrés, la perspectiva de tiempo futura estuvo fuertemente relacionada con el afrontamiento activo ( $r=0.41$ ,  $p<0.001$ ), mientras que el presente fatalista estuvo negativamente asociado con éste ( $r=-0.21$ ,  $p<0.05$ ). El pasado positivo estuvo asociado con la estrategia de crecimiento personal ( $r=0.29$ ,  $p<0.001$ ), y el pasado negativo se relacionó negativamente con éste ( $r=-0.24$ ,  $p<0.01$ ). El presente hedonista se relacionó con la estrategia de evitación ( $r=0.22$ ,  $p<0.05$ ).

Otro estudio que muestra la relación entre la perspectiva de tiempo de los individuos y las estrategias de afrontamiento utilizadas ante las situaciones adversas, es el realizado por Epel, Bandura y Zimbardo (1999). Este estudio fue realizado con una muestra de personas sin hogar. Los autores encontraron que aquellos con una mayor perspectiva de tiempo futura, permanecían sin hogar durante menos tiempo, tendían más insertarse en escuelas y reportaban más aprender de y obtener beneficios de su

situación. En cambio, aquellos con una mayor perspectiva de tiempo presente, tendían a utilizar más estrategias de evitación, a pasar más tiempo viendo televisión y comiendo, a trabajar menos y a no ahorrar dinero. Las estrategias predijeron el tiempo empleado buscando vivienda y empleo, pero ni la perspectiva de tiempo ni la estrategia de afrontamiento, predijeron la obtención vivienda y trabajo estables.

A partir de estos estudios, en cuanto a la relación entre la perspectiva de tiempo y las estrategias de afrontamiento, se puede considerar que las personas con una perspectiva de tiempo presente tienden a hacer uso de estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, mientras que las personas que califican alto en las escalas de perspectiva de tiempo futuro y pasado positivo, tienden a emplear estrategias centradas en el problema. Por otro lado, las categorías más pesimistas (pasado negativo y presente fatalista) se asocian con el uso de estrategias de afrontamiento de tipo evitativo.

En cuanto a la relación entre las variables sociodemográficas y la perspectiva de tiempo, en el estudio de Keough y cols. (1999) mencionado anteriormente, al examinar los efectos del sexo, se encontró que los hombres reportaron una mayor perspectiva de tiempo presente que las mujeres, quienes obtuvieron mayores puntajes de perspectiva de tiempo futura. D' Alessio, Guarino, De Pascalis y Zimbardo (2003), encontraron que en cuanto al sexo, las mujeres resultaron ser más fatalistas que los hombres, quienes resultaron más hedonistas; mientras que no hubo diferencias de sexo en la dimensión futura. En cuanto a la edad, los individuos entre 28 y 40 años resultaron más orientados al futuro que aquellos entre 16 y 27 años. Los individuos entre 16 y 27 años y entre 28 y 33, años resultaron más orientados hacia el presente hedonista, en comparación con los de 34 a 42 años, quienes resultaron más orientados hacia el presente fatalista. Por último, con respecto al nivel educativo, aquellos con un nivel educativo de bachillerato resultaron más orientados hacia el presente fatalista que los otros dos grupos con un nivel educativo mayor (educación universitaria y post-universitaria).

Fingerman y Perlmutter (1995) estudiaron la relación entre la edad, el locus de control la percepción del pasado y los eventos de la vida futura anticipados con la perspectiva de tiempo futura, en una muestra de 38 jóvenes entre 20 y 37 años, y 50 personas mayores entre 60 y 81 años hombres y mujeres. Estos autores no encontraron

diferencias significativas en cuanto a la edad y el sexo, con respecto al período de tiempo en que los participantes reportan pensar con mayor frecuencia. Específicamente, en lo que se refiere a la perspectiva de tiempo futura, las personas reportaron pensar más sobre los próximos meses que en períodos de tiempos más lejanos, como en años, por ejemplo. Además, ambos, adultos mayores y jóvenes, tendían a pensar más en eventos futuros cuando el pasado se asocia con eventos positivos. Esto sugiere que, la perspectiva de tiempo futura tiene relación positiva ( $r=0.29$   $p<0.01$ ) con la satisfacción en la vida. Asimismo, la percepción de control sobre los eventos se relacionó con pensar más en el futuro distante ( $r=0.41$   $p<0.001$ ). A partir de los resultados obtenidos, los autores concluyeron que la orientación a futuro depende de qué tan satisfactoria ha sido la vida de las personas en el pasado y qué tanto control creen tener sobre su futuro, más que ser un fenómeno inherente del desarrollo de los individuos.

Por lo tanto, en lo que respecta a la relación entre las variables edad y sexo con la perspectiva de tiempo, aunque no los estudios citados no son consistentes en sus resultados, la tendencia pareciera ser que una mayor edad se relaciona de manera directa con el predominio de las perspectivas de tiempo futura y presente fatalista, e inversamente con el presente hedonista. En cuanto al sexo, en los hombres predomina la dimensión temporal de presente hedonista, mientras que en las mujeres predominan el presente fatalista y el futuro.

Con respecto a las variables relacionadas con la calidad de sueño, además de las variables psicológicas mencionadas hasta el momento, diversos estudios han incluido también en su análisis variables sociodemográficas, encontrando que algunas de ellas influyen en la incidencia de los problemas de sueño.

Báez, Flores, González y Horrisberger (2005) realizaron un estudio descriptivo sobre calidad de sueño, en el que encuestaron a 384 estudiantes de medicina, utilizando el índice de calidad del sueño de Pittsburg, el cual proporciona una puntuación global y puntuaciones parciales a siete componentes diferentes: calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia, alteración, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna. Adicionalmente, se evaluaron otras variables como edad, sexo, consumo de sustancias estimulantes luego de las 20 horas y situaciones particulares como problemas familiares, de pareja, de trabajo y exámenes. Los resultados revelaron que,

en función de la puntuación global, el 82,81% de los encuestados fueron calificados como malos dormidores, mientras que al analizar los porcentajes de algunas de los componentes más relevantes del índice de calidad del sueño, el 27% señaló que su calidad subjetiva del sueño es mala; el 14,62% presentaba alteraciones en la latencia del sueño y el 9,62% consumía alguna medicación hipnótica. Respecto a la edad y el sexo, los autores no encontraron diferencias significativas en la calidad de sueño.

Sin embargo, otros estudios han mostrado diferencias en la calidad de sueño en función de la edad. Por ejemplo, Angelucci (2001) realizó una investigación con el objetivo de estudiar la influencia de las variables sociodemográficas, el apoyo social y el locus de control sobre la salud, evaluando seis dimensiones, entre las cuales se encontraba cansancio y disturbios del sueño. La muestra estuvo constituida por 206 empleados entre 20 y 60 años de edad. La autora encontró que la variable psicosocial que se asoció en mayor medida con este factor fue el apoyo familiar ( $\beta=-0.349$ ,  $p=0.000$ ), mientras que entre las variables sociodemográficas, se encontraron la edad ( $\beta=-0.251$ ,  $p=0.018$ ) y el estado civil ( $\beta=-0.181$ ,  $p=0.026$ ). Específicamente, se encontró que un menor apoyo familiar, una menor edad y el ser casado o divorciado, se asocia con mayor cansancio y trastornos de sueño.

Por otro lado, en estudios realizados en la población general (Osuna, 2000 cp. Castrillo), se ha encontrado que la queja de insomnio aumenta con la edad, se presenta con mayor frecuencia en pacientes con enfermedades médicas crónicas y es más frecuente en las mujeres que en los hombres. En concordancia con el estudio anterior, Vitiello (1997), encontró que a medida que aumenta la edad de una persona, la calidad del sueño disminuye. Por lo que al parecer, los resultados con respecto a la edad y a los problemas de sueño, apuntan a que una mayor edad se relaciona con mayores problemas de sueño.

De esta manera, además de la edad y el estado civil, el sexo también ha resultado ser una de las variables sociodemográficas relacionadas con los problemas del sueño. Portuondo, y cols. (2000), realizaron un estudio descriptivo en 150 adolescentes de Nicaragua, entre 12 y 14 años, con el fin de conocer la presencia de trastornos del sueño, identificar sus características y valorar la influencia de factores ambientales. Estos factores fueron el sexo, las relaciones en el hogar y las condiciones adecuadas para conciliar el sueño (lucos, ruidos y ventilación). Una encuesta confeccionada por

los autores, recogía los datos generales, estado de salud pasado y actual, composición del núcleo familiar, características de la vivienda y relaciones en el hogar, como condiciones ambientales para el sueño, y la presencia de trastornos del sueño tales como dificultad para quedarse dormido, despertar por la noche, hablar o levantarse dormido. Los autores encontraron que la presencia de trastornos del sueño predominó en el sexo masculino con 60 jóvenes (60%) sobre el femenino, 40 muchachas (40%). El resto de las variables no resultaron significativas. Los autores no hallaron una explicación para el predominio del sexo masculino, ya que según los datos obtenidos por otros autores, el sexo femenino predomina en trastornos como dificultad para quedarse dormido y frecuentes despertares (Ledoux, 1994 cp. Portuondo y cols., 2000).

En síntesis, en función de las investigaciones citadas sobre los factores que afectan a la calidad de sueño, se puede hablar de ésta como una variable que es determinada por múltiples factores, tanto psicológicos como físicos y sociodemográficos. Se encontró que entre las variables sociodemográficas, las que tienen mayor relevancia son la edad, el sexo y la presencia de pareja, mientras que entre las variables psicológicas se encuentran el estrés, las estrategias de afrontamiento y la perspectiva de tiempo.

Para relacionar dichas variables se emplea un modelo de análisis causal o modelo de ruta, cuya ventaja es que permite formular y probar diversas hipótesis acerca de las relaciones causales simultáneas directas e indirectas de las variables sociodemográficas y psicológicas sobre la calidad de sueño.

En tal sentido, el modelo de análisis de ruta planteado en la presente investigación estudia y explica las relaciones que pueden existir entre las variables estrategias de afrontamiento, la perspectiva de tiempo, la edad, el sexo y la presencia de pareja, y la influencia de cada una de ellas sobre la calidad de sueño, en un grupo de personas que asisten a consulta médica.

### **III. MÉTODO**

#### **Problema:**

¿Cómo influyen las estrategias de afrontamiento al estrés que utiliza una persona, la perspectiva de tiempo que posee, la edad, el sexo y la presencia de pareja sobre su calidad de sueño, y cómo son las relaciones entre estas variables?

#### **Hipótesis**

La calidad de sueño de una persona se ve influida por el tipo de estrategia de afrontamiento del estrés que utilice, la perspectiva de tiempo, el sexo, la edad y la presencia de pareja.

Específicamente se quiere verificar las relaciones planteadas en el siguiente diagrama de ruta:

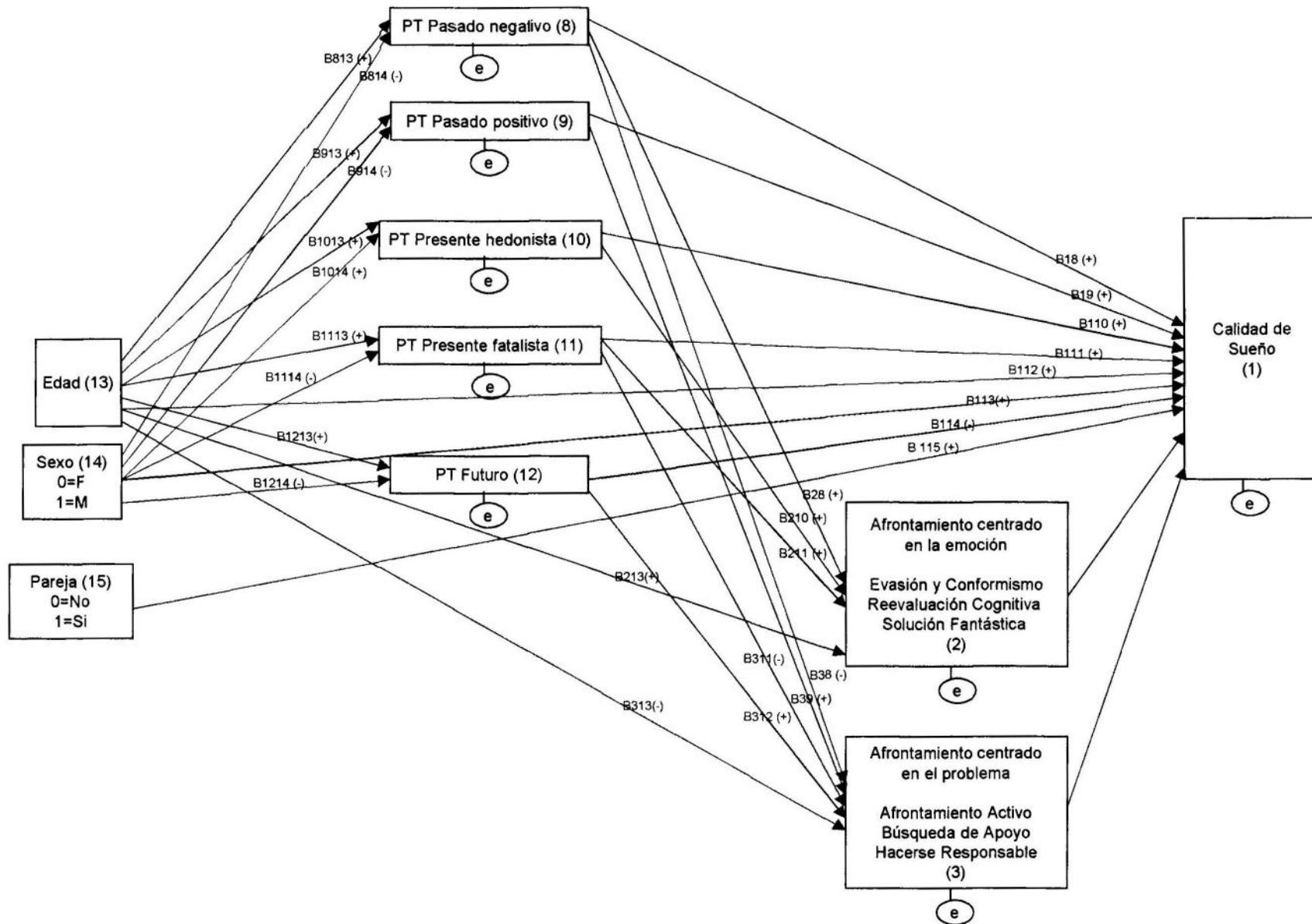


Figura 1: Diagrama de ruta propuesto

## **Variables**

### **Endógenas:**

#### **Calidad de Sueño:**

Definición conceptual: Grado de bienestar percibido del sueño de una persona que queda descrito por siete áreas: calidad subjetiva de sueño, se refiere a la percepción subjetiva que se tiene de su propio sueño. Latencia de sueño, que mide el tiempo que el paciente cree que tarda en dormirse. Duración de sueño, se refiere al número de horas de sueño diarias. Eficiencia de sueño habitual, que valora el porcentaje de tiempo que el paciente cree estar dormido sobre el total de tiempo que permanece acostado. La perturbación del sueño, hace referencia a la frecuencia de alteraciones tales como tos, ronquidos, calor, frío o necesidad de levantarse para ir al baño. El uso de medicación para dormir, que indica el uso de algún hipnótico que es usado para dormir. Por último, el grado de disfunción diurna, que valora tanto la facilidad con que el sujeto se duerme mientras realiza alguna actividad como el cansancio que el que sufre).

Definición operacional: Puntuación obtenida en la escala de calidad de sueño de Pittsburg (PSQI) desarrollado por Buysse, Reynolds III, Monk, Berman y Kupfer (1989) y traducida y validada por Royuela y Macías (1995). Un mayor puntaje obtenido en la escala indica una mayor severidad en los problemas de sueño y por tanto peor calidad de sueño (Ver Anexo A).

#### **Estrategias 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).

Se pueden clasificar en:

Centrados en la Emoción que incluye:

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 que abarca:

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 búsqueda activa de tener control sobre la situación.

Definición operacional: Puntaje obtenido en cada una de las subdimensiones de los estilos (centrado en la tarea o centrado en la emoción) de la Ways of Coping Scale (WOC) de Lazarus y Folkman (1986) y adaptada y modificada posteriormente por Llorens (1995). Un mayor puntaje indica un mayor uso de la estrategia de afrontamiento evaluada (Ver Anexo B). En la presente investigación se utilizó las seis subdimensiones de la variable.

#### **Perspectiva de tiempo (PT):**

Definición conceptual: Son marcos temporales no conscientes mediante los cuales la visión que se tiene de uno mismo, del mundo y de las relaciones, se asignan a estas categorías temporales, las cuales ayudan a darle orden, coherencia y significado a estas percepciones (Keough y cols, 1999).

Según Zimbardo y Boyd (1999), la perspectiva de tiempo está compuesta por cinco dimensiones: futuro, pasado positivo, pasado negativo, presente hedonista y presente fatalista.

1. **Futuro:** se caracteriza por la planificación para el logro de metas futuras.
2. **Pasado Positivo:** se caracteriza por una construcción nostálgica y positiva del pasado.
3. **Pasado Negativo:** implica una actitud pesimista, negativa o aversiva hacia el pasado.
4. **Presente Hedonista:** se caracteriza por el disfrute del presente, el placer y la excitabilidad.
5. **Presente Fatalista:** refleja la ausencia de una perspectiva de tiempo focalizada. Se caracteriza por la creencia de que el futuro está predestinado y no está influido por las acciones de los individuos.

**Definición operacional:** Puntaje obtenido en las cinco subescalas: presente hedonista, pasado hedonista, futuro, pasado positivo y presente fatalista del Inventario de Perspectiva de Tiempo de Zimbardo (Zimbardo y Boyd, 1999) traducido por Rodríguez (2004); en el cual un mayor puntaje indica una mayor perspectiva de tiempo en la dimensión evaluada (Ver Anexo C).

#### **Exógenas:**

#### **Edad:**

**Definición conceptual:** Período que abarca desde el nacimiento hasta cualquier momento determinado de la vida (Wolman, 1984).

**Definición operacional:** la edad cronológica actual reportada por el sujeto que responde en el espacio indicado en el instrumento (Ver anexo A).

#### **Sexo:**

**Definición conceptual:** Condición orgánica que distingue el macho de la hembra, lo femenino de lo masculino (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1998).

Definición operacional: identificación por parte del sujeto de su sexo al reportar con una M si pertenece al sexo masculino, y F al sexo femenino, en el espacio indicado en el instrumento (Ver anexo A).

### **Presencia de Pareja**

Definición conceptual: Convivencia con una persona con la cual forma una pareja afectiva.

Definición operacional: Respuesta de los sujetos a la pregunta que aparece en los datos de identificación ¿Tiene ud. pareja con la cual vive actualmente? (Ver anexo A).

### **VARIABLES DE CONTROL**

Los departamentos a los cuales asistían los pacientes fue una variable controlada al incluir únicamente servicios médicos los cuales son visitados mayormente por personas sin enfermedades graves.

Se controló las enfermedades crónicas de los pacientes, preguntándoles a los pacientes si padecen de alguna enfermedad crónica y la especificación de la misma.

También se controló el orden de las pruebas, colocando primero los datos de identificación, la escala de calidad de sueño, el inventario de perspectiva de tiempo de Zimbardo, y por último, la escala de las estrategias de afrontamiento.

Y finalmente, cabe destacar el control ejercido sobre el lugar, al administrar el instrumento exclusivamente a los pacientes que esperan para consulta en el Centro de Salud Santa Inés, dándoles a cada uno las mismas instrucciones.

### **Tipo y Diseño de Investigación**

La presente investigación es no experimental. Según Kerlinger (2002), este tipo de investigación es una indagación empírica y sistemática en la cual el investigador no tiene un control directo sobre las variables independientes, en este caso, la edad, el sexo, la presencia de pareja, la perspectiva de tiempo y las estrategias de

afrontamiento del estrés; porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque no se pueden manipular; por tanto, las inferencias acerca de las relaciones entre las variables se hacen sin una intervención directa a partir de la variación concomitante de las variables dependientes, en este estudio se refiere a la calidad de sueño, y aquellas independientes.

La presente investigación se caracteriza por estudiar la relación entre la influencia del tipo de estrategia de afrontamiento ante el estrés, la perspectiva de tiempo, la edad, el sexo y la presencia de pareja de un individuo sobre la calidad de sueño que manifieste. A partir de un diseño de ruta, el cual se puede definir según Briones (1998) como un modelo causal que implica, desde su construcción, un modelo simplificado de la realidad social, definido con un número limitado y escogido de variables que se suponen relacionan de cierta manera. El mismo presenta los siguientes supuestos:

1. Las variables que se incluyen en el modelo causal deben tener un orden derivado de una cierta teoría
2. El modelo debe ser considerado como un sistema cerrado en cuanto contiene explícitamente todas las variables importantes en la determinación causal.
3. Las correlaciones entre las variables son lineales y aditivas.
4. Las variables exógenas y sus residuales no correlacionan entre sí
5. Existe baja multicolinealidad entre las variables
6. Las variables independientes están medidas sin error
7. Las varianzas de las distribuciones de las variables endógenas del modelo son iguales.

Además, el diseño tiene la característica ser de corte transversal, ya que las respuestas de los sujetos se registraron en un momento discreto en el tiempo.

### **Población y Muestra**

La población sobre la que se realizó la investigación estuvo constituida por las personas que acuden a los departamentos de medicina interna, odontología, traumatología, oftalmología, otorrinolaringología y odontología del Centro de Salud Santa Inés de Montalbán, en Caracas; hombres y mujeres, con edades comprendidas entre 21 y 65 años.

La muestra obtenida estuvo conformada por 403 personas voluntarias que asisten a los departamentos de medicina interna, odontología, traumatología, oftalmología, otorrinolaringología y odontología del Centro de Salud Santa Inés, de edades comprendidas entre los 13 y 94 años. Es importante recalcar que los departamentos médicos seleccionados fueron elegidos con la finalidad de disminuir la probabilidad de personas con malestares o enfermedades graves, suponiendo que estas personas pueden tener serios problemas de sueño u otras variables que pueden afectar sistemáticamente los resultados de la muestra.

La edad promedio fue de 37 años con desviación típica de 15 años. El 68% (274 sujetos) de los sujetos fueron de sexo femenino, mientras que el 32% (129 sujetos) fueron de sexo masculino. Las personas que asistieron al departamento de medicina interna constituyeron el 49,6% (200 sujetos) de los sujetos, el 17,9% (72 sujetos) fueron las personas que asistieron al servicio de oftalmología, el 19,6% (79 personas) asistieron al departamento de odontología, las personas que acudieron a traumatología constituyó el 11,4% (46 personas) de la muestra, y finalmente el 1,5% (6 sujetos) estuvo conformado por las personas que visitaron el servicio de otorrinolaringología.

De las personas que conformaron la muestra, el 90,32% (364 sujetos) de los sujetos no presentaron ninguna enfermedad crónica, mientras que el 9,68% (39 sujetos) de las personas sí presentaron alguna enfermedad. Específicamente, el 2,2% (9 sujetos) de los sujetos sufren de diabetes, el 3% (12 sujetos) padece de problemas cardiovasculares, el 2,5% (10 sujetos) de las personas sufren de hipertensión arterial, 6 sujetos (1,5% de la muestra) presentaron asma, 1 persona sufre de lupus (0,2% de la muestra), y por último, 1 persona padece de osteoporosis (0,2% de la muestra).

Con respecto a la presencia de pareja en la muestra obtenida, el 44,2% (178 sujetos) de los sujetos no tiene pareja con la cual vive actualmente, mientras el 55,6%, es decir, 224 de los sujetos manifestaron tener pareja con la cual viven actualmente.

### **Instrumentos**

Se presentó a los participantes un solo instrumento que agrupaba los instrumentos que individualmente miden las variables de calidad de sueño, perspectiva de tiempo y

estrategias de afrontamiento, junto con los datos de identificación, los cuales fueron colocados en el siguiente orden:

### **1. Datos de identificación (Ver anexo A)**

Esta parte del instrumento permitió recopilar los datos relacionados con las variables sociodemográficas y otros datos médicos. Los participantes marcaron con una equis las casillas correspondientes a los siguientes datos sociodemográficos: sexo, edad, presencia de pareja, enfermedad crónica y servicio al que acude. Es importante destacar que previamente se garantizó a los participantes el manejo confidencial de estos datos de identificación.

### **2. Escala de Calidad de Sueño de Pittsburg (PSQI) (Ver Anexo A)**

Para medir la calidad de sueño se usó la Escala de Calidad de Sueño de Pittsburg, la cual fue desarrollada por Buysse, y cols. (1989) con el objetivo de evaluar y explorar siete áreas relacionadas con la calidad de sueño, las cuales son:

El primero es calidad subjetiva de sueño, el cual se refiere a la percepción subjetiva que se tiene de su propio sueño. El segundo factor, es latencia de sueño, que mide el tiempo que el paciente cree que tarda en dormirse. El tercero, duración de sueño, se refiere al número de horas de sueño diarias. El cuarto factor de la escala se refiere a la eficiencia de sueño habitual, que valora el porcentaje de tiempo que el paciente cree estar dormido sobre el total de tiempo que permanece acostado. El quinto es la perturbación del sueño, hace referencia a la frecuencia de alteraciones tales como tos, ronquidos, calor, frío o necesidad de levantarse para ir al baño; el sexto factor es el uso de medicación para dormir, el cual indica el uso de algún hipnótico que es usado para dormir. Por último, el séptimo factor es grado de disfunción diurna, que valora tanto la facilidad con que el sujeto se duerme mientras realiza alguna actividad como el cansancio que el que sufre).

Cada una de las áreas se califica en un rango que oscila entre 0 (sin dificultad) y 3 (severa dificultad). Al sumar las siete subescalas se obtiene una puntuación global en un rango de 0 a 21. Una puntuación igual o mayor a cinco se considera sugestivo de alteraciones en el sueño.

En cuanto a la consistencia interna del PSQI, utilizando el coeficiente de alpha de Cronbach, Buysse y cols (1989) obtuvieron un alpha de 0.83, y se obtuvo un coeficiente de correlación test-retest de 0.85 ( $p < 0.001$ ) indicando una confiabilidad adecuada. Con respecto a la validez, los autores informaron que el análisis factorial de componentes principales del cuestionario demostró la existencia de siete factores, los cuales explican el 71,7% de la varianza total. Asimismo, el estudio reveló correlaciones elevadas entre el PSQI y los datos de pacientes diagnosticados con trastornos de sueño, mostrando una validez apropiada para pacientes con insomnio primario.

Esta escala fue traducida al español y validada por Royuela y Macías (1995). La confiabilidad obtenida por el coeficiente de alpha de Cronbach fue de 0,73. De igual manera, el instrumento se pasó en dos ocasiones a 91 pacientes, y se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de test-retest de 0,85. Para la determinación de la validez, se estudió una muestra de 393 pacientes del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Valladolid. A todos ellos se le administró la versión castellana del PSQI y se tomó como medida el diagnóstico clínico realizado por médicos entrenados en el diagnóstico psiquiátrico y de los trastornos de sueño. Los resultados arrojaron una especificidad del 74,99% y una sensibilidad del 88,63% entre los puntajes obtenidos en el cuestionario y la medida criterio realizada por los médicos. En la presente investigación se usó dicha escala sin modificaciones.

### **3. Escala de Afrontamiento al Estrés (WOC) (Ver Anexo B)**

Para el presente trabajo se utilizaron los ítems de la Escala de Afrontamiento al Estrés, traducido al español por Zaplana y revisada por Valdés en 1986 (Lazarus y Folkman, 1986) del original Ways of Coping Scale (WOC) de Lazarus y Folkman (1984) y posteriormente adaptado por Llorens (1995). El cuestionario original, consta de 67 ítems y breves instrucciones.

En la publicación de Valdés se reporta como revisado, sin embargo no reportan datos psicométricos del mismo. Por esta razón, Berruete y Ochoa, (1989) evaluaron la confiabilidad y la validez del instrumento en el contexto venezolano con una muestra de 60 estudiantes. Sobre la base de estos hallazgos obtenidos se realizó una adaptación de la escala original conformada por 67 ítems a 43 ítems; los ítems eliminados fueron aquellos que no presentaron una correlación significativa con el

puntaje total y que no se relacionaban con el modelo revelado por el análisis factorial de componentes principales que se efectuó. La consistencia interna de esta escala fue de 0.88 empleando el coeficiente alpha de Cronbach.

Posteriormente, Llorens (1995), realizó una nueva versión de la adaptación anteriormente mencionada. La versión de este autor se caracteriza por presentar opciones de respuesta dicotómicas, siendo estas: "en absoluto" (0) y "en alguna medida" (1). Todos los ítems se corrigen de forma directa. 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 puntos 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 tres opciones podía ser interpretada por lo 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 en la interpretación de las opciones.

La versión adaptada por Llorens (1995) quedó constituida finalmente por un total de 28 ítems, arrojando un alpha de Cronbach de 0.75. la cual presenta seis subescalas obtenidas a través de un análisis factorial. La primera es la Solución Fantástica, compuesta por los ítems 4, 19, 21, 22 y 23. La segunda es la Búsqueda de Apoyo e Información compuesta por los ítems 2, 5, 9, 10 y 14. La tercera es la 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 24. Finalmente, la sexta, la Reevaluación Cognitiva está 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 de la escala. La solución fantástica, la evasión y conformismo, y la reevaluación cognitiva se agrupan en el factor de Lazarus y Folkman (1986) de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción; y la búsqueda de apoyo, el afrontamiento activo y el hacerse responsable se agrupan en el factor de estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

Por su parte, Sapene y Tommasino (2001), emplearon la escala adaptada por Llorens (1995) en una muestra conformada por 97 personas que trabajaban con niños de la calle e institucionalizados, estas autoras reportaron un coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach de 0,72.

En el presente estudio se utilizaron las seis subescalas obtenidas por Llorens en 1995, compuestas por los ítems originales que se presentaron, en los cuales un mayor puntaje representa mayor uso de la estrategia que miden.

#### **4. Escala de Perspectiva de Tiempo de Zimbardo (ZTPI) (Ver Anexo C)**

Para medir las perspectivas de tiempo se usó la Escala de Perspectiva de Tiempo de Zimbardo (The Zimbardo Time Perspective Inventory, ZTPI), de Zimbardo y Boyd en 1999. El instrumento tiene como objetivo, medir la perspectiva del tiempo de los individuos (Zimbardo y Boyd, 1999).

El Inventario de Perspectiva de Tiempo de Zimbardo (ZTPI) está conformado por 56 ítems con proposiciones acerca de las creencias, preferencias y valores de los individuos en torno a experiencias temporales, sin implicar una descripción de la información demográfica relacionada con el tiempo. El individuo responde en función a una escala Likert de 5 puntos que va desde "muy de acuerdo" a "muy en desacuerdo" con las proposiciones. Los 56 ítems se agrupan en 5 factores temporales: pasado negativo, presente hedonista, futuro, pasado positivo y presente fatalista (Boniwell y Zimbardo, 2004).

Según Zimbardo y Boyd (1999), el pasado negativo se constituye por los ítems: 50, 16, 34, 04, 54, 27, 22, 36, 33 y 05. El presente hedonista, por los ítems: 42, 31, 26, 23, 08, 17, 48, 32, 44, 55, 46, 01, 19, 28 y 12. El Futuro se conforma por los ítems: 13, 40, 45, 10, 51, 18, 06, 21, 43, 30, 09 (inverso), 56 (inverso) y 24 (inverso). El pasado positivo, por los ítems: 07, 29, 20, 11, 15, 02, 49, 41 (inverso) y 25 (inverso). Y el presente fatalista está compuesto por los ítems: 38, 39, 14, 37, 53, 03, 35, 47 y 52. Los altos puntajes indican mayor perspectiva de tiempo en el marco temporal respectivo. No obstante, algunos ítems se corrigen de manera inversa lo que significa que a mayor puntaje en ese ítem, menor puntaje en la categoría de las perspectiva de tiempo.

El coeficiente de confiabilidad del instrumento se encuentra entre .70 y .80 obtenido por el test-retest en un estudio realizado con 361 estudiantes de la Universidad de San Francisco (Zimbardo y Boyd, 1999). Los coeficientes de confiabilidad de las subescalas oscilaron entre 0.70 y 0.80. La escala de futuro fue la que mayor confiabilidad presentó (0.80), seguida por la de presente fatalista (0.76), pasado positivo (0.76), presente hedonista (0.72) y pasado negativo (0.70).

Para hallar la validez convergente y divergente Zimbardo y Boyd (1999) le pidieron a 205 estudiantes del College of San Mateo, que previamente habían llenado el ZPTI, que completasen alrededor de 12 instrumentos que se emplean tradicionalmente para medir algunos constructos psicológicos, a fin de ver de qué manera se correlacionaban. Estos instrumentos fueron los siguientes: *Agression Questionnaire* (agresión), *Beck Depression Inventory* (depresión), *Conscientiousness* (nivel de conciencia), *Consideration of Future Consequences Scale* (consideración de las consecuencias futuras), *Ego-Control Scale* (control del ego), *Impulse Control* (control de los impulsos), *Novelty Seeking* (búsqueda de la novedad), *Preference for Consistency Scale* (preferencia por la consistencia: tendencia a basar respuestas en experiencias, acuerdos y elecciones previas), *Reward Dependence* (dependencia de las recompensas), *Rosenberg Self-Esteem Scale* (autoestima), *Sensation Seeking Scale* (búsqueda de las sensaciones), *State-Trait Anxiety Inventory* (ansiedad) y *Self-report and demographic questions* (autoreporte y aspectos demográficos). Para mostrar entonces la validez convergente se hicieron hipótesis que relacionaban estos constructos psicológicos previamente establecidos con cada una de las 5 sub-escalas o factores del ZPTI. Para probar la validez divergente o discriminante se formularon hipótesis acerca de que las 5 sub-escalas no estarían o estarían poco asociadas a los constructos psicológicos. Los resultados mostraron ser consistentes con la teoría y las hipótesis previas.

El Inventario sobre Perspectiva del Tiempo de Zimbardo (ZTPI) fue traducido al castellano por Rodríguez (2004). Para el análisis de la confiabilidad y la validez de la traducción al español, se aplicó una prueba a 298 estudiantes, mujeres (32.3%) y hombres (67.7%), de edades comprendidas entre los 16 y 35 años ( $M= 19.31$ ;  $S= 1.86$ ) de la Universidad Simón Bolívar (Rodríguez, 2004).

La confiabilidad interna obtenida a través del Coeficiente Alfa de Cronbach fue de 0.819, lo que indica que el instrumento presenta una consistencia interna alta. Para evaluar la validez de constructo de esta escala y constatar si la estructura factorial era igual a la obtenida por los investigadores estadounidenses, se hizo un análisis de los componentes principales con rotación Varimax, fijando cinco factores. Los resultados mostraron la presencia de los cinco factores, con algunas variaciones en los ítems que los componían. Estos factores explicaron un 35.131% de la varianza, donde el pasado negativo expresa un 11.176%, el presente hedonista un 6.316%, el presente fatalista un 6.314%, el futuro un 6.208% y el pasado positivo un 5.119%.

Al tomar como punto de corte una carga factorial de 0.30, el pasado negativo estuvo conformado por los ítems: 04, 05, 16, 22, 27, 33, 34, 36, 50, 54, añadiéndose los ítems 25, 41, 35, 47 y 51, los dos primeros correspondientes a pasado positivo, los dos siguientes a presente fatalista, y el último a futuro, según el estudio de Zimbardo y Boyd (1999). El segundo factor fue el de presente hedonista, integrado por los ítems: 01, 08, 17, 19, 26, 28, 31, 32, 42, 46, 48, 55. Los ítems 12 y 44, que formaban parte de este factor, tuvieron correlaciones bajas, inferiores a 0.30; y el ítem 23, que también correspondía a este factor, presentó correlación alta, pero inversa en futuro. El tercer factor correspondió al presente fatalista y estuvo compuesto por los ítems: 03, 13 (inverso), 14, 18 (inverso), 21 (inverso), 37, 38, 39, 52 y 53. El Futuro fue el cuarto factor y estuvo representado por los ítems: 06, 10, 23, 24, 30, 40, 43, 45, a excepción de los ítems 09, cuya correlación no fue significativa en ninguno de los factores; el 51, que formó parte del factor pasado negativo; y los ítems 13 (inverso), 18 (inverso), 21 (inverso) y 56 que integraron el presente fatalista. El pasado positivo fue el quinto factor, conformado por los ítems: 02, 07, 11, 15, 20, 29 y 49, a excepción de los ítems 25 y 41 que cargaron en pasado negativo. Los ítems inversos son puntuados de manera que la mayor puntuación, es decir, 5, equivale a la categoría de *muy poco característico*, la puntuación de 4 equivale la categoría de *poco característico*, la puntuación de 3 significa *neutral*, la puntuación de 2 equivale a la categoría de *característico* en estos ítems, y por último, la menor puntuación, es decir, 1, equivale a *muy característico*.

Basándose en estos resultados, para la prueba definitiva no se excluyó ningún ítem, pero sí se revisó y modificó la redacción de los ítems 9, 12, 13 y 23 (Ver Anexo A),

Al concluir esta fase los datos se codificaron y almacenaron en una base de datos en el programa especializado en estadística SPSS 11.0, donde posteriormente fueron procesados estadísticamente.

Luego se procedió a realizar el análisis y discusión de los resultados, para finalmente elaborar las conclusiones, limitaciones y recomendaciones de toda la investigación.

### **Consideraciones Éticas**

Debido a que la presente investigación se realizó con una muestra de pacientes del Centro de Salud Santa Inés, se trata de una población que padece de algún malestar. Es por ello, que se consideró, ante todo, el bienestar de las personas, evitándose daños innecesarios a las mismas. De esta manera se preguntó a los individuos únicamente aquella información relevante para la investigación, omitiendo información innecesaria que pudiese invadir la privacidad de éstos.

Fue necesario establecer un acuerdo claro con los participantes, donde se esclareció el objetivo del estudio y se dio las instrucciones estandarizadas a cada uno de ellos. Además, participaron solamente los individuos que voluntariamente aceptaron contestar, es decir, no se obligó a participar. Al mismo tiempo, los sujetos se podían retirar en cualquier momento si así lo desean.

Así mismo, se garantizó anonimato y confidencialidad de la información suministrada por los participantes (Escuela de Psicología, 2002).

## IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

### De los instrumentos

Una vez procesados los datos de la prueba definitiva efectuada sobre una muestra de 403 pacientes que asistieron al Centro de Salud Santa Inés, se calculó la confiabilidad del Escala de Afrontamiento al Estrés de Lazarus y Folkman a través del coeficiente de Alfa de Cronbach, el cual resultó en 0.8031, considerado alto (ver anexo E) lo que indica que el instrumento tiene una alta consistencia interna. El ítem con mayor correlación con el puntaje total fue el 17 con una correlación de 0.4887; por su parte, el ítem con menor correlación con el puntaje total fue el 28 con una correlación de 0.1825. Debido a que esta escala ha sido utilizada en varias investigaciones, en el presente estudio no se hizo ninguna modificación de esta versión de Llorens (1995), que quedó constituida, a través de un análisis factorial, por seis subescalas, las cuales fueron utilizadas en el presente estudio, por lo que, no se procedió a realizar la estructura factorial de este instrumento.

Además, se calculó la confiabilidad del Inventario sobre Perspectiva de Tiempo de Zimbardo a través del mismo coeficiente, el cual resultó en 0.8431, considerado alto, lo que indica que existe consistencia interna en el test. En un inicio, se invirtieron los ítems 9, 24, 25, 40, 41 y 56, ya que en investigaciones anteriores éstos mostraron una relación inversa. Esto significa que estos ítems son puntuados de manera que, la mayor puntuación, es decir, 5, equivale a la categoría de *muy poco característico*, la puntuación de 4 equivale la categoría de *poco característico*, la puntuación de 3 significa *neutral*, la puntuación de 2 equivale a la categoría de *característico* en estos ítems, y por último, la menor puntuación, es decir, 1, equivale a *muy característico*. Las correlaciones entre cada uno de los ítems con el total, oscilaron entre 0.03 y 0.55.

Con respecto a la obtención de la estructura factorial realizada por el método de análisis de componentes principales, fijado en cinco factores, dado el supuesto teórico, se obtuvo que estos componentes explicaban el 33,918% de la varianza. El primer factor explicó el 10,964% de la varianza con un autovalor de 6,140; el segundo explicó el 7,491% de la varianza con un autovalor de 4,195; el tercero con un autovalor de 3,672 explicó el 6,557%; el cuarto aportó el 4,823% con un autovalor de 2,701; y por

último, el quinto factor con un autovalor de 2,287 explicó el 4,083% de la varianza total (ver anexo F).

Se utilizó el método de rotación Varimax de estos cinco factores y la revisión de los mismos para su discriminación y descripción se hizo tomando aquellos ítems con carga factorial mayor a 0.35 (ver tabla 1). A pesar de que no todos los ítems correspondieron a los marcos temporales pertinentes según la teoría, se procedió a denominar los factores en función de la categoría a la que pertenecieron la mayor parte de los ítems de cada uno de estos componentes. Asimismo, cuando un ítem cargaba en dos factores diferentes se eligió aquel factor en el que la carga era mayor.

El primer factor se denominó pasado negativo, dado que estuvo conformado por los ítems: 4, 5, 12, 16, 22, 25, 29, 33, 34, 35, 36, 37, 50, 51, 54, 27, 38 y 47; estos últimos tres no correspondieron a las mismas categorías temporales que en el estudio de Rodríguez (2004). Específicamente, el 27 correspondía al pasado positivo, y el 38 y 47, al presente fatalista. El segundo factor se denominó pasado positivo, ya que estuvo conformado por los ítems: 2, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 26, 30, 40 y 45. En el estudio de Rodríguez (2004), los ítems 10, 13, 18, 40 y 45 correspondieron al futuro y los ítems 17, 19 y 26 al presente hedonista. El tercer factor se nombró presente hedonista debido a que estuvo conformado por los ítems: 1, 8, 28, 31, 32, 42, 44, 46, 55, 52 y 53; estos dos últimos correspondían al futuro en el estudio de Rodríguez (2004). El cuarto factor se denominó presente fatalista ya que se conformó por los ítems: 14, 39, 9 y 41; perteneciendo, en el estudio de Rodríguez (2004), el ítem 9 al futuro y el 41 al pasado positivo. El quinto factor se nombró futuro, dado que estuvo representado por los ítems: 6, 24, 43, 48 y 49, correspondiendo el ítem 48 al presente hedonista y el 49 al pasado positivo, en el estudio de Rodríguez (2004).

Los ítems que no cargaron en ningún factor fueron el 2, 3, 7, 32, 45 y 56. Además, en los resultados obtenidos en este estudio, los ítems 9, 25 y 41 se relacionaron negativamente con el puntaje total, por lo que debieron ser reinvertidos; por lo tanto, los ítems inversos resultaron ser el 24 y el 56, mientras que el ítem 40 fue el único que tuvo una correlación muy baja (ver anexo F).

Los resultados de la escala fueron en parte similares a los del estudio de Rodríguez (2004). Sin embargo, el segundo factor, correspondiente al pasado positivo, resultó menos consistente con los resultados obtenidos en aquel estudio.

Con respecto al instrumento de calidad de sueño, no se realizó su estructura factorial ya que no se hizo ninguna modificación de la escala, la cual ha sido utilizada en varias investigaciones. Además, este instrumento está conformado por 7 componentes y un puntaje global que se puntúan de diferentes maneras.

Tabla 1: Ítems que integran los factores del Inventario sobre Perspectiva de Tiempo de Zimbardo

Factores	Pasado Negativo	Pasado Positivo	Presente Hedonista	Presente Fatalista	Futuro
01	-5,477E-02	2,686E-02	,510	-,134	-7,340E-04
02	,249	,339	2,540E-02	-,151	9,376E-02
03	,168	,158	,194	,295	-,248
04	,467	,133	7,289E-02	,100	-,278
05	,479	-,210	8,480E-02	8,167E-02	6,368E-02
06	4,287E-02	,265	-4,508E-02	2,371E-02	,456
07	,271	,162	,109	-7,932E-02	9,234E-02
08	,310	-,134	,408	,103	-9,159E-02
09	-4,831E-02	-4,631E-03	,116	-,592	-7,221E-02
10	-,141	,572	-5,755E-02	5,808E-02	,114
11	1,306E-02	,389	9,259E-02	-7,610E-02	,107
12	,367	,223	,313	9,045E-02	-3,526E-02
13	3,569E-02	,630	-,184	-1,443E-02	,124
14	3,249E-02	-,120	,195	,571	-1,839E-02
15	,208	,424	,144	-1,211E-02	8,141E-02
16	,651	7,664E-04	1,908E-02	,222	-2,404E-02
17	1,992E-02	,491	,286	-,125	-9,482E-02
18	-5,236E-02	,530	2,631E-02	-9,400E-02	6,398E-02
19	1,605E-02	,375	,299	-,213	4,128E-02
20	,129	,556	,273	-1,114E-03	-4,755E-03
21	-,160	,638	-9,847E-02	,116	,125
22	,626	-6,153E-02	1,856E-02	5,798E-02	4,384E-02
23	-4,472E-02	,421	,141	,216	-,179
24	-6,898E-02	-2,262E-02	-,222	-,342	,511
25	-,597	5,348E-02	-9,121E-02	-,173	5,868E-02
26	2,686E-02	,514	,241	-1,593E-02	-9,322E-02
27	,626	2,983E-02	-9,664E-03	-6,921E-02	-,133
28	,129	6,666E-02	,425	,235	-7,563E-02
29	,508	7,814E-02	,128	-,122	,113
30	1,652E-02	,362	-5,211E-02	,108	,157
31	-3,828E-02	,105	,547	,198	,170
32	,104	,251	,326	,252	-,154
33	,555	-,166	4,773E-03	,208	-,132
34	,711	-6,775E-02	-2,881E-02	,111	-1,496E-02
35	,483	-4,714E-03	,105	,191	,125
36	,613	,100	,154	-3,683E-02	,150
37	,457	-1,868E-02	,220	,304	3,085E-02
38	,421	-5,299E-02	,192	,399	,131
39	,304	-2,515E-02	1,142E-02	,571	-5,468E-02
40	-,231	,594	-,211	1,923E-02	9,414E-03
41	-,163	-3,270E-02	-9,874E-02	-,364	-4,536E-02
42	1,667E-02	2,064E-02	,667	2,932E-02	7,194E-02
43	-7,124E-02	,193	6,038E-02	-3,048E-02	,651
44	,127	-1,171E-02	,382	,129	7,468E-02
45	9,104E-03	,333	-,109	-4,660E-02	,312
46	,172	2,133E-02	,591	8,057E-02	7,162E-02
47	,445	-7,778E-02	,119	,260	,392
48	9,008E-02	6,909E-02	,206	7,978E-02	,478
49	-3,263E-02	9,527E-02	,158	1,048E-02	,491
50	,688	-1,910E-02	-3,460E-02	,131	-6,104E-02
51	,359	2,415E-02	7,612E-02	,212	,330
52	5,863E-02	-,307	,366	,313	-2,008E-02
53	,177	-,110	,441	,402	8,415E-02
54	,623	,129	,299	8,475E-02	-,150
55	,182	,166	,516	-2,420E-02	5,044E-02
56	-,150	-2,302E-02	-,253	-,302	,149

En negritas carga factorial &gt;0.35

## De la situación de campo

Una vez realizados los análisis de confiabilidad y obtener la estructura factorial del instrumento de perspectiva de tiempo, se calcularon los estadísticos descriptivos con el fin de evaluar la distribución y el comportamiento de cada uno de los puntajes de las variables implicadas en el diagrama de ruta propuesto (ver tabla 2).

Para las variables de calidad de sueño, estrategias de afrontamiento y perspectiva de tiempo se calcularon los estadísticos de tendencia central, dispersión y forma.

En cuanto a la variable de *puntaje global de la calidad de sueño*, donde a mayor puntaje corresponde una mayor alteración del sueño, los sujetos mostraron un rango que va desde 1 hasta 19 puntos, con una media aritmética de 6,74 y asimetría positiva (0,853), lo que indica que la mayoría de las personas que conforman la muestra se ubicaron en puntajes medios bajos en esta variable, de manera moderadamente heterogénea (CV=53,56%) y leptocúrtica (K=0,407), esto significa que los pacientes encuestados tienen una moderada calidad de sueño en general.

Para tener una idea más precisa de las alteraciones del sueño se calcularon igualmente los estadísticos descriptivos para cada una de las dimensiones de la calidad de sueño.

El primer componente de la calidad de sueño, denominado *calidad subjetiva de sueño*, tuvo un rango de puntuación que osciló entre 0 y 3, con una media aritmética de 1,12. Se presentó una asimetría positiva (0,62) lo que indica que la mayoría de los sujetos se ubicó en puntajes medios bajos en este componente, es decir, los sujetos perciben tener una moderadamente alta calidad de sueño. Se observó una distribución heterogénea (CV=65,18%) y leptocúrtica (K=0,58).

El segundo factor, que corresponde a la *latencia de sueño*, tuvo un rango de puntuación que osciló entre 0 y 3, con una media aritmética de 1,33 y asimetría positiva (0,109) indicando que la mayoría de los sujetos se ubicó en puntajes medios bajos en este componente, lo que significa que la mayoría de los sujetos de la muestra cree que tarda entre 15 y 30 minutos, lo que se considerada moderadamente poco tiempo. La distribución obtenida es muy heterogénea (CV=72,18%) y platicúrtica (K=-0,956).

Con respecto al tercer componente de la calidad de sueño, denominado *duración de sueño*, se obtuvo un rango de puntuación que osciló entre 0 y 3, con una media aritmética de 1,01. Se presentó una asimetría positiva (0,699) lo que indica que la mayoría de los sujetos se ubicó en puntajes bajos en este componente, es decir, que la mayoría duerme un promedio de entre 6 y 7 horas. Se observó una distribución muy heterogénea (CV=91,09%) y platicúrtica (K=-0,289).

El cuarto factor, que alude a la *eficiencia de sueño habitual*, tuvo un rango de puntuación que osciló entre 0 y 3, con una media aritmética de 0,48 y una asimetría alta positiva (1,745) lo que indica que la mayoría de los sujetos se ubicó en puntajes bajos en este componente, es decir que, la mayoría tiene una buena eficiencia de sueño habitual, ya que valoran el porcentaje de tiempo que creen estar dormido sobre el total de tiempo que permanece acostado de manera correcta. Se observó una distribución excesivamente heterogénea (CV=191,67%) y en extremo leptocúrtica (K=1,697).

En lo referente al quinto factor, denominado *perturbación del sueño*, se halló que el rango de puntuación osciló entre 0 y 3, con una media aritmética de 1,36 y una asimetría baja positiva (0,134) lo que indica que la mayoría de los sujetos se ubicó en puntajes bajos en este componente de manera moderadamente heterogénea (CV=43,38%) y platicúrtica (K=-0,278). Esto significa que la mayoría de los sujetos presentan pocas veces alteraciones tales como tos, ronquidos, calor, frío o necesidad de levantarse para ir al baño.

El sexto factor, que se denomina *uso de medicación para dormir*, tuvo un rango de puntuación que osciló entre 0 y 3, con una media aritmética de 0,46 y una asimetría alta positiva (1,905) lo que indica que la mayoría de los sujetos se ubicó en puntajes bajos en este componente, es decir, que no consumen o consumen con poca frecuencia alguna medicación hipnótica. Se observó una distribución excesivamente heterogénea (CV=215,22%) y en extremo leptocúrtica (K=1,966).

Por último, el componente denominado *disfunción diurna*, tuvo un rango de puntuación que osciló entre 0 y 3, con una media aritmética de 1,14 y una asimetría positiva (0,353) lo que indica que la mayoría de los sujetos se ubicó en puntajes medios bajos en este componente, es decir que, la mayoría de los sujetos se duermen con facilidad

moderada baja mientras realiza alguna actividad, así como sufren un cansancio igualmente moderado bajo. Se observó una distribución heterogénea (CV=81,58%) y platicúrtica (K=-0,80).

En lo referente a las estrategias de afrontamiento, en la dimensión *afrontamiento activo*, se halló que el rango de puntuación se ubicó entre 0 y 4, con una media aritmética de 3,42. Se presentó una asimetría alta negativa (-1,56) lo que indica que hubo, dentro de la muestra estudiada, una tendencia hacia puntajes altos en dicha categoría de afrontamiento, esto significa, que la mayoría de la muestra utiliza este estilo de afrontamiento. La distribución de esta variable se dio de una manera homogénea (CV=23.68%) y en extremo leptocúrtica (K=2,5).

En cuanto a la dimensión *búsqueda de apoyo e información*, las puntuaciones oscilaron entre 0 y 5 puntos, se obtuvo una media aritmética de 4,14 con una asimetría negativa (-1,26) lo que indica que la mayoría de los sujetos se ubicó en puntajes altos en esta categoría de estrategias de afrontamiento, es decir que, la mayoría utiliza esta estrategia de afrontamiento. Se observó una distribución homogénea (CV=26,81%) y leptocúrtica (K=0,97).

La dimensión *evasión y conformismo* está conformada por puntajes que van desde 0 a 6 puntos, con una media aritmética de 3,09 y alta asimetría negativa (-1,51) señalando que la muestra se ubicó en puntajes medios altos, de manera heterogénea (CV=50,49%) y con forma platicúrtica (K=-0,59). Esto significa utilizan esta estrategia de manera moderadamente alta.

La dimensión de *hacerse responsable* tuvo una fluctuación en los puntajes de 0 a 3, con una media aritmética de 2,06 y asimetría negativa (-0,62), indicando que la mayoría de la muestra respondió a puntajes altos, de manera heterogénea (CV=42,72%) y platicúrtica (K=-0,43). Es decir que, la mayoría de la muestra utiliza predominantemente esta estrategia de afrontamiento ante el estrés.

La estrategia de afrontamiento de *reevaluación cognitiva* cuyo rango osciló entre 0 y 4 puntos, tuvo una media aritmética de 2,32 y asimetría negativa baja (-0,27), lo que indica que hubo una tendencia a puntajes medios altos en la muestra de manera

heterogénea ( $CV=49,14\%$ ) y de forma platicúrtica ( $K=-0,69$ ). Esto significa utilizan esta estrategia de manera moderadamente alta.

Por último, la dimensión *solución fantástica* cuyo rango de puntuación osciló entre 0 y 5 puntos, obtuvo una media aritmética de 3,14 y asimetría negativa (-0,45), reflejando que las personas de la muestra tendieron a responder a puntajes medios altos, es decir que, utilizan esta estrategia de manera moderadamente alta. La distribución resultó heterogénea ( $CV=46,96\%$ ) y leptocúrtica ( $K=0,74$ ).

Con respecto al primer factor de la variable perspectiva de tiempo, *pasado negativo* donde a mayor puntaje mayor orientación hacia el pasado negativo, los sujetos obtuvieron un rango que va desde 18 a 86, con una media aritmética de 46,58 y asimetría positiva (0,31) lo que indica que la mayoría de la muestra estudiada respondió a puntajes medios bajos en esta perspectiva, de manera homogénea ( $CV=29,07\%$ ) y leptocúrtica ( $K=0,48$ ). Esto significa que la mayoría de los sujetos se orientan moderadamente poco hacia esta perspectiva.

En el segundo factor, *pasado positivo*, se halló un rango de puntuación de 31 a 75, con una media aritmética de 58,56 y asimetría negativa (-0,71), siendo una distribución homogénea ( $CV=14,19\%$ ) y leptocúrtica ( $K=0,55$ ). De esta manera la muestra presentó puntajes medios altos en esta subdimensión, es decir, tiene una tendencia moderada alta hacia esta perspectiva.

En el tercer factor, *presente hedonista*, el rango obtenido oscila entre 12 y 52, con una media aritmética de 31,07 y asimetría baja positiva (0,14), lo que refleja que la muestra presentó puntajes medios de manera homogénea ( $CV=23,85\%$ ) y mesocúrtica ( $K=-0,001$ ). Esto significa que la mayoría de los sujetos se orientan de manera moderada hacia esta perspectiva.

El cuarto factor, *presente fatalista*, tuvo un rango de fluctuación de 4 a 20 puntos. La media aritmética fue de 9,75 y asimetría positiva (0,30), indicando que las personas que conforman la mayoría de la muestra respondieron a puntajes medios bajos, es decir, tienen una tendencia baja a orientarse hacia esta perspectiva. La distribución obtenida es moderadamente heterogénea ( $CV= 34,87\%$ ) y platicúrtica ( $K=-0,36$ ).

Por último, en la subdimensión *futuro* de la variable perspectiva de tiempo, los sujetos obtuvieron un rango que va desde 5 a 25, con una media aritmética de 16,69 y asimetría negativa (-0,53), lo que indica que la mayoría de la muestra estudiada respondió a puntajes medios altos, de manera homogénea (CV=24,08%) y platicúrtica con tendencia a mesocúrtica (K=0,10). Esto indica que los sujetos de la muestra tienen una tendencia moderada alta hacia esta perspectiva futuro.

En resumen, con respecto al puntaje global de la variable calidad de sueño, se observó que la muestra estudiada la calidad de sueño fue moderada. Asimismo, en cuanto a los factores específicos se observa que la muestra presenta una calidad de sueño subjetiva moderadamente alta, una latencia de sueño moderadamente corta, una duración de aproximadamente 6 a 7 horas de sueño y una eficiencia de sueño habitual alta, ya que valoran el porcentaje de tiempo que creen estar dormido sobre el total de tiempo que permanece acostado de manera correcta. En cuanto a la perturbación del sueño la mayor parte de los sujetos muestran pocas veces alteraciones tales como tos, ronquidos, calor, frío o necesidad de levantarse para ir al baño; en cuanto al uso de medicación no consumen o consumen con poca frecuencia alguna medicación hipnótica, y finalmente en cuanto a la disfunción diurna, se duermen con facilidad moderada baja mientras realiza alguna actividad, así como sufren un cansancio igualmente moderado bajo.

En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento de esta población, se observó que la muestra utiliza predominantemente las estrategias de afrontamiento activo, búsqueda de apoyo y hacerse responsable; y moderadamente utilizan las estrategias de evasión y conformismo, reevaluación cognitiva y solución fantástica. Asimismo, en la perspectiva de tiempo de los sujetos de la población estudiada, se observa tendencias hacia el pasado positivo y el futuro.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos de las variables implicadas en el modelo

	N	Media	Desviación Típica	Coefficiente de Variación	Kurtosis	Mínimo	Máximo
Puntaje global de calidad de sueño	403	6,74	3,61	53,56%	0,40	1	19
Calidad subjetiva de sueño	403	1,12	0,73	65,18%	0,58	0	3
Latencia de sueño	403	1,33	0,96	72,18%	-0,956	0	3
Duración de sueño	403	1,01	0,92	91,09%	-0,289	0	3
Eficiencia de sueño habitual	403	0,48	0,92	191,67%	1,697	0	3
Perturbación del sueño	403	1,36	0,59	43,38%	-0,278	0	3
Uso de medicación para dormir	403	0,46	0,99	215,22%	1,966	0	3
Disfunción diurna	403	1,14	0,93	81,58%	-0,80	0	3
Afrontamiento activo	401	3,42	0,81	23,75%	2,52	0	4
Búsqueda De apoyo	399	4,14	1,11	26,79%	0,97	0	5
Evasión y conformismo	397	3,09	1,56	50,45%	-0,59	0	6
Hacerse responsable	402	2,06	0,88	42,60%	-0,43	0	3
Reevaluación cognitiva	401	2,32	1,14	49,15%	-0,69	0	4
Solución fantástica	400	3,13	1,47	46,96%	-0,74	0	5
Pasado Negativo	386	46,58	13,54	29,07%	-0,48	18	86
Pasado Positivo	393	58,56	8,31	14,19%	0,55	31	75
Presente Hedonista	396	31,07	7,41	23,85%	-0,001	12	52
Presente Fatalista	395	9,75	3,40	34,87%	-0,36	4	20
Futuro	399	16,69	4,02	24,09%	0,10	5	25

Por otra parte, con el objetivo de verificar algunos supuestos requeridos por el análisis de regresión múltiple, base del análisis de ruta, se verificó la multicolinealidad entre las variables predictoras incluidas en el modelo por medio de la matriz de correlaciones simples, estimada a partir del coeficiente producto-momento de Pearson. Ninguna correlación entre las variables predictoras se encuentra por encima del valor de 0.60, por lo que no existe multicolinealidad entre las mismas (ver anexo G). Se verificó que no existía correlación entre los errores, dado que los coeficientes Durbin Watson estuvieron cercanos a 2, la media de los mismos fue 0, y el rango de puntuación de los mismos estuvo entre -2,946 y 3,274. Asimismo, se observó, en general, normalidad en las variables predictoras en el modelo de regresión, destacándose a las variables afrontamiento activo, búsqueda de apoyo, hacerse responsable, reevaluación cognitiva y pasado positivo como un poco alejadas de la normal (ver anexo H).

De esta manera, luego de cubrir los supuestos y con el objetivo de verificar las hipótesis propuestas por el diagrama de ruta (ver figura 1), se realizó el análisis de ruta basado en la regresión múltiple, que, según Kerlinger y Lee (2001), es la forma más útil de los métodos multivariados, ya que “analiza las influencias comunes y separadas de dos o más variables independientes sobre una variable dependiente” (p. 187). Se obtuvieron los coeficientes de correlación múltiple, el coeficiente de determinación y los coeficientes  $b$  y  $Beta$  para cada una de las variables predictoras involucradas en el modelo de regresión. El análisis se realizó con cada variable endógena y se inició de derecha a izquierda en el diagrama, tomando como nivel de significancia un nivel de 0.05.

Así, con respecto a la variable **calidad de sueño**, se utilizó únicamente la puntuación global como medida de ésta dado el manejo de esta variable en investigaciones anteriores, encontrándose una correlación múltiple moderadamente baja ( $R=0.361$ ) con la combinación lineal de las variables edad, sexo, presencia de pareja, estrategia de afrontamiento de solución fantástica, reevaluación cognitiva, evasión y conformismo, búsqueda de apoyo e información, afrontamiento activo y hacerse responsable; la perspectiva de tiempo futuro, presente hedonista, presente fatalista, pasado positivo y pasado negativo. El coeficiente de correlación ajustado fue de 0.096, lo que indica que el modelo explica 9.6% de la varianza total de manera significativa ( $F=3.771$ ;  $gl:14/352$ ;  $p=0.000$ ) (ver anexo H).

Al evaluar, mediante el coeficiente  $Beta$ , el efecto de cada una de las variables sobre la calidad de sueño (ver tabla 3), se observa que la perspectiva de tiempo pasado negativo es la que más predice con una correlación positiva ( $\beta=0.214$ ;  $p=0.000$ ), seguida por la edad ( $\beta=0.155$ ;  $p=0.004$ ), que aunque ambas correlaciones son bajas son significativas estadísticamente. Esto indica que las personas de mayor edad y personas con una mayor orientación hacia el pasado negativo tienden a tener mayor puntaje en la escala global, lo cual indica una peor calidad de sueño. Asimismo, cabe resaltar que existe una tendencia de las personas que utilizan la solución fantástica y reevaluación cognitiva como estrategias de afrontamiento, a presentar una menor calidad de sueño, dado que existen correlaciones bajas entre estas estrategias de afrontamiento y la calidad de sueño significativas a un nivel de 0.10 ( $\beta=0.115$ ;  $p=0.089$  y  $\beta=0.114$ ;  $p=0.069$ ).

Tabla 3: Coeficientes B,  $\beta$  y su significancia para la Calidad de Sueño

	B	Error Estándar	Beta	t	P
Constante	3,509	1,757		1,997	,047
Pasado Negativo	5,622E-02	,016	,214	3,558	,000*
Pasado Positivo	-1,008E-02	,023	-,023	-,440	,660
Presente Hedonista	-5,220E-02	,027	-,109	-1,915	,056
Presente Fatalista	6,654E-02	,061	,064	1,088	,277
Futuro	-2,293E-02	,046	-,026	-,493	,622
Afrontamiento Activo	-,359	,245	-,082	-1,464	,144
Búsqueda de Apoyo	,252	,189	,076	1,332	,184
Evasión	-5,231E-02	,155	-,023	-,337	,736
Hacerse Responsable	,136	,257	,034	,531	,596
Reevaluación Cognitiva	,355	,195	,114	1,821	,069
Solución Fantástica	,276	,162	,115	1,703	,089
Edad	3,733E-02	,013	,155	2,867	,004*
Presencia de Pareja	-,705	,386	-,099	-1,827	,069
Sexo	-,197	,394	-,026	-,500	,618

\*Significativo al 0,05

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, en el *afrontamiento activo*, se obtuvo una correlación múltiple moderadamente baja y positiva, pero significativa ( $R=0.254$ ;  $F=3.615$ ;  $gl=7/366$ ;  $p=0.001$ ) (ver anexo H), donde la combinación lineal de las variables edad, sexo, presencia de pareja, perspectiva de tiempo futuro, presente hedonista, presenta fatalista, pasado positivo y pasado negativo explica el 4.7% de la varianza total de esta dimensión del afrontamiento. Al evaluar el efecto de cada una de las variables por separado (ver tabla 4), se hallaron correlaciones positivas bajas y significativas de las variables pasado positivo ( $\beta=0.147$ ;  $p=0.006$ ) y edad ( $\beta=0.140$ ;  $p=0.007$ ); y una correlación negativa baja de la variable presente fatalista ( $\beta=-0.125$ ;  $p=0.025$ ). Esto significa que a mayor edad hay un mayor uso de la estrategia de afrontamiento activo, y contrariamente, el tener una mayor orientación hacia el presente fatalista predice un menor uso de esta estrategia de afrontamiento.

Tabla 4: Coeficientes B,  $\beta$  y su significancia para Afrontamiento Activo

	B	Error Estándar	Beta	T	p
Constante	2,179	,365		5,967	,000
Pasado Negativo	2,501E-03	,003	,042	,718	,473
Pasado Positivo	1,426E-02	,005	,147	2,771	,006*
Presente Hedonista	5,602E-03	,006	,052	,903	,367
Presente Fatalista	-2,991E-02	,013	-,125	-2,243	,025*
Futuro	7,887E-03	,011	,039	,738	,461
Edad	7,677E-03	,003	,140	2,723	,007*
Sexo	-2,168E-02	,090	-,012	-,242	,809

\*Significativo al 0,05

La variable *búsqueda de apoyo e información* tuvo una correlación moderadamente baja positiva ( $R=0.264$ ) con la combinación lineal de las variables edad, sexo, presencia de pareja, perspectiva de tiempo futuro, presente hedonista, presenta fatalista, pasado positivo y pasado negativo, la cual explica el 5.2% de la varianza total de esta dimensión de manera significativa ( $F=3.915$ ;  $gl=7/365$ ;  $p=0.000$ ) (ver anexo H). Al evaluar las magnitudes del efecto de cada una de las variables por separado (ver tabla 5), se hallaron correlaciones moderadamente bajas y significativas; negativa, con el presente fatalista ( $\beta=-0.227$ ;  $p=0.000$ ); y positiva, con el futuro ( $\beta=0.107$ ;  $p=0.044$ ). Esto indica que tener una mayor orientación hacia el presente fatalista predice un menor uso de la estrategia de afrontamiento *búsqueda de apoyo e información*, contrario a esto, tener una mayor orientación hacia el futuro predice un mayor uso de esta estrategia.

Tabla 5: Coeficientes B,  $\beta$  y su significancia para Búsqueda de Apoyo e Información

	B	Error Estándar	Beta	T	p
Constante	3,756	,490		7,659	,000
Pasado Negativo	1,537E-03	,005	,019	,329	,743
Pasado Positivo	7,243E-03	,007	,056	1,049	,295
Presente Hedonista	3,507E-03	,008	,024	,421	,674
Presente Fatalista	-7,281E-02	,018	-,227	-4,070	,000*
Futuro	2,892E-02	,014	,107	2,019	,044*
Edad	1,503E-03	,004	,020	,397	,691
Sexo	-2,006E-02	,120	-,009	-,167	,867

\*Significativo al 0,05

En lo que respecta a *evasión y conformismo*, se encontró una correlación múltiple moderadamente baja positiva ( $R=0.309$ ) con la combinación lineal de las variables edad, sexo, presencia de pareja, perspectiva de tiempo futuro, presente hedonista, presenta fatalista, pasado positivo y pasado negativo, que explica el 7.8% de la varianza total de la dimensión evasión y conformismo, y es significativa ( $F=5.46$ ;  $gl=7/362$ ;  $p=0.000$ ) (ver anexo H).

Específicamente, se obtuvo que las variables pasado negativo, presente hedonista y edad predicen la estrategia de afrontamiento de evasión y conformismo de manera baja positiva y significativa (ver tabla 6) en el sentido que a mayor edad ( $\beta=0.135$ ;  $p=0.008$ ), a mayor orientación hacia el pasado negativo ( $\beta=0.201$ ;  $p=0.001$ ) y hacia el presente hedonista ( $\beta=0.129$ ;  $p=0.024$ ), mayor uso de evasión y conformismo.

Tabla 6: Coeficientes B,  $\beta$  y su significancia para Evasión y Conformismo

	B	Error Estándar	Beta	T	P
Constante	,802	,700		1,145	,253
Pasado Negativo	2,321E-02	,007	,201	3,461	,001*
Pasado Positivo	5,125E-03	,010	,027	,521	,603
Presente Hedonista	2,699E-02	,012	,129	2,267	,024*
Presente Fatalista	-2,400E-02	,025	-,052	-,942	,347
Futuro	-7,962E-03	,020	-,020	-,389	,698
Edad	1,435E-02	,005	,135	2,662	,008*
Sexo	-,282	,172	-,084	-1,640	,102

\*Significativo al 0,05

Por su parte, la estrategia de *hacerse responsable*, presentó una correlación múltiple moderadamente baja y significativa ( $R=0.25$ ;  $F=3.477$ ;  $gl=7/366$ ;  $p=0.000$ ) (ver anexo H) donde el 4.4% de la varianza de esta estrategia es explicada por la combinación lineal de las variables edad, sexo, presencia de pareja, perspectiva de tiempo futuro, presente hedonista, presenta fatalista, pasado positivo y pasado negativo. Al evaluar por separado la influencia directa de estas variables (ver tabla 7), se halló que el pasado positivo ( $\beta=0.136$ ;  $p=0.021$ ) y el pasado negativo ( $\beta=0.123$ ;  $p=0.021$ ) guardan una correlación baja positiva y estadísticamente significativa, mientras que el presente hedonista tiene una correlación negativa igualmente baja, pero significativa ( $\beta=-0.126$ ;  $p=0.026$ ). Esto significa que tener una mayor orientación hacia el pasado positivo y negativo predice el uso de la estrategia de hacerse responsable, mientras que la orientación hacia el presente hedonista predice un menor uso de dicha estrategia. La edad mostró tener una correlación positiva y significativa al nivel de 0.10 ( $\beta=0.087$ ;  $p=0.090$ ), lo que indica que existe una tendencia de las personas de mayor edad a usar el estilo de afrontamiento de hacerse responsable.

Tabla 7: Coeficientes B,  $\beta$  y su significancia para Hacerse Responsable

	B	Error Estándar	Beta	T	p
Constante	,850	,402		2,116	,035
Pasado Negativo	8,852E-03	,004	,136	2,314	,021*
Pasado Positivo	1,326E-02	,006	,123	2,318	,021*
Presente Hedonista	-5,055E-03	,007	-,043	-,745	,457
Presente Fatalista	-3,278E-02	,015	-,126	-2,243	,026*
Futuro	1,808E-02	,012	,083	1,546	,123
Edad	5,241E-03	,003	,087	1,699	,090
Sexo	-5,132E-03	,098	-,003	-,052	,958

\*Significativo al 0,05

Para la estrategia de *reevaluación cognitiva*, la correlación múltiple fue baja y positiva ( $R=0.196$ ) con la combinación lineal de las variables edad, sexo, presencia de pareja, perspectiva de tiempo futuro, presente hedonista, presenta fatalista, pasado positivo y pasado negativo; y se encontró un coeficiente de determinación ajustado de 0.020, sugiriendo que el 2.2% de la varianza total del modelo es explicada de forma

significativa por el conjunto de estas variables ( $F=2.072$ ;  $gl=7/365$ ;  $p=0.046$ ) (ver anexo H).

En forma particular, se evidenció que el pasado positivo tuvo una relación directa baja, pero significativa ( $\beta=0.156$ ;  $p=0.004$ ), lo que indica que a mayor orientación hacia el pasado positivo, mayor tendencia a hacer uso de la reevaluación cognitiva (ver tabla 8).

Tabla 8: Coeficientes B,  $\beta$  y su significancia para Reevaluación Cognitiva

	B	Error Estándar	Beta	T	p
Constante	,875	,531		1,649	,100
Pasado Negativo	3,600E-03	,005	,042	,717	,474
Pasado Positivo	2,154E-02	,007	,156	2,900	,004*
Presente Hedonista	3,269E-03	,009	,021	,365	,716
Presente Fatalista	-2,940E-02	,019	-,086	-1,527	,128
Futuro	-3,142E-03	,015	-,011	-,203	,839
Edad	5,928E-03	,004	,076	1,451	,148
Sexo	8,483E-02	,130	,034	,654	,514

\*Significativo al 0,05

En lo que respecta a la *solución fantástica*, se encontró que tuvo una correlación múltiple moderadamente baja y positiva ( $R=0.388$ ) con la combinación lineal de las variables edad, sexo, presencia de pareja, perspectiva de tiempo futuro, presente hedonista, presenta fatalista, pasado positivo y pasado negativo, la cual explica el 13.4% de la varianza total con un nivel de significancia de 0.000 ( $F=9.246$ ;  $gl=7/365$ ) (ver anexo H).

De manera específica, se evidenció que la orientación pasado negativo ( $\beta=0.294$ ;  $p=0.000$ ) y la edad ( $\beta=0.122$ ;  $p=0.013$ ) tienen una correlación directa y significativa; mientras que el presente fatalista ( $\beta=-0.280$ ;  $p=0.000$ ) y el sexo ( $\beta=-0.131$ ;  $p=0.008$ ) obtuvieron una relación indirecta e igualmente significativa (ver tabla 9). Esto significa que una mayor edad predice la orientación hacia el pasado negativo y que el ser del sexo femenino predice que la orientación temporal sea hacia el presente fatalista que el pertenecer al sexo masculino.

Tabla 9: Coeficientes B,  $\beta$  y su significancia para Solución Fantástica

	B	Error Estándar	Beta	T	p
Constante	1,677	,637		2,634	,009
Pasado Negativo	3,197E-02	,006	,294	5,253	,000*
Pasado Positivo	6,418E-03	,009	,036	,715	,475
Presente Hedonista	1,188E-02	,011	,060	1,099	,273
Presente Fatalista	-,122	,023	-,280	-5,248	,000*
Futuro	5,398E-03	,019	,015	,289	,772
Edad	1,227E-02	,005	,122	2,491	,013*
Sexo	-,417	,156	-,131	-2,669	,008*

\*Significativo al 0,05

En cuanto a la variable perspectiva de tiempo, en la perspectiva de tiempo de *pasado negativo*, se encontró una correlación múltiple positiva baja que no fue significativa ( $R=0.072$ ;  $F=0.985$ ;  $gl=2/283$ ;  $p=0.374$ ), al combinarse linealmente con las variables edad y sexo (ver anexo H). Asimismo, al evaluar por separado la influencia directa de estas variables sobre la perspectiva de tiempo pasado positivo, se halló que no hay relaciones significativas con ninguna de estas variables (ver tabla 10).

Tabla 10: Coeficientes B,  $\beta$  y su significancia para la PT Pasado Negativo

	B	Error Estándar	Beta	t	p
Constante	44,594	1,898		23,489	,000
Edad	6,144E-02	,047	,066	1,304	,193
Sexo	-,791	1,482	-,027	-,534	,594

\*Significativo al 0,05

La perspectiva de tiempo de *pasado positivo* presentó una correlación múltiple positiva baja que no fue significativa ( $R=0.092$ ;  $F=1.650$ ;  $gl=2/390$ ;  $p=0.193$ ) al combinarse linealmente con las variables edad y sexo (ver anexo H). Sin embargo, se obtuvo que la variable sexo, al ser evaluada de forma aislada (ver tabla 11), guarda una correlación baja negativa que es significativa a un nivel de 0.10 ( $\beta=0.092$ ;  $p=0.070$ ), de forma que existe una tendencia de las mujeres a presentar una mayor orientación hacia el pasado positivo que los hombres.

Tabla 11: Coeficientes B,  $\beta$  y su significancia para la PT Pasado Positivo

	B	Error Estándar	Beta	t	p
Constante	58,945	1,138		51,785	,000
Edad	3,910E-03	,028	,007	,139	,890
Sexo	-1,621	,894	-,092	-1,815	,070

\*Significativo al 0,05

La perspectiva de tiempo de presente hedonista mostró una correlación múltiple positiva baja que no fue significativa ( $R=0.072$ ;  $F=1.021$ ;  $gl=2/393$ ;  $p=0.361$ ), al combinarse linealmente con las variables edad y sexo (ver anexo H). Asimismo, al evaluar por separado la influencia directa de estas variables sobre la perspectiva de tiempo presente hedonista, se halló que no hay relaciones significativas con alguna de estas variables (ver tabla12).

Tabla 12: Coeficientes B,  $\beta$  y su significancia para la PT Presente Hedonista

	B	Error Estándar	Beta	t	p
Constante	31,863	1,017		31,345	,000
Edad	-2,795E-02	,025	-,056	-1,118	,264
Sexo	,726	,800	,046	,907	,365

\*Significativo al 0,05

La perspectiva de tiempo de presente fatalista presentó una correlación múltiple positiva baja que no fue significativa ( $R=0.095$ ;  $F=1.775$ ;  $gl=2/392$ ;  $p=0.171$ ) al combinarse linealmente con las variables edad y sexo (ver anexo H). No obstante, al evaluar por separado la influencia directa de estas variables (ver tabla 13), se halló que la edad guarda una correlación baja positiva con la perspectiva de tiempo de presente fatalista que es significativa un nivel de 0.10 ( $\beta=0.084$ ;  $p=0.097$ ); de forma que hay una tendencia en donde una mayor edad se relaciona con una mayor orientación hacia el presente fatalista.

Tabla 13: Coeficientes B,  $\beta$  y su significancia para PT Presente Fatalista

	B	Error Estándar	Beta	t	p
Constante	8,939	,471		18,963	,000
Edad	1,929E-02	,012	,084	1,662	,097
Sexo	,323	,366	,044	,881	,379

\*Significativo al 0,05

Por último, se encontró que la perspectiva de tiempo *futuro* tuvo una correlación múltiple baja y positiva ( $R=0.162$ ) con la combinación lineal de las variables edad y sexo, la cual explica el 2.1% de la varianza total de esta dimensión ( $F=5.334$ ;  $gl=2/396$ ;  $p=0.005$ ) (ver anexo H).

Al evaluar los aportes individuales de las variables implicadas en el modelo, se observó una correlación lineal significativa con el sexo (ver tabla 14), en el sentido que las mujeres presentan una mayor orientación hacia el futuro que los hombres ( $\beta=-0.137$ ;  $p=0.006$ ), y con respecto a la edad, se encontró una correlación significativa al nivel de 0.10, lo que indica una tendencia de que mayor edad, mayor orientación hacia el futuro ( $\beta=0.089$ ;  $p=0.073$ ).

Tabla 14: Coeficientes B,  $\beta$  y su significancia para PT Futuro

	B	Error Estándar	Beta	T	p
<b>Constante</b>	16,181	,546		29,615	,000
<b>Edad</b>	2,422E-02	,013	,089	1,798	,073
<b>Sexo</b>	-1,177	,427	-,137	-2,756	,006*

\*Significativo al 0,05

En resumen, los resultados de la presente investigación, confirman parcialmente el modelo propuesto (ver Figura 1). De este modo, en cuanto a los efectos directos, se encontró que el pasado negativo, la edad, las estrategias de solución fantástica y reevaluación cognitiva predicen la calidad de sueño, en el sentido que orientarse hacia el pasado negativo, tener mayor edad, y al usar de las estrategias de afrontamiento de solución fantástica y reevaluación cognitiva, hay una peor calidad de sueño.

De esto modo en cuanto a los efectos directos, se observó que la perspectiva de tiempo pasado negativo es la que más predice la calidad de sueño, seguida por la edad, posteriormente la estrategia de afrontamiento de solución fantástica y por último la de reevaluación cognitiva.

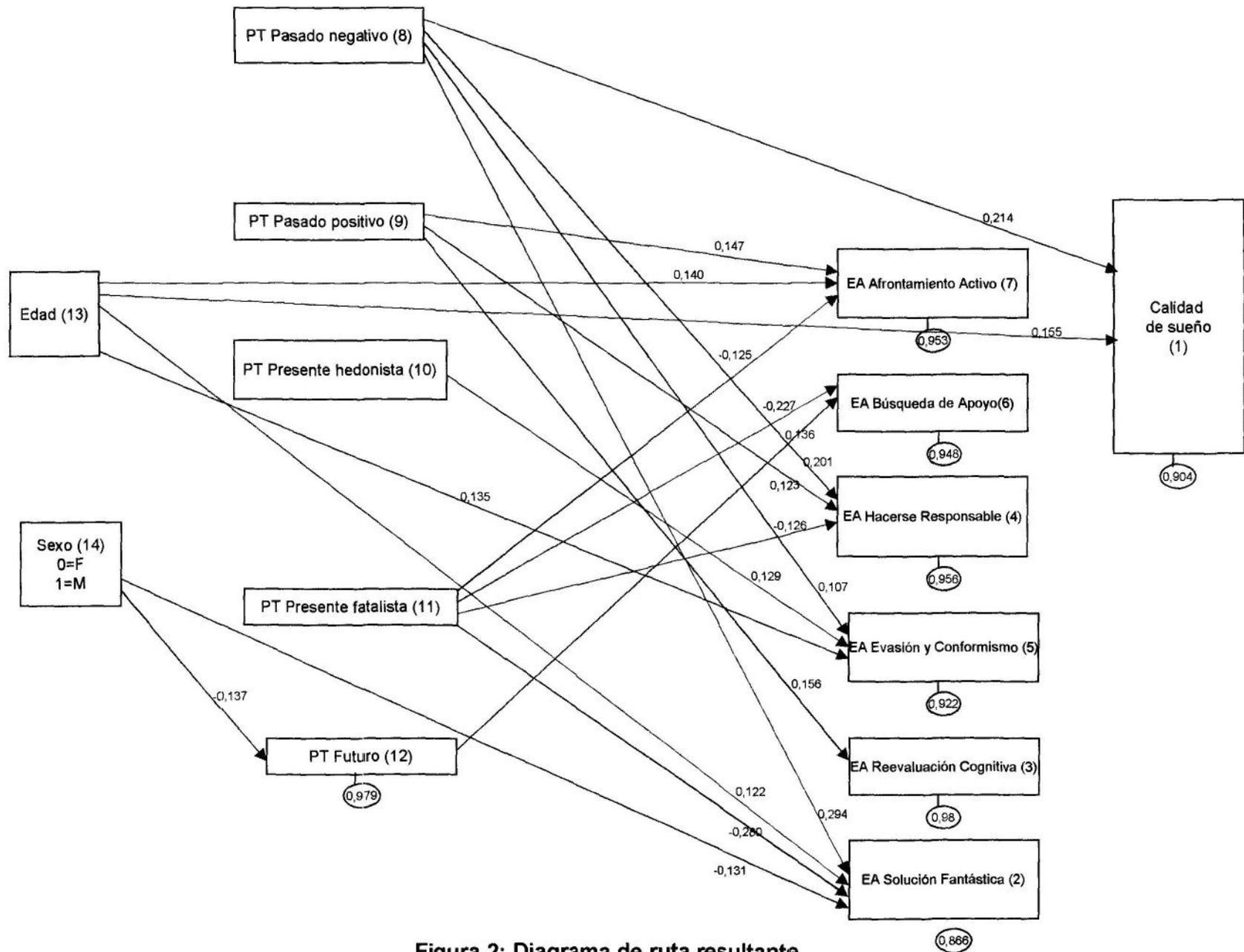


Figura 2: Diagrama de ruta resultante

## V. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación consistió en determinar cómo influyen las estrategias de afrontamiento al estrés que utiliza una persona, la perspectiva de tiempo que posee, la edad, el sexo y la presencia de pareja sobre su calidad de sueño, y cómo son las relaciones entre estas variables.

En primer lugar, se evaluó la caracterización de la muestra en función de las variables estudiadas. En este sentido, en términos generales, se observó que los pacientes que asisten a los servicios del Centro de Salud Santa Inés se caracterizaron por tener una calidad de sueño moderada. Específicamente, al analizar cada uno de los componentes del índice de calidad de sueño, se encontró que la mayoría muestra una percepción moderadamente alta de la calidad subjetiva de sueño. En lo referente a los demás componentes de la calidad de sueño, se observó que los encuestados presentan una latencia de sueño moderadamente corta y una eficiencia de sueño habitual alta. En cuanto a la perturbación del sueño, la mayor parte de los sujetos muestran moderadamente pocas veces alteraciones tales como tos, ronquido, calor, frío o necesidad de levantarse para ir al baño; el uso de medicación fue bajo, es decir, no consumen o consumen con poca frecuencia alguna medicación hipnótica, destacándose que en cuanto a la disfunción diurna, algunas veces se duermen mientras realizan alguna actividad y sufren cansancio (Báez y cols., 2005).

El hecho de haber encontrado una calidad de sueño moderada, tiene sentido, tomando en cuenta que la muestra estuvo compuesta en su mayoría, por individuos que no presentan ninguna enfermedad crónica, por lo que en general, es una población sana.

Por otra parte, Báez, Flores, González y Horrisberger (2005) a pesar de estudiar una muestra de estudiantes universitarios sin trastornos médicos ni psicológicos graves y con un nivel de funcionamiento normal, encontraron que la mayoría fue calificada con una baja calidad de sueño, en función de la puntuación global. Los resultados encontrados en este estudio son explicados por los autores en función de las situaciones particulares que atraviesan los estudiantes que afectan su calidad de sueño, como las evaluaciones y distintas obligaciones académicas. Por lo cual otro posible factor de peso es la ocupación de los evaluados.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, los individuos evaluados se caracterizaron por emplear de manera predominante, estrategias de afrontamiento de afrontamiento activo, búsqueda de apoyo e información y hacerse responsable; y en forma moderada, emplean las estrategias de evasión y conformismo, reevaluación cognitiva y solución fantástica. Por lo tanto, estos individuos manifestaron emplear mayormente estilos de afrontamiento centrados en el problema, en comparación con los estilos centrados en la emoción.

Sapene y Tomasino (2001) afirman que las estrategias de afrontamiento de tipo comportamental tienden a utilizarse en aquellas situaciones que son percibidas por los individuos como más controlables, mientras que las estrategias centradas en las emociones tienden a emplearse en situaciones percibidas como menos controlables, lo cual según Lazarus y Folkman (1986), resulta adaptativo, debido a que en aquellas situaciones en las que no se pueden generar cambios, las estrategias enfocadas en la emoción ofrecen un mejor afrontamiento, mientras que los esfuerzos por resolver los problemas de forma racional pueden ser contraproducentes. De esta manera, el hecho de que la mayoría de los pacientes que conforman la muestra no padecen malestares o enfermedades graves, que se encuentran fuera del control de los individuos, explica en parte, los resultados de que la mayoría de estas personas emplean mayormente estrategias comportamentales ante situaciones de estrés,

Otra característica de la muestra que puede dar razón del uso más frecuente de estrategias comportamentales, es que la muestra estudiada está compuesta mayoritariamente por personas adultas jóvenes ( $M=37$ ), las cuales tienden a usar en mayor medida este estilo de afrontamiento ante el estrés. Adicionalmente, la muestra la constituyen personas que en su mayoría asisten voluntariamente a un centro de salud, lo cual es en sí, una estrategia de tipo comportamental, por lo que los encuestados probablemente tienden a emplear estrategias de tipo más activo como solución a sus problemas en diversas situaciones.

En cuanto a la perspectiva de tiempo, las personas que asistieron al Centro de Salud, se caracterizaron por estar orientadas hacia el futuro y hacia el pasado positivo. La orientación a futuro implica que tienden a ser individuos prudentes, consistentes en sus ideas, que consideran las consecuencias futuras, orientados hacia las recompensas, que utilizan la planificación para el logro de metas futuras y tienen poco

interés por la novedad. Al estar orientados hacia el pasado positivo, tienden a recordar situaciones previas análogas a una actual con una afectividad positiva y nostálgica.

El hecho de que hayan sido estas dos perspectivas las preponderantes, puede estar explicado por lo que propusieron Fingerman y Perlmutter (1995) en su estudio, en el cual encontraron que los individuos tienden a pensar más en eventos futuros cuando el pasado se asocia con eventos positivos, sugiriendo que la perspectiva de tiempo futuro tiene relación positiva con la satisfacción en la vida, por lo cual los autores concluyeron que la orientación a futuro depende de qué tan satisfactoria ha sido la vida de las personas en el pasado y qué tanto control creen tener sobre su futuro. En esta investigación se corroboró que estas dos orientaciones se asocian positivamente.

Por otra parte, los individuos de la muestra no se identificaron con el presente hedonista, lo que indica que la muestra estuvo conformada por personas que no tienden a estar inclinados hacia el placer, el disfrute y la excitación, ni tienden a vivir la vida con impulsividad. Asimismo, no se identificaron con las perspectivas de tiempo pasado negativo y presente fatalista. Esto quiere decir que no poseen una visión pesimista, negativa o aversiva hacia el pasado, ni tampoco una visión desesperanzada de la vida ni del futuro que los llevaría a pensar que el destino está predestinado y no está influido por las propias acciones. Esto resulta coherente con lo expuesto acerca de las dimensiones de la perspectiva de tiempo que caracterizaron a la muestra estudiada, y refuerza la idea de una posición positiva hacia la vida en estos pacientes.

Ahora bien, al considerar las relaciones propuestas en el diagrama de ruta, con respecto a la calidad de sueño, se observó que las personas con mayor edad tienden a tener una peor calidad de sueño que las personas jóvenes. De esta manera, la hipótesis planteada fue confirmada. Este resultado concuerda con los de estudios previos (Osuna, 2000 cp. Castrillo, 2002; Vitiello, 1997), en los cuales se ha encontrado que a medida que aumenta la edad de una persona, la calidad del sueño disminuye y aumentan las quejas de insomnio. No obstante, Angelucci (2001) encontró que una menor edad se asocia con mayor cansancio y trastornos de sueño, mientras que Báez y cols. (2005) no encontraron diferencias significativas. Esta contrariedad con respecto a la edad, puede deberse a las diferencias de la muestra utilizadas por estos autores, la que en el caso de Angelucci (2001) comprendió un rango de edad menor (20 a 60 años) que el incluido en la presente investigación (13 a 94 años); y en

el caso de Báez y cols. (2005), la muestra estaba constituida por estudiantes universitarios en edades comprendidas entre los 16 y 27 años, por lo que era una muestra con poca variabilidad en cuanto a la edad, como para hallar diferencias en la calidad de sueño.

Suponiendo que un incremento de la edad aumenta los posibles disturbios del sueño, el hallazgo de que una mayor edad predice una menor calidad de sueño, puede explicarse por el hecho de que en el envejecimiento se manifiestan cambios fisiológicos en los patrones de sueño, que ocasionan cambios en las características del dormir, como el tiempo y la calidad del mismo. Igualmente, a medida que las personas envejecen tienden a experimentar problemas de salud persistentes, donde el sueño suele verse muy afectado (Papalia, 2001).

En cuanto a la mayoría de las dimensiones de la perspectiva de tiempo, no se verificó la hipótesis planteada según la cual se esperaba una relación directa entre las distintas dimensiones y las dificultades en el sueño, ya que las personas que están preocupadas por el tiempo, en general, tienen una mayor probabilidad de reportar problemas de sueño que los sujetos que no están preocupados por éste (Vranesh y cols., 1999).

Sin embargo, es importante destacar que se confirmó la relación planteada con el pasado negativo. Se observó que éste influye sobre la calidad de sueño, presentando las personas con una mayor orientación hacia el pasado negativo una peor calidad de sueño, por lo cual se puede concluir que el hecho de tener una visión pesimista, negativa o aversiva hacia el pasado se relaciona con mayores problemas en el sueño, que ocasionan un detrimento en la calidad del mismo.

Una de las explicaciones de esta asociación puede estar en el hecho de que los pacientes que piensan constantemente sobre sus experiencias pasadas en forma negativa, deseando retomar en el tiempo para cambiar el curso de los hechos, son más proclives a preocupaciones constantes sobre aspectos inalterables, como lo es su pasado (Zimbardo y Boyd, 1999). De este modo, al estar tan preocupados por lo que ya pasó, podrían realizar menores esfuerzos en lo que respecta a los aspectos actuales, realizando menos conductas de autocuidado y mantenimiento de su salud, pudiendo verse afectada la calidad de sueño.

Adicionalmente, las personas con una visión negativa del pasado, tienden a tener preocupaciones que pueden aumentar la latencia del sueño, el uso de medicamentos hipnóticos o interrupciones nocturnas, entre otras.

Asimismo, se obtuvo una tendencia de las personas con una orientación hacia el presente hedonista a presentar una menor calidad de sueño. Esta tendencia se puede adjudicar en parte, al hecho de que los pacientes de la muestra con este tipo de orientación otorgan prioridad a metas emocionales, más en un sentido de disfrute y a corto plazo (Zimbardo y Boyd, 1999), por lo que tienden a dedicar menos tiempo en considerar posibilidades de un futuro, tomando poco en cuenta actividades de cuidado de la salud, entre las que se encuentra, alimentarse adecuadamente, hacer ejercicios físicos, dormir las horas necesarias, entre otras. De la misma forma, tienden a realizar conductas en las cuales no se consideran las consecuencias del daño potencial y el riesgo que conllevan, comprometiendo así su estado salud (Rothspan y Read, 1996; Keough y cols.; 1999; Wills y cols., 2001). En este sentido, se considera relevante para futuras investigaciones, la inclusión de conductas relacionadas con la salud, como posible variable mediadora de la relación entre perspectiva de tiempo y calidad de sueño.

Otra explicación puede estar en el hecho de que el estado de excitación en el que tienden a vivir las personas orientadas hacia el presente hedonista, disminuye su necesidad de dormir e interfiere con la posibilidad de un sueño regular o adecuado, por lo cual pueden adquirir patrones inapropiados de sueño.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento del estrés, se halló una tendencia de las personas que emplean la solución fantástica y reevaluación cognitiva como estrategias de afrontamiento, a presentar una menor calidad de sueño. La estrategia de solución fantástica implica el empleo del pensamiento y soluciones mágicas y fantásticas para resolver los problemas y alejarse de la situación; mientras que la reevaluación cognitiva busca enfocar los problemas de una manera que no se perciban tan amenazantes, y de esta manera, la persona se prepare cognitivamente para afrontarlos (Lazarus y Folkman, 1986).

En diversos estudios se ha mostrado que las estrategias de afrontamiento empleadas tienen efectos diferenciales sobre la salud y el bienestar de los individuos.

Por ejemplo, Sears y cols. (2000) encontraron que el afrontamiento centrado en la emoción se asocia con niveles mayores de depresión, agotamiento emocional, despersonalización y con un menor logro personal, mientras que el afrontamiento centrado en la tarea se relaciona de manera inversa con el nivel de burnout experimentado, el agotamiento emocional y la despersonalización, y de forma positiva con el logro personal. En esta misma línea de investigación, McDonald y Davey (1996) encontraron que las estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción se relacionan con altos niveles de ansiedad. Asimismo, observaron que el uso de estrategias de afrontamiento de tipo emocional estaba asociado a una pobre salud mental y a un ajuste emocional deficiente. Siendo el sueño una dimensión importante dentro de la salud, estos resultados apoyan las relaciones encontradas con las estrategias de afrontamiento.

Específicamente, en relación al sueño, Komada y cols. (2001) investigaron los efectos de factores psicológicos, entre ellos las estrategias de afrontamiento del estrés, sobre el proceso de inicio del sueño, encontrando que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción están asociadas con una mayor dificultad para iniciar el sueño. Por lo tanto, siendo la solución fantástica y la reevaluación cognitiva estrategias centradas en la emoción, esta asociación concuerda con la tendencia encontrada en el presente estudio en donde el uso de estas dos estrategias se relacionó con una peor calidad de sueño.

Por otra parte, en cuanto a la explicación de las estrategias de afrontamiento por la edad, el sexo, la presencia de pareja y la perspectiva de tiempo, se encontró que a nivel general, no se confirmó la hipótesis propuesta, que indicaba que dentro de cada uno de los estilos de afrontamiento, centrados en la emoción y centrados en el problema, las estrategias que los conforman serían influidas de la misma manera por las variables propuestas.

Sin embargo, se observaron relaciones con algunas estrategias de afrontamiento. Con respecto al pasado negativo, se encontró que éste predice un mayor empleo de las estrategias evasión y conformismo, y solución fantástica, lo cual concuerda con la

hipótesis propuesta, siendo ambas, estrategias centradas en la emoción. Según Zimbardo y Boyd (1999), las orientaciones más pesimistas (pasado negativo y presente fatalista) se asocian con la depresión y la ansiedad, por lo que se puede inferir que el mayor uso de la evasión y la solución fantástica, que se encontraron relacionadas al pasado negativo, puede atribuirse en parte, a la necesidad de realizar esfuerzos dirigidos a reducir los sentimientos de depresión y ansiedad que se asocian con esta orientación temporal.

Adicionalmente, la perspectiva de tiempo pasado negativo se asocia negativamente con la autoestima (Zimbardo y Boyd, 1999), por lo tanto, este tipo de orientación podría llevar a la persona que la posea a tener una menor confianza en sus capacidades y recursos para lidiar con las condiciones responsables de la amenaza, por lo que en lugar de hacer esto, utilizan estrategias de tipo más evitativas. Por esta razón, se sugiere el estudio de la relación de la perspectiva de tiempo con variables como la ansiedad, la depresión y la autoestima.

Por último, otra explicación relacionada a este hallazgo puede deberse a la sensación de poco control y frustración a los que puede conllevar una actitud pesimista, negativa o aversiva hacia el pasado, lo que sería congruente con los planteamientos de Sapene y Tomasino (2001), quienes sugieren que el afrontamiento evitativo se emplea más frecuentemente cuando las situaciones son percibidas como menos controlables por el individuo.

Por otra parte, se encontró que el pasado negativo también predice un mayor uso de la estrategia hacerse responsable. En los resultados de Holman y Zimbardo (1999 cp. Zimbardo y Boyd, 1999), esta dimensión temporal se relacionó negativamente con la búsqueda de apoyo e información, por lo cual se esperaba que el pasado negativo estaría relacionado en forma inversa tanto con la búsqueda de apoyo e información, como con hacerse responsable y afrontamiento activo. Este resultado contradice por lo tanto la hipótesis planteada, ya que no se esperaba encontrar relación entre la orientación pasado negativo con ninguna de las estrategias centradas en el problema. Sin embargo, una explicación plausible para esta relación, puede estar en que las personas que se orientan hacia el pasado negativo han tenido experiencias dolorosas que quisieran modificar, lo que puede conducirlos a realizar esfuerzos activos para evitar así revivir las experiencias negativas que recuerdan de su pasado, como el

emplear la estrategia de hacerse responsable, es decir, reconocer el papel que juega la persona en el problema y buscar activamente el control de la situación.

Asimismo, se halló que una mayor orientación hacia el pasado positivo predice un mayor uso de las estrategias hacerse responsable y afrontamiento activo, coincidiendo ambos resultados con la hipótesis planteada. Esto es esperable debido a que el tener un recuerdo positivo de las situaciones pasadas, puede llevar a asumir una actitud más optimista hacia la vida, tanto hacia el presente como hacia el futuro, lo cual permite pensar en maneras posibles para resolver o mejorar las situaciones productoras de estrés, y reducir la amenaza que éste genera, tomando así posturas más activas.

Por otra parte, un mayor uso de la reevaluación cognitiva también fue predicho por el pasado positivo, lo cual no concuerda con la hipótesis según la cual se esperaba una relación negativa de esta orientación con las estrategias centradas en la emoción. No obstante, este resultado podría deberse, en parte, a que el tener un recuerdo positivo del pasado lleva a algunas personas a tener una visión más optimista ante situaciones de estrés, que les permite replantear la situación para no percibirla tan amenazante.

Por lo tanto, se puede concluir que las personas en quienes la influencia dominante viene del pasado (tanto negativo como positivo), haciendo memoria de los costos y beneficios que tuvieron sus decisiones, emplean la estrategia de hacerse responsable ante situaciones de estrés, es decir, reconocen el papel que juega el individuo en su propio problema. Ahora bien, cuando el pasado tiene una connotación más negativa, traumática y aversiva para la persona, predice de igual manera, o bien el uso de la evasión y conformismo, con el fin de minimizar el significado lesivo que puede tener la situación, tomando un estilo más pasivo y conformista; o bien el empleo de soluciones mágicas y fantásticas para resolver el problema y alejarse de la situación, ya que la cualidad negativa de la orientación incluye emociones que pueden ser desagradables para el individuo que pueden manifestarse ante algún estresor, por lo que intenta eliminarlas mediante una vía que actúa directamente disminuyendo estas emociones negativas.

Por su parte, cuando la orientación es hacia el pasado positivo, es decir, que el recuerdo de éste es nostálgico, reflexivo y positivo (Zimbardo y Boyd, 1999), se

encontró que además de las estrategias comportamentales de hacerse responsable y afrontamiento activo, existe un mayor uso de la reevaluación cognitiva. Una explicación posible de esta asociación con el pasado positivo, podría ser que al tener un recuerdo agradable y feliz del pasado, las personas generalizan sus cogniciones y sentimientos de éste hacia el presente, lo cual les permite tener una percepción más optimista que les ayuda, o bien a pensar que tiene sentido enfrentarse a las circunstancias, adaptando una postura más activa para encontrar soluciones a los problemas, o bien replantear la situación en una manera más positiva.

Con respecto al presente hedonista, se observó que este tipo de orientación predice un mayor uso de la estrategia de evasión y conformismo, lo cual confirma lo encontrado en el estudio de Holman y Zimbardo (1999 cp. Zimbardo y Boyd, 1999) en relación con las estrategias de afrontamiento utilizadas para lidiar con el estrés, en donde el presente hedonista se relacionó con la estrategia de evitación. Por lo tanto, el caracterizarse por el disfrute del presente, el placer, la excitabilidad, la impulsividad y la búsqueda de novedad, lleva a este tipo de personas a utilizar la evasión y el conformismo como estrategia para afrontar el estrés, ya que de esta manera, se permiten continuar en su búsqueda de placer, y evitan hacer frente a la situación dolorosa. Además, siendo personas impulsivas, no se toman el tiempo necesario para analizar la situación y encontrar una solución viable con sus propios recursos, sino que escapan al problema.

En lo que respecta al presente fatalista, una mayor orientación hacia esta dimensión se relacionó con un menor uso de las tres estrategias centradas en el problema, afrontamiento activo, búsqueda de apoyo e información y hacerse responsable, lo cual es consistente con lo esperado en esta investigación y con los resultados obtenidos en distintas investigaciones (Epel, Bandura y Zimbardo, 1999 y Holman y Zimbardo, 1999 cp. Zimbardo y Boyd, 1999), en las cuales se encontró que las personas con una perspectiva de tiempo presente tienden a hacer mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en las emociones y un menor uso de estrategias comportamentales. Asimismo, se encontró que las orientaciones más pesimistas, como el presente fatalista, se asocian con el uso de estrategias de afrontamiento de tipo más evitativo.

De lo cual se puede decir que, ya que la orientación hacia el presente fatalista implica la creencia de que el futuro está predestinado y no está influido por las acciones de los individuos, es más probable que las personas con esta orientación tiendan a emplear en menor medida las estrategias centradas en el problema. Además, como se mencionó en el caso del pasado negativo, según Zimbardo y Boyd (1999), el presente fatalista se asocia con la depresión y la ansiedad, lo que conlleva a la necesidad de realizar esfuerzos dirigidos a reducir los sentimientos negativos, aumentando el uso de estrategias de tipo emocional.

Aunque la solución fantástica es una estrategia centrada en la emoción, se encontró, que de igual manera, es empleada en menor grado por las personas orientadas hacia el presente fatalista, lo cual no es acorde a la hipótesis según la cual se esperaba un mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en personas con esta orientación. Una razón de este hallazgo, puede ser que la visión pesimista, desesperanzada y de desatención hacia el futuro y hacia la vida, que caracteriza a las personas con una orientación hacia el presente fatalista, les dificulta la posibilidad de plantear soluciones ante las situaciones estresantes, incluso soluciones mágicas y fantásticas, así como también les impide hacer esfuerzos para modificar las condiciones responsables de la amenaza.

Por su parte, una mayor orientación hacia el futuro se relacionó con un mayor uso de la búsqueda de apoyo e información, lo cual concuerda con la hipótesis planteada. A diferencia de lo que ocurre con el presente fatalista, la persona orientada hacia el futuro, ejerce acciones planificadas, establece tareas y metas, analiza los objetivos deseados frente a la realidad para ver los verdaderos impedimentos o logros potenciales, y hace un balance entre las consecuencias favorables esperadas y los costos estimados de la meta a largo plazo (Zimbardo y Boyd, 1999). Por ello, es más probable que los individuos con una orientación futura utilicen estrategias analíticas por medio de las cuales realizan esfuerzos racionales deliberados para resolver los problemas y para afrontar las circunstancias estresantes.

En síntesis, se encontraron varias relaciones entre la perspectiva de tiempo y estrategias de afrontamiento, por lo cual se puede decir que la orientación temporal juega un papel importante en la predicción del uso de las estrategias de afrontamiento que emplean los individuos ante situaciones estresantes.

Con respecto a la influencia de las variables sociodemográficas, edad y sexo, sobre las estrategias de afrontamiento, se encontraron algunas relaciones.

En cuanto a la variable sexo, en los resultados del estudio realizado por Pimley y Novacek (1987), las diferencias de sexo en las diferentes estrategias de afrontamiento, no fueron pronunciadas, aspecto encontrado en la presente investigación. Un hallazgo que fue llamativo fue la falta de diferencias de sexo en las dos principales estrategias de afrontamiento centradas en el problema (afrontamiento activo y hacerse responsable), lo cual es contrario a lo esperado según el estereotipo social ante el género donde los hombres hacen un mayor uso de afrontamiento centrado en el problema que las mujeres.

En la presente investigación, se encontró que las mujeres tienden a hacer un mayor uso de la solución fantástica. Al parecer, las mujeres tienden a acudir con mayor frecuencia a soluciones externas caracterizadas por componentes mágicos y religiosos, utilizando estrategias por medio de las cuales logran aminorar el malestar producido por los acontecimientos estresantes (Aguilar, 1997).

En cuanto a las diferencias por edad, se observó que una mayor edad predice un mayor uso de las estrategias de evasión y conformismo, solución fantástica y afrontamiento activo. Asimismo, se encontró una tendencia a hacer un mayor uso de la estrategia de hacerse responsable a medida que aumenta la edad.

Estos resultados no son consistentes a los obtenidos por Folkman y cols. (1987), los cuales revelaron diferencias por edad en los estilos de afrontamiento, en el sentido que las personas mayores utilizaron estrategias más pasivas, intrapersonales y centradas en la emoción.

Sin embargo, Lazarus y Folkman (1986) explican que en las situaciones estresantes que viven las personas, es posible el empleo de ambos tipos de estrategias de afrontamiento, tanto las centradas en el problema, como las centradas en la emoción, lo que sugiere que estas agrupaciones no son excluyentes entre sí. Así, las estrategias enfocadas en el problema, como el afrontamiento activo y el hacerse responsable, pueden estar acompañadas de los estilos de afrontamiento centrados en la emoción,

como lo son la evasión y conformismo y la solución fantástica, en muchas de las situaciones estresantes.

En base a esto, una posible explicación del resultado obtenido en cuanto al uso de este tipo de estrategias en personas mayores, es que las personas de mayor edad se diferencian de los más jóvenes principalmente en los años que han vivido, y por ende, en la mayor experiencia que tienen; esta mayor experiencia a su vez, puede hacer que tengan una mayor flexibilidad ante la selección de las estrategias para afrontar la situación, es decir, que pueden adaptar el tipo de estrategia a las diferentes situaciones estresantes, tales como problemas físicos, emocionales y familiares, entre otras.

Con respecto a la relación entre el sexo y perspectiva de tiempo, se pudo conocer que las mujeres se encontraban más orientadas hacia el futuro que los hombres. Este resultado coincide con lo esperado en esta investigación y con lo encontrado por Keough y cols. (1999) y Rodríguez (2004), quienes al examinar los efectos del sexo sobre la perspectiva de tiempo, hallaron que las mujeres reportaron una mayor orientación hacia la perspectiva de tiempo futura, mientras que los hombres revelaron poseer una mayor perspectiva de tiempo presente que las mujeres.

Según Gjesme (1979), lo que se espera es lo contrario, es decir, que los hombres posean una mayor orientación hacia el futuro que las mujeres debido a que suelen ser más alentados a fijarse metas de cara al futuro. Sin embargo, se infiere, de acuerdo a Feldman (2002), que una de las razones para este resultado puede hallarse en el cambio de roles y necesidades de la mujer en las últimas tres décadas, producto de su progresiva inserción en el campo laboral, que le han llevado a establecerse gran variedad de metas y a sobresalir en los tiempos actuales, y de esta forma orientarse más hacia el futuro.

En cuanto a las demás dimensiones temporales, no se encontraron evidencias de su relación con la variable sexo, lo que se encontró fue una tendencia de las mujeres a presentar una mayor orientación hacia el pasado positivo que los hombres, de igual manera que Rodríguez (2004). Esto indica que las mujeres tienden a tener una influencia dominante del pasado, cuyo recuerdo es nostálgico y positivo o reflexivo. Una posible explicación, está en las diferencias culturales entre los hombres y las

mujeres, donde las mujeres se les permite expresar libremente sus sentimientos de nostalgia, mientras que los hombres pueden tener una menor tendencia a pensar y manifestar sentimientos sobre hechos pasados, con el fin de adaptarse a las exigencias del rol masculino establecido por la sociedad, la cual le ha exigido al hombre ser el sustento económico de la familia, llevándolo a pensar menos en el pasado, por tanto a ser más práctico que reflexivo.

Es importante resaltar que los resultados específicos de la presente investigación en lo que respecta a la relación entre sexo con la orientación temporal, sugieren que a pensar de que la mujer tenga tendencias hacia expresar sus emociones de nostalgia sobre el pasado, cada vez más parecen tener demandas que la llevan a reajustar su rol femenino, orientándose más hacia el futuro. Sería interesante realizar estudios para evaluar la manera en que los roles sexuales influyen en el cambio de la orientación temporal de los hombres y de las mujeres.

En relación a la edad y la perspectiva de tiempo, se encontró que hay una tendencia en donde una mayor edad predice una mayor orientación hacia el presente fatalista y hacia el futuro. La mayor orientación al futuro coincide con los resultados de D' Alessio y cols. (2003), ya que estos autores encontraron que los individuos de mayor edad estaban más orientados al futuro, mientras que los más jóvenes resultaron más orientados hacia el presente hedonista. Los autores concluyeron que los individuos tienden a avanzar de la orientación presente cuando son jóvenes, a una orientación más hacia futuro cuando alcanzan una edad madura. Esta tendencia puede explicarse por la mayor estabilidad emocional y pérdida de la impulsividad que ocurre en la edad adulta (Papalia, 2001), así como por el aumento en las responsabilidades que implica esta etapa, como ser buscar la independencia económica, formar una familia y mantener a otras personas, lo cual hace que sea necesaria una orientación hacia el futuro.

Asimismo, en cuanto a la tendencia encontrada entre la edad y la perspectiva de presente fatalista, se puede inferir que las responsabilidades que tiene una persona adulta, pueden implicar a la vez, mayor posibilidad de preocupaciones, frustraciones y estrés, lo que los lleva mantener una visión fatalista del presente. Este resultado concuerda con lo expuesto por, D' Alessio y cols. (2003), los cuales aluden a que

mientras se aumenta la edad, también las personas resultan tener actitudes más fatalistas como sería la orientación de presente fatalista.

Otra posible explicación, podría encontrarse en las características que definen la etapa de la vejez, la cual se caracteriza por un declive de los sistemas corporales y del funcionamiento cognitivo (Chercover, 1993). Además, los ancianos son con frecuencia, estereotipados como inválidos, enfermizos, inútiles, tristes y débiles sin contar que son frecuentemente marginados y discriminados en distintas sociedades (Barak, Hurtado, Loscher, Molina, Salvador, Sananes, Socorro y Villegas, 2003). Todos estos factores pueden hacer que al aumentar la edad, las personas empiecen a ver el presente de una manera pesimista debido al desagrado y a las dificultades que pueden experimentar por encontrarse cada vez más cerca de la vejez, llevándolos a tener una visión desesperanzada y de desatención del futuro.

Estas posible explicaciones de los resultados de la relación entre perspectiva de tiempo y edad, destacan la importancia que podría tener las variables de percepción del envejecimiento y las responsabilidades de la persona, con la perspectiva de tiempo en futuras investigaciones, en el sentido que, la percepción que se tenga de la vejez, influye en la orientación temporal del individuo.

Dados los resultados, el presente estudio permite ver que el modelo propuesto se cumple en parte. Específicamente, se observó que la perspectiva de tiempo pasado negativo y la edad influyen en la calidad de sueño, en el sentido que una mayor orientación hacia el pasado negativo y una mayor edad predicen una peor calidad de sueño. Por su parte, aunque se encontraron relaciones entre las estrategias de afrontamiento, las perspectivas de tiempo y las variables sociodemográficas edad y sexo, ninguna de estas variables funcionó como mediadoras en el modelo.

Al no encontrar la mayoría de las relaciones entre las subdimensiones de perspectiva de tiempo sobre la calidad de sueño que se esperaban, se sugiere que futuros estudios aborden esta relación utilizando un constructo de perspectiva de tiempo más desarrollado, es decir, que utilicen medidas de otras características de esta variable como la densidad, el intervalo de tiempo al que se refiere, la estructuración lógica y el grado de realismo de las metas o eventos concernientes a determinado marco

temporal. Asimismo, se sugiere ampliar la subdimensión futuro, ya que las personas podrían aproximarse al futuro de forma negativa o positiva.

Partiendo de la relación que tienen algunas variables de índole psicosocial sobre el sueño, y considerando los efectos negativos que una pobre calidad de sueño tiene sobre la salud física y mental, y por tanto, sobre el bienestar general de los individuos, investigaciones como ésta son importantes para ayudar a esclarecer el tema de la influencia que tienen las variables psicosociales sobre la calidad de sueño.

Adicionalmente, este estudio se perfila relevante por la consolidación del tema de la perspectiva de tiempo como línea de investigación en Venezuela y por su inclusión en los modelos sobre psicología de la salud, en donde se evidencia su relación con la calidad de sueño y otras variables psicológicas como las estrategias de afrontamiento ante el estrés, además de variables sociodemográficas como la edad y el sexo. De esta manera se sugiere la posibilidad de ampliar el modelo planteado en la presente investigación.

## VI. CONCLUSIONES

En primer lugar se halló que los pacientes que asistieron a consulta al Centro de Salud Santa Inés en los meses de enero a abril de 2005 presentaron una calidad de sueño moderada, Manifestaron emplear de manera predominante estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo e información, hacerse responsable y afrontamiento activo; y en forma moderada, emplearon las estrategias de evasión y conformismo, reevaluación cognitiva y solución fantástica. Por lo tanto, estos individuos manifestaron emplear mayormente estilos de afrontamiento centrados en el problema, en comparación con los estilos centrados en la emoción. En cuanto a la perspectiva de tiempo, las personas que asistieron al Centro de Salud, se caracterizaron por estar orientadas hacia el futuro y hacia el pasado positivo.

Con respecto a las asociaciones planteadas en el modelo de ruta, se encontró que la perspectiva de tiempo pasado negativo es la que más influye la calidad de sueño, seguida por la edad, posteriormente la estrategia de afrontamiento de solución fantástica y por último la de reevaluación cognitiva. En el sentido que orientarse hacia el pasado negativo, tener mayor edad, y al usar de las estrategias de afrontamiento de solución fantástica y reevaluación cognitiva, predice una peor calidad de sueño.

En cuanto a las relaciones entre la perspectiva de tiempo y estrategias de afrontamiento se pudo ver que la orientación hacia el pasado negativo predice un mayor uso de estrategias centradas en la emoción principalmente (evasión y conformismo y solución fantástica), pero también predice un mayor uso la estrategia de hacerse responsable. El pasado positivo, por su parte, predice mayormente el uso de estrategias centradas en el problema, como hacerse responsable y afrontamiento activo, así como el empleo de reevaluación cognitiva. El presente hedonista se relaciona con un mayor uso de evasión y conformismo. El presente fatalista se relaciona con un menor uso de las tres estrategias centradas en el problema y además, un menor uso de la solución fantástica. Por último, la perspectiva de tiempo futuro predice un mayor empleo de la búsqueda de apoyo e información.

En referencia a las relaciones entre la edad y el sexo y las estrategias de afrontamiento, se observaron en cuanto al sexo una tendencia por parte de las mujeres a emplear más la solución fantástica que los hombres. En relación a la edad, se manifestó que una mayor edad predice mayormente el uso de estrategias centradas en la emoción, como evasión y conformismo y solución fantástica, y también un mayor uso del afrontamiento activo. Asimismo, se halló una tendencia a emplear la estrategia de hacerse responsable.

## VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Una de las principales limitaciones radica en que la muestra no fue escogida al azar, por lo que sus resultados no son generalizables a otras poblaciones, salvo que posean características sociodemográficas y de salud similares a las del presente estudio. Por este motivo se sugiere implementar en futuras investigaciones estrategias de muestreo aleatorio y ampliar las características de la muestra para obtener resultados más representativos de la población en cuestión.

Una característica de la muestra empleada, es lo referente al nivel socioeconómico. La mayoría de las personas que conformaron la muestra parecía tener un nivel socioeconómico bajo, lo que se relaciona con niveles educativos, de igual manera bajos. Este efecto se infiere por el hecho de que algunos pacientes encuestados, no entendían adecuadamente las instrucciones, ni las afirmaciones de las escalas de perspectiva de tiempo, lo que pudo haber llevado a responder de manera azarosa e interferir en los resultados posteriores. Por lo que se recomienda ampliar el rango del nivel socioeconómico y otras variables como el nivel académico.

Otro aspecto que afectó las respuestas de los sujetos fue lo largo y complicado de algunas afirmaciones del instrumento.

Otra limitación puede estar en no haber realizado medidas acerca de la extensión de la perspectiva de tiempo futuro o pasado, entre otras características de la perspectiva de tiempo como la densidad, relativas a un intervalo de tiempo, la estructuración lógica y el grado de realismo de las metas o eventos concernientes a determinado marco temporal. Lo que se recomienda para futuras investigaciones es buscar instrumentos que han medurado estos aspectos de la perspectiva de tiempo, validarlos en el país y correlacionarlos con el de Zimbardo y Boyd (1999), a fin de alcanzar un mayor desarrollo del constructo y conocer si sería pertinente la formulación de un nuevo instrumento que incluya las características mencionadas.

Se sugiere también la revisión y ampliación de la escala de futuro del Inventario sobre Perspectiva de Tiempo de Zimbardo bajo la consideración que las personas pueden

aproximarse al futuro de forma negativa, la cual no parece estar contemplado en este instrumento.

En lo que respecta al instrumento de perspectiva de tiempo, es importante mencionar en cuanto a la estructura factorial se observó que los ítems que conformaron los cinco componentes que reveló el análisis, no son completamente congruentes. El factor que se denominó presente fatalista y el factor que se denominó futuro se conformaron por cuatro de ítems de los cuales dos no correspondieron a las categorías temporales respectivas, lo que implica que el instrumento no tiene una fuerte validez de constructo, por lo que los resultados en estos componentes son inexactos. Para esto se recomienda que se haga un análisis psicométrico de la escala en muestras diferentes para futuras investigaciones.

Por último, con lo referente a la medida de estrategias de afrontamiento, se observó que el hecho de que el instrumento que mide esta variable haya sido el último de todos los instrumentos aplicados, influyó en que los sujetos podrían responder más cansados, lo que afecta directamente a los resultados obtenidos en esta variable. Por lo que se recomienda controlar en próximos estudios, lo largo de los instrumentos y el orden de aplicación.

Se recomienda utilizar en investigaciones posteriores relacionadas con la calidad de sueño, la perspectiva de tiempo y las estrategias de afrontamiento, variables como la depresión, la ansiedad, el autoestima, los roles sexuales, las conductas de autocuidado, la percepción que se tiene de la vejez y las responsabilidades de la persona.

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- Aguilar, N. (1997). *Efecto de la prestación de servicios de salud sobre el estrés laboral y las estrategias de afrontamiento de profesionales que proveen dichos servicios*. Trabajo de grado para optar al título de Licenciado en Psicología; Facultad de Humanidades y Educación. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela.
- Andrade, A. y López, A. (2003). *Estilos de afrontamiento, autoestima, ansiedad rasgo-estado, género y calidad de vida en función de la presencia o ausencia de la enfermedad de psoriasis*. Trabajo de grado para optar al título de Licenciado en Psicología; Facultad de Humanidades y Educación. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela.
- Angelucci, L. (2001). *Influencia de las variables sociodemográficas, el apoyo social y locus de control de salud sobre la salud en empleados universitarios*. Trabajo de ascenso; Departamento de Ciencia y Teconología del Comportamiento.. Universidad Simón Bolívar. Sartenejas, Venezuela.
- Báez, G., Flores, N., González, T. y Horrisberger, H. (2005) Calidad de sueño en estudiantes de medicina. *Revista de Postgrado de la Cuarta Cátedra de Medicina*, 141,14-17.
- Barak, M., Hurtado, C., Loscher, M., Molina, K., Salvador, N., Sananes, I., Socorro, D. y Villegas, A. (2003). *Influencia de la edad, el sexo y el nivel socioeconómico del perceptor y la presencia y calidad del contacto con ancianos sobre la asignación de atributos a los ancianos*. Trabajo realizado para la cátedra de Psicología Social. 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

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

- Boniwell, I. y Zimbardo, P. (2004). *Positive psychology in practice*. Nueva Jearsey: Wiley.
- Briones, J. (1998). *Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales*. Tercera edición. México: Trillas.
- Buysse, D., Reynolds III, C., Monk, T., Berman, S. y Kupfer, D. (1989). The Pittsburg sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Review*; 28, 193-213.
- Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assesing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*; 56, 267-283.
- Castrillo, O. (2002). *Evaluación del insomnio dentro de la unidad de cuidados intensivos en pacientes con cardiopatías*. Trabajo de ascenso; Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.
- Chercover, A. (1993). *Vejez, jubilación y mito social*. Revisado en noviembre de 2002 en [www.psicotiempo.com](http://www.psicotiempo.com)
- Código Civil de Venezuela* (1982). Copia de la gaceta oficial 2990.
- Colmenares, R. y Concepción, O. (1998). *Alteración del patrón normal del sueño que presentan las enfermeras que laboran en el turno nocturno del hospital de niño "José Manuel de los Ríos"*. Tesis de grado; Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.
- Culebras, A. (1996). *Clinical handbook of sleep disorders*. Washington: Butterworth-Heinemann

- D'Alessio, M., Guarino, A., De Pascalis, V. y Zimbardo, P. (2003). Testing Zimbardo's Stanford Time Perspective Inventory (STPI)- Short Form: An Italian Study. *Time and Society*, 12, 333-347.
- Diong, S. y Bishop, G. (1999). Anger expresión, coping stylesm and well-being. *Journal of Health Psychology*. 4, 81-96.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (1994). Cuarta edición. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Diccionario terminológico de ciencias médicas*. (1998). España: Masson.
- Epel, E., Bandura, A. y Zimbardo, P. (1999). Escaping homelessness: The influences of self-efficacy and time perspective on coping with homelessness. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 575-596.
- Escuela de Psicología (2002). *Contribuciones a la deontología de la investigación en psicología* (1ra ed.). Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
- Feldman, L. (2002). *Roles sociales, factores psicosociales y salud en mujeres trabajadoras*. Trabajo de Ascenso para optar a la categoría de Titular. Universidad Simón Bolívar, Sartenejas, Venezuela.
- Fernández, J. (1999). Las estrategias para afrontar el estrés y la competencia percibida: Influencias sobre la salud. En Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (Eds.) *Emociones y salud*. pp.365-385. Primera edición. Barcelona: Ariel.
- Fernández-Abascal, E. (1999). El estrés: aspectos básicos y de intervención. En E. Fernández, y F. Palmero, (Eds.) *Emociones y salud*. pp.365-385. Primera edición. Barcelona: Ariel.
- Fingerman, K., y Perlmutter M. (1995). Future time perspective and life events across adulthood. *Journal of General Psychology*, 122, 95-112.

- Folkman, S., Lazarus, R., Pimley, S. y Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.
- Gjesme, T. (1979). Future time orientation as a function of achievement motives, ability, delay of gratifications, and sex. *The Journal of Psychology*, 101, 173-188.
- Halgin, R. y Whitbourne, S. (2003). *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos* (4ta ed.). México D.F.: McGraw Hill.
- Hartmann, E. (1989). Trastornos del sueño. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona:Editores Kaplan.
- Hohagen, F., Kappler, C., Schramm, E., Rink, K., Weyerer, S., Riemann, D. y Berger, M. (1994). Prevalence of insomnia in elderly general practice attenders and the current treatment modalities. *Acta Psychiatrica Scand*; 90, 102-108.
- Jenkins, D., Stanton, B., Niemcryk, S. y Rose, R. (1988). A Scale for the estimation of sleep problems in clinical research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41, 313-321.
- Keough, K., Zimbardo, P. y Boyd, J. (1999). Who's smoking, drinking, and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21, 149-164.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales* (4ta. ed.). México: McGraw Hill.
- Khoo, S. y Bishop, G. (1997). Stress and optimism: Relationships to coping and well-being. *Psychologia*; 40, 29-40.
- Komada, Y., Yamamoto, Y., Shirakawa, S., Yamakazi, K. (2001). Is the sleep initiating process affected by psychological factors? *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 177-178.

- Kryger, M., Roth, T., Dement, W. (1994). *Principles and practice of sleep medicine*. (2da ed.). Pennsylvania: Saunders.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Llorens, M. (1995). *Relación entre la búsqueda de estimulación, el sexo, los factores de personalidad de Cattell 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.
- Lowe, R., Norman, P. y Bennet, F. (2000). Coping, emotion and perceived health following myocardial infarction: concurrent and predictive association. *British Journal of Health Psychology*, 5, 337-350.
- Mahon, N. (2001). Sleep off stress. *Science World*, 12, 127-133.
- Márquez, H., Madrid, S., Nguyen, T. y Hicks, R. (1999). College students' time perspective and dreams. Trabajo presentado en la Convención anual de la Asociación Occidental de Psicología.
- Mann, T., Kato, P., Fiador, E. y Zimbardo, P. (1999). How to make a pessimist behave like an optimist: future writing, optimism, and health behaviors in cancer survivors and HIV patients. Manuscrito presentado para publicación.
- McDonald, A. y Davey, G. (1996). Psychiatric disorders and psoriasis. *Clinical Psychology Review*, 16, 105-125.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2001). *Desarrollo humano* (8va ed.). Bogotá: McGraw Hill.

- Portuondo, O., Fernandez, C. y Cabrera, P. (2000). Trastornos del sueño en adolescentes; *Revista Cubana Pediatría*, 74, 10-14.
- Royuela, A. y Macías, J. (1995). Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburg. *Vigilia y sueño*; 9, 81-94.
- Rodríguez, P. (2004). *Influencia de la perspectiva de tiempo, la autoeficacia y el sexo sobre el rendimiento académico*. Trabajo de grado para optar a la Maestría en Psicología. Universidad Simón Bolívar. Sertenejas, Venezuela.
- Rosenzweig, M. y Leiman, A. (1992). *Psicología Fisiológica*. (2da ed.). Madrid: McGrawHill.
- Rothspan, S. y Read, S. (1996). Present versus future time perspective and HIV risk among heterosexual college students. *Health Psychology*, 15, 131-134.
- Sancho, E. y Domenech J. (1993). Tratamiento farmacológico de los trastornos del sueño. (2ª ed). *Psicofarmacología aplicada*. Madrid: Organón Española.
- Sapene, A. y Tomassino, A. (2001). *Influencia del afrontamiento, el apoyo social y el género en el desarrollo del burnout en personas que trabajan con niños de la calle e institucionalizados*. Trabajo de grado. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas-Venezuela.
- Sears, S., Urizar, G. y Evans, G. (2000). Examining a stress-coping model of burnout and depresión in extension agents. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (1), 56-62. (Abstract).
- Stone, G., 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.

- Vitiello, M. (1997). Sleep disorders and aging: Understanding the causes. *Journals of Gerontology--Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, 52, 189-191.
- Vivas, E. y Cañoto, Y. (1994). Estudios epidemiológicos en psicología?; *Comportamiento*, 3, 2-18.
- Vranesh, J., Madrid, G., Bautista J., Ching P., y Hicks, R. (1999). Time perspective and sleep problems. *Perceptual and Motor Skills*; 88, 23-24.
- Wills, T., Sandy, J. y Yaeger, A. (2001). Time perspective and early-onset substance use a model based on stress- coping theory. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 118-125.
- Wolman, B. (1984). *Diccionario de ciencias de la conducta*. México: Trillas.
- Worchel, S. y Shebilske, W. (1998). *Psicología fundamentos y aplicaciones*. Madrid: Prentice-Hall
- Zimbardo, P. y Boyd, J. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1271-1288.

**ANEXO A**  
**ESCALA DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURG (PSQI)**

Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted pareja con la cual vive actualmente? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Presenta alguna enfermedad crónica (como diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer u otros)?  
Si \_\_\_ No \_\_\_ Especifique cuál(es): \_\_\_\_\_

Servicio al que acude para consulta: \_\_\_\_\_

### Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI)

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido usted normalmente durante el último mes. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Conteste todas las preguntas.

1. Durante el último mes. ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?  
Hora habitual de acostarse \_\_\_\_\_
2. Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes?  
Apunte el tiempo en minutos \_\_\_\_\_
3. Durante el último mes. ¿A qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?  
Hora habitual de levantarse \_\_\_\_\_
4. Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (el tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en cama).  
Horas que crea haber dormido \_\_\_\_\_

Para cada una de las siguientes preguntas elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Conteste a todas las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de?
  - a. No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

Ninguna vez en el último mes ___	Menos de una vez a la semana ___	Una o dos veces a la semana ___	Tres o más veces a la semana ___
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------
  - b. Despertarse durante la noche o de madrugada

Ninguna vez en el último mes ___	Menos de una vez a la semana ___	Una o dos veces a la semana ___	Tres o más veces a la semana ___
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------
  - c. Tener que levantarse para ir al baño

Ninguna vez en el último mes ___	Menos de una vez a la semana ___	Una o dos veces a la semana ___	Tres o más veces a la semana ___
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------
  - d. No poder respirar bien

Ninguna vez en el último mes ___	Menos de una vez a la semana ___	Una o dos veces a la semana ___	Tres o más veces a la semana ___
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------
  - e. Toser o roncar ruidosamente

Ninguna vez en el último mes ___	Menos de una vez a la semana ___	Una o dos veces a la semana ___	Tres o más veces a la semana ___
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

- f. Sentir frío  
 Ninguna vez en el último mes \_\_\_\_ Menos de una vez a la semana \_\_\_\_ Una o dos veces a la semana \_\_\_\_ Tres o más veces a la semana \_\_\_\_
- g. Sentir demasiado calor  
 Ninguna vez en el último mes \_\_\_\_ Menos de una vez a la semana \_\_\_\_ Una o dos veces a la semana \_\_\_\_ Tres o más veces a la semana \_\_\_\_
- h. Tener pesadilla o “malos sueños”  
 Ninguna vez en el último mes \_\_\_\_ Menos de una vez a la semana \_\_\_\_ Una o dos veces a la semana \_\_\_\_ Tres o más veces a la semana \_\_\_\_
- i. Sufrir dolores  
 Ninguna vez en el último mes \_\_\_\_ Menos de una vez a la semana \_\_\_\_ Una o dos veces a la semana \_\_\_\_ Tres o más veces a la semana \_\_\_\_
- j. Otras razones (describalas a continuación): \_\_\_\_\_
- 

¿Qué tan seguido, durante el último mes, ha tenido problemas para dormir a causa de esto?

Ninguna vez en el último mes \_\_\_\_ Menos de una vez a la semana \_\_\_\_ Una o dos veces a la semana \_\_\_\_ Tres o más veces a la semana \_\_\_\_

6. Durante el último mes, ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su sueño?  
 Bastante buena \_\_\_\_  
 Buena \_\_\_\_  
 Mala \_\_\_\_  
 Bastante mala \_\_\_\_
7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?  
 Ninguna vez en el último mes \_\_\_\_ Menos de una vez a la semana \_\_\_\_ Una o dos veces a la semana \_\_\_\_ Tres o más veces a la semana \_\_\_\_
8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras manejaba, comía o desarrollaba alguna otra actividad?  
 Ninguna vez en el último mes \_\_\_\_ Menos de una vez a la semana \_\_\_\_ Una o dos veces a la semana \_\_\_\_ Tres o más veces a la semana \_\_\_\_
9. Durante el último mes, ¿ha presentado para usted mucho problema el “tener ánimos” para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?  
 Ningún problema \_\_\_\_  
 Sólo un leve problema \_\_\_\_  
 Un problema \_\_\_\_  
 Un grave problema \_\_\_\_

**ANEXO B**  
**ESCALA DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS (WOC)**

## 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.	Confíé 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 C**  
**ESCALA DE PERSPECTIVA DE TIEMPO (ZPTI)**

El presente instrumento fue realizado con fines de investigación y explora tu opinión sobre diferentes afirmaciones referidas al tiempo. Tus respuestas se utilizarán en forma confidencial y los resultados serán reportados de forma general, sin referencia a datos individuales.

Esperamos tu colaboración contestando las preguntas con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas o incorrectas. Se te agradece que leas cada uno de los ítems con detenimiento, marcando con una equis (x) cuán característico de tu persona cada uno de los enunciados que a continuación se te presentan, de acuerdo a la siguiente escala:

1. Muy poco característico.
2. Poco característico.
3. Neutral.
4. Característico.
5. Muy característico.

	1	2	3
1. Creo que reunirse con los amigos en una fiesta es uno de los placeres más importantes de la vida.			
2. Frecuentemente paisajes, sonidos y olores familiares de la infancia traen a mi memoria un mundo de recuerdos maravillosos.			
3. El destino determina muchos aspectos de mi vida.			
4. Pienso frecuentemente en lo que pude haber hecho de manera diferente en mi vida.			
5. Mis decisiones son influenciadas mayormente por la gente y las cosas que me rodean.			
6. Pienso que una persona debería planificar su día cada mañana.			
7. Me da placer pensar sobre mi pasado.			
8. Hago las cosas impulsivamente.			
9. No me preocupo, si no termino las cosas a tiempo.			
10. Cuando quiero lograr algo, establezco metas y considero los medios específicos para obtenerlo.			
11. Hay más cosas buenas que malas al recordar mi pasado.			
12. Frecuentemente, pierdo la noción del tiempo cuando escucho mi música favorita.			
13. Cumplir con mis compromisos y trabajos pendientes está primero que divertirme esta noche.			
14. Como lo que va a ser será, entonces no importa lo que haga en realidad.			
15. Disfruto las historias acerca de cómo eran las cosas en "los buenos tiempos".			
16. Vivo recordando experiencias dolorosas de mi pasado.			
17. Trato de vivir cada día de mi vida intensamente.			
18. Me molesta llegar tarde a mis citas.			
19. Si pudiera, viviría cada día de mi vida como si fuera el último.			
20. Recuerdo frecuentemente momentos felices.			
21. Cumplimiento puntualmente las obligaciones que tengo con mis amigos y mis superiores.			

1. Muy poco característico.
2. Poco característico.
3. Neutral.
4. Característico.
5. Muy característico.

	1	2	3	4
22. He sufrido por el abuso y el rechazo en el pasado.				
23. Tomo decisiones en el momento.				
24. Prefiero tomar cada día como viene, en vez de planificarlo de antemano.				
25. El pasado tiene demasiados recuerdos desagradables en los cuales prefiero no pensar.				
26. Es importante darle entusiasmo a mi vida.				
27. He cometido errores en el pasado que desearía poder deshacer.				
28. Siento que es más importante disfrutar lo que se hace, que realizar el trabajo a tiempo.				
29. Siento nostalgia de mi niñez.				
30. Antes de tomar una decisión calculo los costos frente a los beneficios.				
31. Pienso que tomar riesgos evita que mi vida sea aburrida.				
32. Para mí, es más importante disfrutar de la jornada de cada día que concentrarme sólo en una meta o destino final.				
33. Rara vez las cosas se me dan como las espero.				
34. Me es difícil olvidar imágenes desagradables de mi juventud/infancia.				
35. No disfruto de mis actividades a plenitud si tengo que pensar en metas, resultados y productos.				
36. Aún cuando estoy disfrutando el presente, vuelvo al pasado para comparar experiencias similares.				
37. Realmente no puedo planificar el futuro porque las cosas cambian mucho.				
38. El trayecto de mi vida está controlado por fuerzas que no puedo cambiar.				
39. No tiene sentido que me preocupe por el futuro, ya que no hay nada que pueda hacer al respecto.				
40. Culmino mis proyectos a tiempo haciendo progresos constantes.				
41. Me molesta cuando mi familia se pone a hablar de cómo eran las cosas en el pasado.				
42. Tomo riesgos para hacer mi vida más excitante.				
43. Hago listas de las cosas que tengo que hacer.				
44. Le hago más caso a mi corazón que a mi cabeza.				
45. Puedo resistir tentaciones cuando sé que hay cosas pendientes por hacer.				
46. Me absorbe la excitación del momento.				
47. Hoy la vida es demasiado complicada, preferiría la vida simple del pasado.				
48. Prefiero los amigos que son espontáneos, en lugar de los predecibles.				
49. Me encantan los ritos y tradiciones familiares que se repiten con regularidad.				
50. Pienso en las cosas malas que me han ocurrido en el pasado.				
51. Me mantengo trabajando en asuntos difíciles y poco interesantes, si ellos me ayudan a salir adelante.				

1. Muy poco característico.
2. Poco característico.
3. Neutral.
4. Característico.
5. Muy característico.

	1	2	3	4
52. Gastar lo que gano en placeres es mejor que ahorrar para garantizar una seguridad en el mañana.				
53. A veces la suerte paga mejor que el trabajo duro.				
54. Pienso acerca de las cosas buenas que he perdido en mi vida.				
55. Me gusta que mis relaciones cercanas sean apasionadas.				
56. Siempre habrá tiempo para ponerme al día en mi trabajo.				

**ANEXO D**

**PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURG (PSQI)**

Componente 1: Calidad subjetiva de sueño

Se examina la pregunta #6 y se asigna el puntaje de esta manera:

Respuesta	Puntaje
Bastante buena	0
Buena	1
Mala	2
Bastante mala	3

Puntaje Componente 1: \_\_\_\_

Componente 2: Latencia de sueño

1. Se examina la pregunta #2, se asigna la siguiente puntuación:

Respuesta	Puntaje
15 min	0
16-30 min	1
31-60 min	2
> 60 min	3

Puntaje de la pregunta 2: \_\_\_\_

2. Se examina la pregunta #5a, y se asigna la siguiente puntuación:

Respuesta	Puntaje
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez en la última semana	1
Una o dos veces en la semana	2
Tres o más veces en la semana	3

Puntaje de la pregunta #5a: \_\_\_\_

3. Se suma el puntaje de la #2 y #5a

4. Se asigna una puntuación al componente 2 de la siguiente manera:

Sum de #2 y #5a	Puntaje
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntaje Componente 2: \_\_\_\_

Componente 3: Duración de sueño

Se examina la pregunta #4, y se asigna el puntaje de la siguiente manera:

Respuesta	Puntaje
>7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
<5 horas	3

Puntaje Componente 3: \_\_\_\_

Componente 4: Eficiencia de sueño habitual

1. Escriba el número de horas que duerme (respuesta a la pregunta #4): \_\_\_\_

2. Calcule el número de horas que estuvo en la cama:

    Hora que se despierta (respuesta a la respuesta #3): \_\_\_\_

    Menos: Hora que se duerme (respuesta a la pregunta #1): \_\_\_\_

    Igual: Número de horas que se estuvo en la cama: \_\_\_\_

3. Se calcula la eficiencia de sueño habitual de la siguiente manera:

(Número de horas que duerme/número de horas que se pasa en la cama) X 100= Eficiencia de sueño habitual (%)

4. Se asigna el puntaje del componente 4 así:

Eficiencia de sueño habitual (%)	Puntaje
>85%	0
75-84%	1
65-74%	2
< 65%	3

Puntaje Componente 4: \_\_\_\_

Componente 5: Perturbación del sueño

1. Examine las preguntas #5b-5j, y asigne puntajes a cada una de la siguiente manera:

Respuesta	Puntaje
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez en la última semana	1
Una o dos veces en la semana	2
Tres o más veces en la semana	3

2. Se suman los puntajes de las preguntas #5b-5j

3. Se asigna el puntaje del componente 5 así:

Sumatoria de #5b-5j	Puntaje
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Puntaje Componente 5: \_\_\_\_

Componente 6: Uso de medicación para dormir

Se examina la pregunta #7 y se asigna el puntaje de la siguiente manera:

Respuesta	Puntaje
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez en la última semana	1
Una o dos veces en la semana	2
Tres o más veces en la semana	3

Puntaje Componente 6: \_\_\_\_

Componente 7: Disfunción diurna

1. Se examina la pregunta #8 y se asigna el puntaje de la siguiente manera:

Respuesta	Puntaje
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez en la última semana	1
Una o dos veces en la semana	2
Tres o más veces en la semana	3

Puntaje a la pregunta 8: \_\_\_\_

2. Se examina la pregunta #9 y se asigna el puntaje de la siguiente manera:

Respuesta	Puntaje
Ningún problema	0
Sólo un leve problema	1
Un problema	2
Un grave problema	3

Puntaje a la pregunta 9: \_\_\_\_

3. Se suman los puntajes de las preguntas #8 y #9

4. Se asigna el puntaje al componente 7 así:

Sumatoria de #8 y #9	Puntaje
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntaje Componente 7: \_\_\_\_

Puntaje global del PSQI:

Se suman los puntajes de los siete componentes, donde un mayor puntaje indica menor calidad de sueño.

**ANEXO E**  
**ESCALA DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS (WOC): CONFIABILIDAD ÍTEM-  
ESCALA**

**ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD - ESCALA ALFA**

		Media	Desviación Estándar	Casos
1.	ITEM1	,4615	,4992	390,0
2.	ITEM2	,7923	,4062	390,0
3.	ITEM3	,7051	,4566	390,0
4.	ITEM4	,4641	,4994	390,0
5.	ITEM5	,8513	,3563	390,0
6.	ITEM6	,8385	,3685	390,0
7.	ITEM7	,5077	,5006	390,0
8.	ITEM8	,6615	,4738	390,0
9.	ITEM9	,8974	,3038	390,0
10.	ITEM10	,7872	,4098	390,0
11.	ITEM11	,4923	,5006	390,0
12.	ITEM12	,7385	,4400	390,0
13.	ITEM13	,8923	,3104	390,0
14.	ITEM14	,8179	,3864	390,0
15.	ITEM15	,9000	,3004	390,0
16.	ITEM16	,8923	,3104	390,0
17.	ITEM17	,8564	,3511	390,0
18.	ITEM18	,8026	,3986	390,0
19.	ITEM19	,7615	,4267	390,0
20.	ITEM20	,7718	,4202	390,0
21.	ITEM21	,6154	,4871	390,0
22.	ITEM22	,6231	,4852	390,0
23.	ITEM23	,6718	,4702	390,0
24.	ITEM24	,5359	,4994	390,0
25.	ITEM25	,8103	,3926	390,0
26.	ITEM26	,5872	,4930	390,0
27.	ITEM27	,7000	,4588	390,0
28.	ITEM28	,5103	,5005	390,0

Estadísticos por ESCALA	Media	Varianza	Desviación Estándar	N° Variables
	19,9462	23,0022	4,7961	28

**Estadísticos para todos los ítems**

	Media de la escala si ítem eliminado	Varianza de la escala si ítem eliminado	Correlación total de ítems corregidos	Alpha si ítem eliminado
ITEM1	19,4846	21,5563	,2582	,8005
ITEM2	19,1538	21,6369	,3177	,7974
ITEM3	19,2410	21,1500	,3914	,7939
ITEM4	19,4821	21,7413	,2172	,8025
ITEM5	19,0949	22,1169	,2263	,8008
ITEM6	19,1077	21,8341	,2998	,7981
ITEM7	19,4385	21,3831	,2956	,7986
ITEM8	19,2846	21,3455	,3271	,7970
ITEM9	19,0487	22,0053	,3174	,7980
ITEM10	19,1590	21,6610	,3075	,7978
ITEM11	19,4538	21,3796	,2964	,7986
ITEM12	19,2077	21,9645	,2047	,8023
ITEM13	19,0538	21,8763	,3546	,7967
ITEM14	19,1282	21,5568	,3613	,7957
ITEM15	19,0462	22,0750	,2965	,7986
ITEM16	19,0538	21,9534	,3275	,7976
ITEM17	19,0897	21,2953	,4887	,7915
ITEM18	19,1436	21,6246	,3288	,7969
ITEM19	19,1846	21,1638	,4219	,7928
ITEM20	19,1744	21,3063	,3917	,7942
ITEM21	19,3308	20,9520	,4065	,7931
ITEM22	19,3231	20,8619	,4297	,7919
ITEM23	19,2744	21,1199	,3844	,7942
ITEM24	19,4103	21,5536	,2587	,8005
ITEM25	19,1359	21,3619	,4095	,7937
ITEM26	19,3590	21,3978	,2985	,7984
ITEM27	19,2462	21,4765	,3092	,7978
ITEM28	19,4359	21,8969	,1825	,8043

Coeficientes de Confiabilidad

N° de casos = 420,0

N° de ítems = 28

Alpha = ,8060

**ANEXO F**  
**ESCALA DE PERSPECTIVA DE TIEMPO (ZPTI): CONFIABILIDAD ÍTEM-  
ESCALA Y ANÁLISIS FACTORIAL**

**ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD - ESCALA ALFA**

		Media	Desviación Estándar	Casos
1.	PREH1	2,9839	1,3215	372,0
2.	PPOS2	3,8118	1,3646	372,0
3.	PT3	2,8925	1,3152	372,0
4.	PNEG4	3,1317	1,3343	372,0
5.	PNEG5	2,1909	1,2476	372,0
6.	FUT6	3,4570	1,3876	372,0
7.	PT7	2,7688	1,3520	372,0
8.	PREH 8	2,5403	1,3220	372,0
9.	PREF9	2,8898	1,5353	372,0
10.	PPOS10	4,2285	1,0115	372,0
11.	PPOS11	3,7312	1,2276	372,0
12.	PNEG12	3,0054	1,4180	372,0
13.	PPOS13	4,0618	1,1811	372,0
14.	PREF14	2,2177	1,2257	372,0
15.	PPOS15	3,6747	1,2260	372,0
16.	PNEG16	2,0484	1,2644	372,0
17.	PPOS17	3,9973	1,0952	372,0
18.	PPOS18	4,0457	1,1750	372,0
19.	PPOS19	3,7930	1,2536	372,0
20.	PPOS20	4,0645	1,0771	372,0
21.	PPOS21	4,1532	1,0387	372,0
22.	PNEG22	2,1855	1,3075	372,0
23.	PPOS23	3,8414	1,0786	372,0
24.	FUT24	3,2742	1,3499	372,0
25.	PNEG25	2,4409	1,3515	372,0
26.	PPOS26	4,2419	,9232	372,0
27.	PNEG27	3,2742	1,3892	372,0
28.	PREH28	3,0054	1,3558	372,0
29.	PNEG29	2,6129	1,3758	372,0
30.	PPOS30	3,6210	1,2193	372,0
31.	PREH31	2,9839	1,2885	372,0
32.	PREH32	3,1505	1,2713	372,0
33.	PNEG33	2,6317	1,2680	372,0
34.	PNEG34	2,2554	1,3802	372,0
35.	PNEG35	2,6613	1,3189	372,0
36.	PNEG36	2,7500	1,4082	372,0
37.	PNEG37	2,7957	1,3241	372,0
38.	PNEG38	2,0860	1,1716	372,0
39.	PREF39	2,1102	1,2765	372,0
40.	PPOS40	3,7930	1,0055	372,0
41.	PREF41	2,5161	1,2556	372,0
42.	PREH42	2,7796	1,3458	372,0
43.	FUT43	3,3065	1,4379	372,0
44.	PREH44	2,9946	1,3814	372,0
45.	PPOS45	3,5376	1,2159	372,0
46.	PREH46	2,6425	1,2540	372,0
47.	PNEG47	2,3548	1,2751	372,0
48.	FUT48	3,4167	1,2334	372,0

		Media	Desviación Estándar	Casos
49.	FUT49	3,2608	1,3254	372,0
50.	PNEG50	2,3011	1,3219	372,0
51.	PNEG51	2,8280	1,3408	372,0
52.	PREH52	2,0618	1,3089	372,0
53.	PREH53	2,2392	1,2522	372,0
54.	PNEG54	2,9140	1,3962	372,0
55.	PREH55	3,6667	1,2005	372,0
56.	PT56	2,9435	1,4423	372,0

Estadísticos por ESCALA	Media	Varianza	Desviación Estándar	N° Variables
	171,1667	534,4034	23,1172	56

### Estadísticos para todos los ítems

	Media de la escala si ítem eliminado	Varianza de la escala si ítem eliminado	Correlación total de ítems corregidos	Alpha si ítem eliminado
PREH1	168,1828	523,9395	,1441	,8433
PPOS2	167,3548	518,2403	,2302	,8416
PT3	168,2742	516,2804	,2743	,8407
PNEG4	168,0349	511,9152	,3430	,8393
PNEG5	168,9758	516,1045	,2954	,8403
FUT6	167,7097	521,6298	,1712	,8429
PT7	168,3978	516,5044	,2615	,8409
PREH8	168,6263	513,0217	,3279	,8396
PREF9	168,2769	520,7183	,1617	,8434
PPOS10	166,9382	528,1390	,1127	,8433
PPOS11	167,4355	523,3462	,1700	,8426
PNEG12	168,1613	503,0575	,4612	,8366
PPOS13	167,1048	523,1615	,1822	,8424
PREF14	168,9489	521,5095	,2035	,8420
PPOS15	167,4919	514,7304	,3266	,8397
PNEG16	169,1183	505,8350	,4742	,8367
PPOS17	167,1694	520,5022	,2542	,8411
PPOS18	167,1210	525,3950	,1416	,8431
PPOS19	167,3737	520,7306	,2115	,8419
PPOS20	167,1022	514,6688	,3801	,8390
PPOS21	167,0134	527,8408	,1149	,8433
PNEG22	168,9812	508,9943	,4017	,8381
PPOS23	167,3253	523,7025	,1932	,8421
FUT24	167,8925	542,4898	-,1576	,8494
PNEG25	168,7258	506,7656	,4242	,8375
PPOS26	166,9247	522,7598	,2556	,8412
PNEG27	167,8925	511,3038	,3369	,8393
PREH28	168,1613	512,9604	,3192	,8397
PNEG29	168,5538	508,8893	,3805	,8384
PPOS30	167,5457	525,4669	,1333	,8433
PREH31	168,1828	514,6188	,3100	,8400
PREH32	168,0161	515,0671	,3071	,8400
PNEG33	168,5349	515,3276	,3034	,8401
PNEG34	168,9113	506,7549	,4143	,8377
PNEG35	168,5054	508,3423	,4090	,8379

PNEG36	168,4167	501,7693	,4858	,8360
PNEG37	168,3710	505,6733	,4530	,8370
PNEG38	169,0806	508,3439	,4673	,8372
PREF39	169,0565	514,4739	,3160	,8398
PPOS40	167,3737	534,6336	-,0267	,8454
PREF41	168,6505	518,7401	,2463	,8412
PREH42	168,3871	513,9144	,3061	,8400
FUT43	167,8602	522,7513	,1458	,8435
PREH44	168,1720	515,9218	,2641	,8409
PPOS45	167,6290	527,3768	,0994	,8439
PREH46	168,5242	511,4091	,3777	,8387
PNEG47	168,8118	507,9106	,4327	,8375
FUT48	167,7500	518,6301	,2537	,8411
FUT49	167,9059	523,1151	,1572	,8430
PNEG50	168,8656	507,9981	,4138	,8378
PNEG51	168,3387	510,1329	,3710	,8387
PREH52	169,1048	523,9539	,1458	,8432
PREH53	168,9274	511,2265	,3816	,8386
PNEG54	168,2527	498,1516	,5504	,8346
PREH55	167,5000	513,5175	,3574	,8391
PT56	168,2231	549,3059	-,2512	,8520

Coefficientes de Confiabilidad

N° de casos = 372,0

N° de ítems = 56

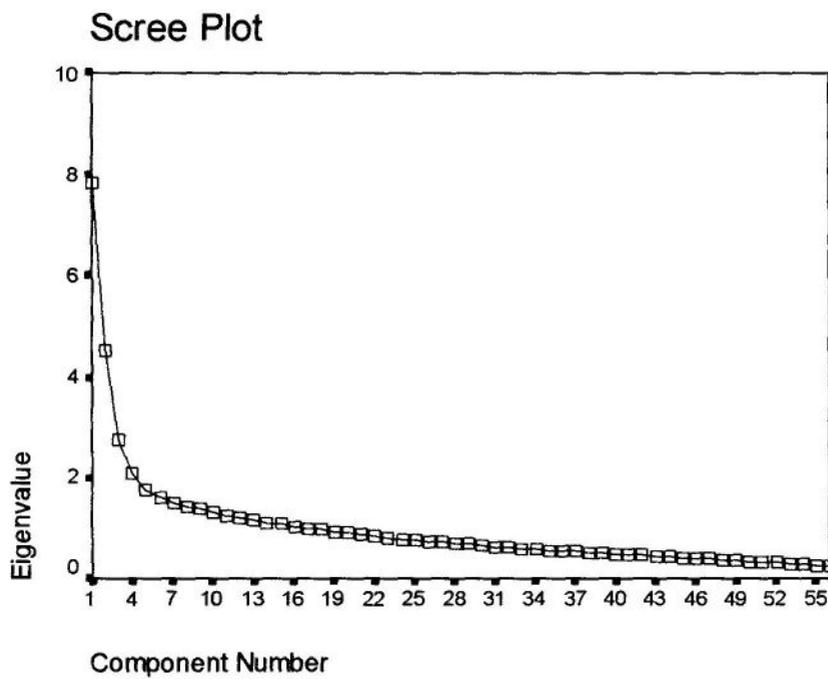
Alpha = ,8431

Varianza Total Explicada

Componente	Eigenvalues Iniciales	% de Varianza	% Acumulado	Rotación	% de Varianza	% Acumulado
	Total			Suma de Cuadrados Cargas		
1	7,815	13,955	13,955	6,140	10,964	10,964
2	4,537	8,101	22,057	4,195	7,491	18,454
3	2,770	4,946	27,003	3,672	6,557	25,012
4	2,108	3,763	30,766	2,701	4,823	29,834
5	1,765	3,151	33,918	2,287	4,083	33,918
6	1,622	2,896	36,814			
7	1,496	2,671	39,484			
8	1,441	2,573	42,057			
9	1,400	2,501	44,558			
10	1,310	2,340	46,898			
11	1,253	2,238	49,136			
12	1,209	2,159	51,295			
13	1,184	2,115	53,410			
14	1,113	1,988	55,398			
15	1,093	1,952	57,350			
16	1,046	1,868	59,218			
17	1,007	1,799	61,017			
18	,992	1,771	62,788			
19	,921	1,644	64,432			
20	,908	1,621	66,053			
21	,874	1,560	67,614			
22	,841	1,503	69,116			
23	,804	1,436	70,552			
24	,789	1,409	71,962			
25	,759	1,355	73,317			
26	,748	1,336	74,652			
27	,723	1,290	75,943			
28	,693	1,238	77,180			
29	,681	1,217	78,397			
30	,663	1,184	79,581			
31	,642	1,147	80,728			
32	,620	1,107	81,835			
33	,587	1,049	82,884			
34	,575	1,026	83,910			
35	,568	1,014	84,924			
36	,553	,987	85,911			
37	,541	,967	86,878			
38	,513	,916	87,794			
39	,507	,905	88,699			
40	,495	,884	89,583			
41	,483	,863	90,446			
42	,460	,821	91,267			
43	,442	,789	92,056			
44	,426	,760	92,816			
45	,404	,722	93,538			
46	,397	,709	94,247			
47	,391	,699	94,946			
48	,384	,685	95,631			
49	,363	,648	96,279			
50	,348	,621	96,900			
51	,318	,568	97,468			

Componente	Eigenvalues Iniciales			Rotación		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Suma de Cuadrados Cargas Total	% de Varianza	% Acumulado
52	,313	,559	98,027			
53	,306	,546	98,574			
54	,282	,503	99,077			
55	,274	,490	99,567			
56	,243	,433	100,000			

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales



Matriz de componentes  
5 componentes extraídos

**ANEXO G**  
**MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES**



**ANEXO H**  
**ANÁLISIS DE REGRESIÓN, ERRORES Y NORMALIDAD DE LAS VARIABLES DEL**  
**MODELO**

## RESULTADOS PARA LA VARIABLE CALIDAD DE SUEÑO

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durban-Watson
,361	,130	,096	3,37	1,954

Predictoras: (Constante), sexo, Reevaluación cognitiva, Pasado negativo, edad, Futuro, Búsqueda de apoyo, Pasado positivo, Presencia de pareja, Afrontamiento activo, Presente fatalista, Presente hedonista, Solución Fantástica, Hacerse responsable, Evasión

### ANOVA

	Suma de los cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	601,243	14	42,946	3,771	,000
Residual	4008,975	352	11,389		
Total	4610,218	366			

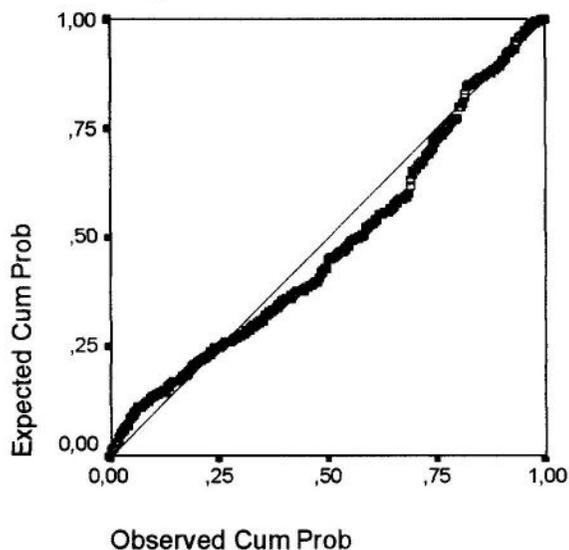
Predictoras: (Constante), sexo, Reevaluación cognitiva, Pasado negativo, edad, Futuro, Búsqueda de apoyo, Pasado positivo, Presencia de pareja, Afrontamiento activo, Presente fatalista, Presente hedonista, Solución Fantástica, Hacerse responsable, Evasión

### Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	2,93	10,90	6,71	1,28	367
Residual	-7,45	10,98	-1,96E-16	3,31	367
Valor predicho estandarizado	-2,946	3,274	,000	1,000	367
Residual estandarizado	-2,207	3,252	,000	,981	367

### Normal P-P Plot of Regression Stanc

Dependent Variable: Puntuacion glob



## RESULTADOS PARA LA VARIABLE AFRONTAMIENTO ACTIVO

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durban-Watson
,254	,065	,047	,7912	1,982

Predictoras: (Constante), sexo, edad, Pasado negativo, Pasado positivo, Futuro, Presente fatalista, Presente hedonista

### ANOVA

	Suma de los cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	15,837	7	2,262	3,615	,001
Residual	229,093	366	,626		
Total	244,930	373			

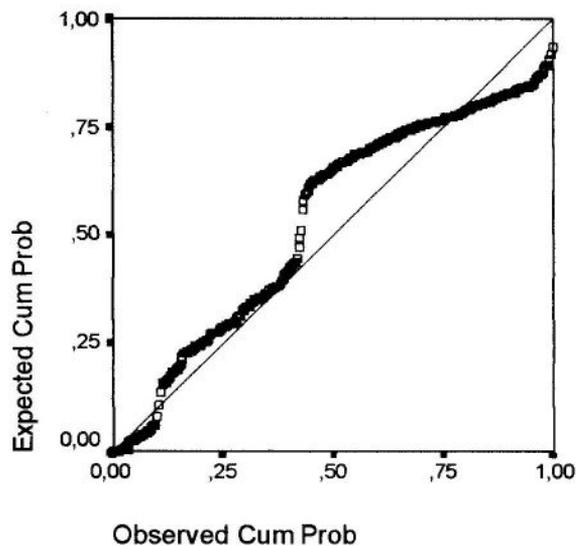
Predictoras: (Constante), sexo, edad, Pasado negativo, Pasado positivo, Futuro, Presente fatalista, Presente hedonista

### Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	2,7883	3,8869	3,4171	,2061	374
Residual	-3,3015	1,1907	5,474E-16	,7837	374
Valor predicho estandarizado	-3,052	2,280	,000	1,000	374
Residual estandarizado	-4,173	1,505	,000	,991	374

### Normal P-P Plot of Regression Stanc

Dependent Variable: AFACTIVO



## RESULTADOS PARA LA VARIABLE BÚSQUEDA DE APOYO

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durban-Watson
,264	,070	,052	1,0608	2,039

Predictoras: (Constante), sexo, edad, Pasado negativo, Pasado positivo, Futuro, Presente fatalista, Presente hedonista

### ANOVA

	Suma de los cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	30,840	7	4,406	3,915	,000
Residual	410,763	365	1,125		
Total	441,603	372			

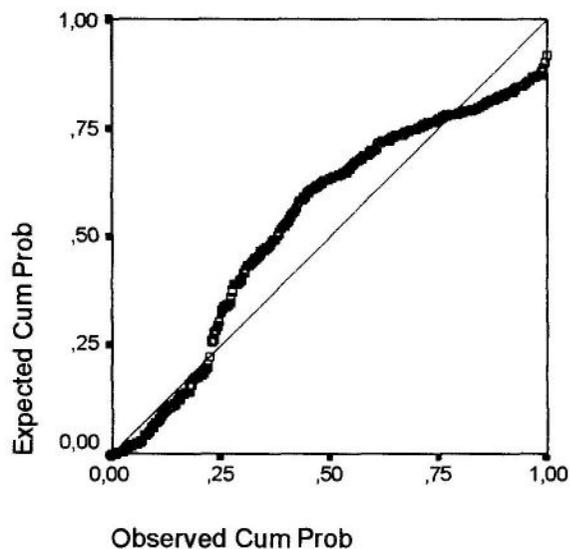
Predictoras: (Constante), sexo, edad, Pasado negativo, Pasado positivo, Futuro, Presente fatalista, Presente hedonista

### Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	3,0135	4,8872	4,1823	,2879	373
Residual	-3,9005	1,4899	-1,2739E-16	1,0508	373
Valor predicho estandarizado	-4,059	2,448	,000	1,000	373
Residual estandarizado	-3,677	1,404	,000	,991	373

### Normal P-P Plot of Regression Stanc

Dependent Variable: BÚSQUEAP



## RESULTADOS PARA LA VARIABLE EVASIÓN Y CONFORMISMO

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durban-Watson
,309	,096	,078	1,5073	1,882

Predictoras: (Constante), sexo, edad, Pasado negativo, Pasado positivo, Futuro, Presente fatalista, Presente hedonista

### ANOVA

	Suma de los cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	86,833	7	12,405	5,460	,000
Residual	822,400	362	2,272		
Total	909,232	369			

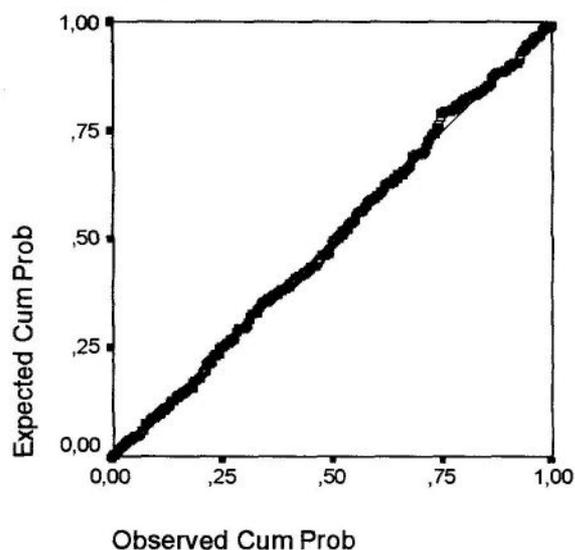
Predictoras: (Constante), sexo, edad, Pasado negativo, Pasado positivo, Futuro, Presente fatalista, Presente hedonista

### Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	1,8843	4,5164	3,0865	,4851	370
Residual	-3,9353	3,6198	4,705E-16	1,4929	370
Valor predicho estandarizado	-2,478	2,948	,000	1,000	370
Residual estandarizado	-2,611	2,402	,000	,990	370

### Normal P-P Plot of Regression Stanc

Dependent Variable: EVASION



## RESULTADOS PARA LA VARIABLE HACERSE RESPONSABLE

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durban-Watson
,250	,062	,044	,8663	2,001

Predictoras: (Constante), sexo, edad, Pasado negativo, Pasado positivo, Futuro, Presente fatalista, Presente hedonista

### ANOVA

	Suma de los cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	18,263	7	2,609	3,477	,001
Residual	274,667	366	,750		
Total	292,930	373			

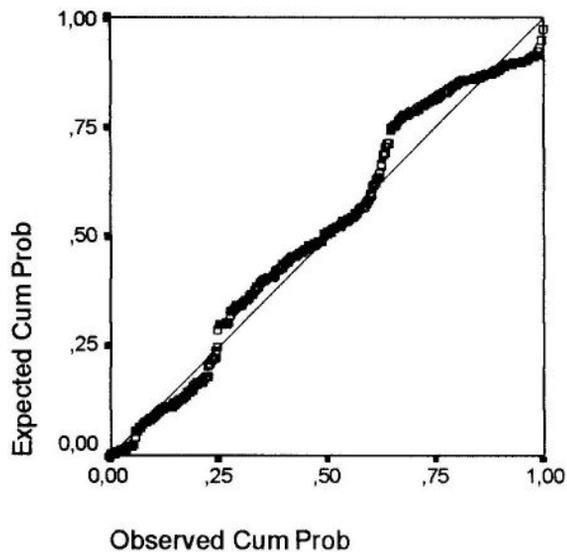
Predictoras: (Constante), sexo, edad, Pasado negativo, Pasado positivo, Futuro, Presente fatalista, Presente hedonista

### Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	1,3365	2,6446	2,0535	,2213	374
Residual	-2,2507	1,6635	-1,0390E-16	,8581	374
Valor predicho estandarizado	-3,240	2,671	,000	1,000	374
Residual estandarizado	-2,598	1,920	,000	,991	374

### Normal P-P Plot of Regression Stanc

Dependent Variable: RESPONSA



## RESULTADOS PARA LA VARIABLE REEVALUACIÓN COGNITIVA

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durban-Watson
,196	,038	,020	1,1404	1,969

Predictoras: (Constante), sexo, edad, Pasado negativo, Pasado positivo, Futuro, Presente fatalista, Presente hedonista

### ANOVA

	Suma de los cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	18,865	7	2,695	2,072	,046
Residual	474,679	365	1,300		
Total	493,544	372			

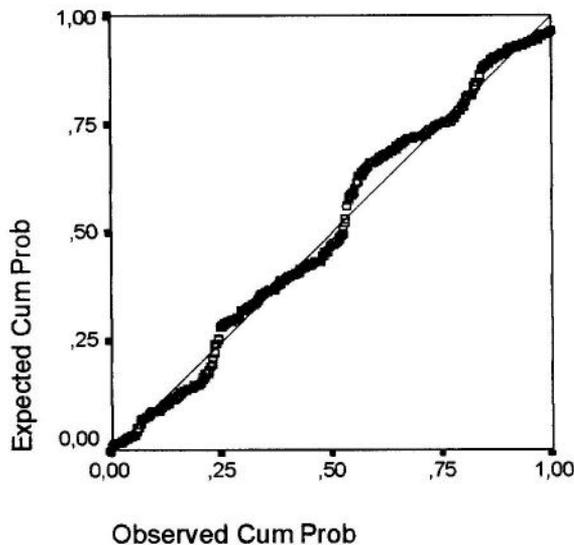
Predictoras: (Constante), sexo, edad, Pasado negativo, Pasado positivo, Futuro, Presente fatalista, Presente hedonista

### Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	1,6077	2,8877	2,3083	,2252	373
Residual	-2,6368	2,0665	-1,2739E-16	1,1296	373
Valor predicho estandarizado	-3,111	2,573	,000	1,000	373
Residual estandarizado	-2,312	1,812	,000	,991	373

### Normal P-P Plot of Regression Stanc

Dependent Variable: REVCOGNI



## RESULTADOS PARA LA VARIABLE SOLUCIÓN FANTÁSTICA

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durban-Watson
,388	,151	,134	1,3800	2,060

Predictoras: (Constante), sexo, edad, Pasado negativo, Pasado positivo, Futuro, Presente fatalista, Presente hedonista

### ANOVA

	Suma de los cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	123,247	7	17,607	9,246	,000
Residual	695,081	365	1,904		
Total	818,327	372			

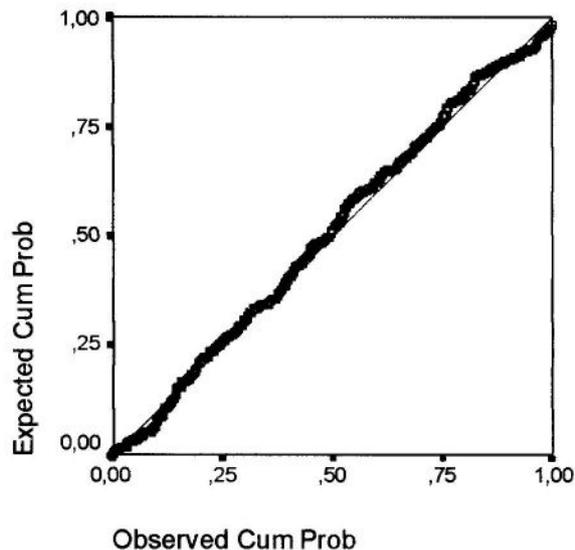
Predictoras: (Constante), sexo, edad, Pasado negativo, Pasado positivo, Futuro, Presente fatalista, Presente hedonista

### Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	1,2917	4,5874	3,1233	,5756	373
Residual	-3,5423	2,8814	-8,6913E-17	1,3669	373
Valor predicho estandarizado	-3,182	2,544	,000	1,000	373
Residual estandarizado	-2,567	2,088	,000	,991	373

### Normal P-P Plot of Regression Stanc

Dependent Variable: SOLUCFAN



## RESULTADOS PARA LA VARIABLE PASADO NEGATIVO

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durban-Watson
,072	,005	,000	13,5361	2,082

Predictoras: (Constante), sexo, edad

### ANOVA

	Suma de los cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	360,876	2	180,438	,985	,374
Residual	70175,445	383	183,226		
Total	70536,321	385			

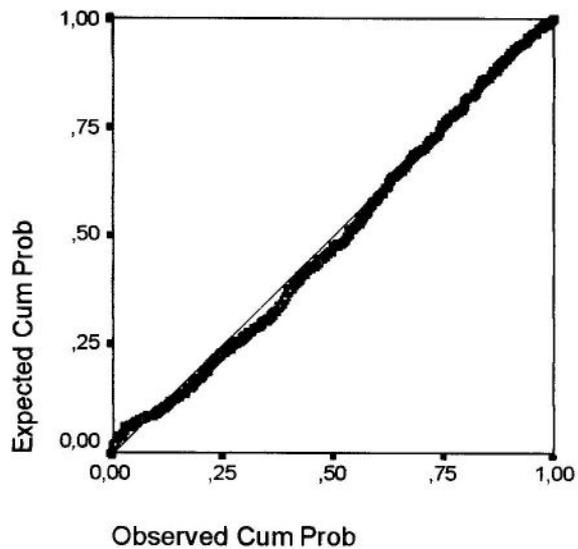
Predictoras: (Constante), sexo, edad

### Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	44,7242	49,5780	46,5751	,9682	386
Residual	-28,1298	38,7643	2,006E-15	13,5009	386
Valor predicho estandarizado	-1,912	3,102	,000	1,000	386
Residual estandarizado	-2,078	2,864	,000	,997	386

## Normal P-P Plot of Regression Stanc

Dependent Variable: PERSTIE1



## RESULTADOS PARA LA VARIABLE PASADO POSITIVO

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durban-Watson
,092	,008	,003	8,2982	1,861

Predictoras: (Constante), sexo, edad

### ANOVA

	Suma de los cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	227,297	2	113,648	1,650	,193
Residual	26855,548	390	68,860		
Total	27082,845	392			

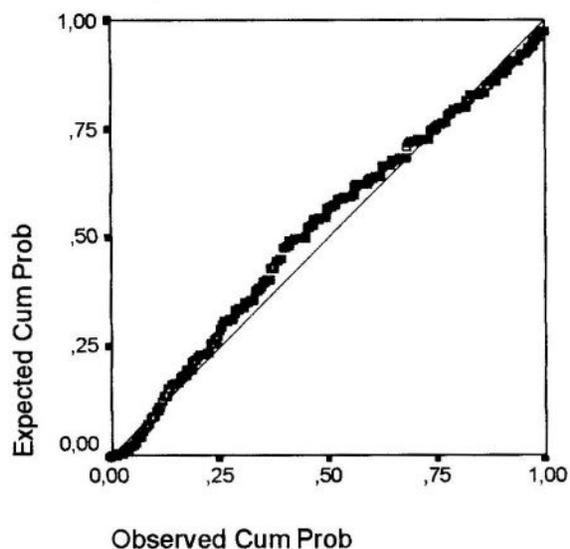
Predictoras: (Constante), sexo, edad

### Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	57,3825	59,2581	58,5598	,7615	393
Residual	-26,4412	15,8748	3,743E-15	8,2770	393
Valor predicho estandarizado	-1,546	,917	,000	1,000	393
Residual estandarizado	-3,186	1,913	,000	,997	393

## Normal P-P Plot of Regression Stanc

Dependent Variable: PERSTIE2



## RESULTADOS PARA LA VARIABLE PRESENTE HEDONISTA

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durban-Watson
,072	,005	,000	7,4129	1,920

Predictoras: (Constante), sexo, edad

### ANOVA

	Suma de los cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	112,160	2	56,080	1,021	,361
Residual	21595,860	393	54,951		
Total	21708,020	395			

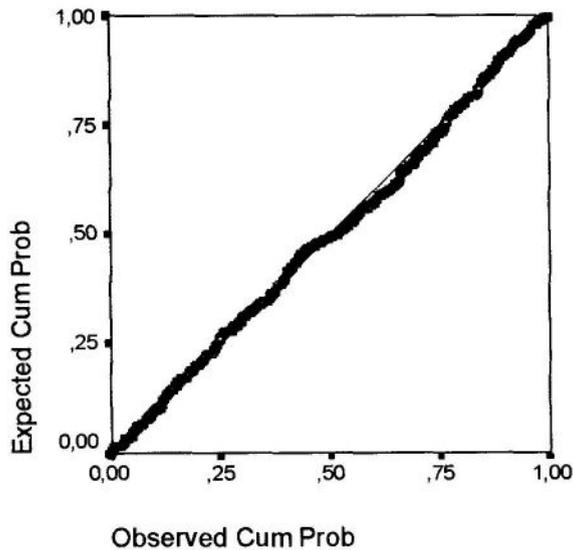
Predictoras: (Constante), sexo, edad

### Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	29,6268	32,1697	31,0707	,5329	396
Residual	-18,8847	20,5066	-1,8302E-15	7,3941	396
Valor predicho estandarizado	-2,710	2,062	,000	1,000	396
Residual estandarizado	-2,548	2,766	,000	,997	396

## Normal P-P Plot of Regression Stanc

Dependent Variable: PERSTIE3



## RESULTADOS PARA LA VARIABLE PRESENTE FATALISTA

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durban-Watson
,095	,009	,004	3,3941	1,859

Predictoras: (Constante), sexo, edad

### ANOVA

	Suma de los cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	40,895	2	20,447	1,775	,171
Residual	4515,789	392	11,520		
Total	4556,684	394			

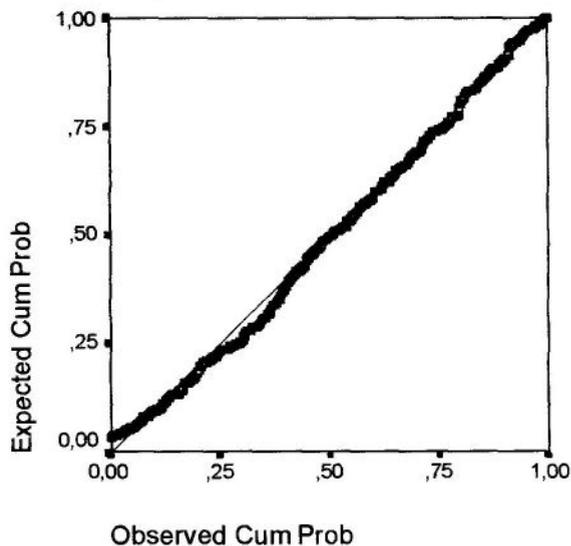
Predictoras: (Constante), sexo, edad

### Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	9,1899	11,0753	9,7468	,3222	395
Residual	-6,1299	10,5593	-4,0474E-16	3,3855	395
Valor predicho estandarizado	-1,729	4,123	,000	1,000	395
Residual estandarizado	-1,806	3,111	,000	,997	395

### Normal P-P Plot of Regression Stanc

Dependent Variable: PERSTIE4



## RESULTADOS PARA LA VARIABLE FUTURO

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durban-Watson
,162	,026	,021	3,9748	1,885

Predictoras: (Constante), sexo, edad

### ANOVA

	Suma de los cuadrados	gl	Media cuadrática	F	P
Regresión	168,545	2	84,272	5,334	,005
Residual	6256,538	396	15,799		
Total	6425,083	398			

Predictoras: (Constante), sexo, edad

### Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor predicho	15,3668	18,1188	16,6917	,6508	399
Residual	-12,2952	8,7611	9,038E-16	3,9648	399
Valor predicho estandarizado	-2,036	2,193	,000	1,000	399
Residual estandarizado	-3,093	2,204	,000	,997	399

### Normal P-P Plot of Regression Stanc

Dependent Variable: PERSTIE5

