

TESIS
PS2005
Nº8

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

Considero que el trabajo que he presentado es una parte de lo que han sido estos años como estudiante de Psicología, representa mis dedicación y trabajo en los que disfrute hasta las últimas consecuencias, por lo que siempre me presente que cada vez faltaba menos y que cada día me iba quedando con el alma en el final de esta etapa de mi vida tan importante. Por ello, deseo dedicar este trabajo a las personas que constituyen pilares fundamentales para mí, a mi familia, a mi ser humano y a mantenerme firme frente a la vida, a la vida que me ha dado la oportunidad de graduarme como Psicólogo.

Mi padre la persona que me ha enseñado a ser perseverante, a luchar y a ganar, quien ha sido el apoyo social, la edad, el sexo y el estado civil que me ha necesitado, quien me ha ayudado a ser la figura principal que me ha dado la oportunidad de una de mis metas más importantes y porque te agradezco mucho.

Mi madre quien ha logrado cambiar momentos y momentos, me ha dado su apoyo, su caricia para lograr las metas que uno se propone.

Mis hermanos quienes me han acompañado, que me han enseñado a ser perseverante.

Impresión Juan José de quien aprendí a ser perseverante y hasta de la psicología, que vive dentro de cada uno de nosotros, que uno puede hacer que la vida sea una aventura, que la vida sea una diversión; y al final me enseñó que la vida es un camino que llevamos por dentro. A todo el "corazón" por enseñarme que la vida es un camino.

hacer un mejor trabajo, que hay que no pararse en el lugar, que hay que saber de todo o lo que más podamos saber, que hay que ser perseverante, importantes, pero siempre con un corazón que siempre me ha enseñado a ser perseverante. Imene mi hermana pequeña pero con un corazón muy grande y admirable y con una sonrisa que ilumina cualquier lugar.

Caracas, Junio de 2005

Trabajo de investigación presentado por:
Andrea Alejandra NÚÑEZ
Y
Danny Daniel SOCORRO

a la
Escuela de Psicología
Como un requisito para obtener el título de
Licenciado en Psicología

Profesora Guía:
Luisa ANGELUCCI

Anexo H. Indicadores de confiabilidad de la Escala de Expresividad Emocional

Anexo I. Indicadores de confiabilidad de la Escala de Ambivalencia Emocional

Anexo J. Matriz de correlaciones entre las variables del estudio

	Pág.
PRESENTACIÓN	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	viii
RESUMEN	ix
I. INTRODUCCIÓN	11
II. MARCO TEÓRICO	13
III. MÉTODO	44
Problema	44
Hipótesis	44
Variables	45
Tipo y diseño de investigación	46
Población y muestra	46
Instrumentos	47
Procedimiento	56
Consideraciones éticas	57
IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	58
V. DISCUSIÓN	82
VI. CONCLUSIONES	96
VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	99
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
IX. ANEXOS	
Anexo A. Cuestionario de Salud General de Golberg	
Anexo B. Escala de Expresividad Emocional	
Anexo C. Cuestionario de la Ambivalencia en la Expresividad Emocional	
Anexo D. Cuestionario de Apoyo Social	
Anexo E. Instrumento Final	
Anexo F. Indicadores de confiabilidad de la escala de Golberg	
Anexo G. Estructura factorial de la escala de Golberg	

Anexo H. Indicadores de confiabilidad de la Escala de Expresividad Emocional
 Anexo I. Indicadores de confiabilidad de la Escala de Ambivalencia Emocional
 Anexo J. Matriz de correlaciones entre las variables del estudio

	Pág.
Figura 1. Continuo salud-enfermedad	11
Figura 2. Diagrama de la interacción de los sistemas en el modelo biopsicosocial	21
Figura 3. Representación del proceso emocional	23
Figura 4. Diagrama de rasgos propuesto	24
Tabla 1. Matriz rotada de la Escala de Salud General de Goldberg	25
Tabla 2. Matriz rotada de la Escala de Expresividad Emocional	26
Tabla 3. Matriz rotada de la Escala de Ambivalencia Emocional	26
Tabla 4. Coeficientes de correlación de las variables implicadas en el modelo	27
Tabla 5. Coeficientes de correlación entre ansiedad e indicadores de salud	27
Tabla 6. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable ansiedad en el modelo	28
Tabla 7. Coeficientes de correlación para depresión grave	28
Tabla 8. Coeficientes de regresión y su significancia para las variables ansiedad y depresión grave	29
Tabla 9. Coeficientes de correlación para depresión moderada	29
Tabla 10. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable depresión moderada	30
Tabla 11. Coeficientes de correlación para depresión leve	30
Tabla 12. Coeficientes de regresión y su significancia para las variables ansiedad y depresión leve	31
Tabla 13. Coeficientes de correlación para depresión leve y ansiedad	31
Tabla 14. Coeficientes de correlación y su significancia para las variables ansiedad y expresión de las emociones	32
Tabla 15. Coeficientes de correlación de regresión libre para las expresiones	32
Tabla 16. Coeficientes de regresión y su significancia para las expresiones de las emociones	33
Tabla 17. Coeficientes de correlación para la ambivalencia en las emociones positivas	33
Tabla 18. Coeficientes de regresión y su significancia para la ambivalencia en las emociones positivas	34

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 19. Coeficientes de correlación para la ambivalencia de emociones negativas	Pág
Figura 1. Continuo salud-enfermedad	16
Figura 2. Diagrama de la interacción de los sistemas en el modelo biopsicosocial	21
Figura 3. Representación del proceso emocional	23
Figura 4. Diagrama de ruta propuesto	44
Tabla 1. Matriz rotada de la Escala de Salud General de Golberg	59
Tabla 2. Matriz rotada de la Escala de Expresividad Emocional	60
Tabla 3. Matriz rotada de la Escala de Ambivalencia Emocional	62
Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las variables implicadas en el modelo	63
Tabla 5. Coeficientes de correlación para ansiedad e insomnio	67
Tabla 6. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable ansiedad e insomnio	68
Tabla 7. Coeficientes de correlación para depresión grave	68
Tabla 8. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable depresión grave	69
Tabla 9. Coeficientes de correlación para disfunción social	70
Tabla 10. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable disfunción social	70
Tabla 11. Coeficientes de correlación para síntomas somáticos	71
Tabla 12. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable síntomas somáticos	71
Tabla 13. Coeficientes de correlación para no evitar la expresión de las emociones	72
Tabla 14. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable no evitar la expresión de las emociones	73
Tabla 15. Coeficientes de correlación para expresión abierta de las emociones	73
Tabla 16. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable expresión abierta de las emociones	74
Tabla 17. Coeficientes de correlación para la ambivalencia en las emociones positivas	75
Tabla 18. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable ambivalencia en las emociones positivas	75

RESUMEN

Tabla 19. Coeficientes de correlación para la ambivalencia de emociones negativas	76
Tabla 20. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable ambivalencia en las emociones negativas	76
Tabla 21. Coeficientes de correlación para el apoyo de amigos y cercanos	77
Tabla 22. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable apoyo de amigos y cercanos	77
Tabla 23. Coeficientes de correlación para el apoyo familiar	78
Tabla 24. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable apoyo familiar	78
Tabla 25. Coeficientes de correlación y su significancia para el apoyo religioso	79
Tabla 26. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable apoyo religioso	79
Figura 5. Diagrama de ruta resultante	81

RESUMEN

Este trabajo forma parte de una línea de investigación que desde hace varios años se ha centrado en el estudio de la emoción como una variable dependiente; en esta oportunidad se brinda la novedad de tenerla como una variable independiente que junto con el apoyo social y un conjunto de variables sociodemográficas (edad, sexo y estado civil) podrían explicar la salud. Se planteó un modelo de ruta para obtener las influencias directas e indirectas de las variables planteadas sobre la salud en una muestra constituida por 463 estudiantes de postgrado, cuyas edades están comprendidas entre 22 y 62. Se administraron cuatro instrumentos: el Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ-28), la Escala de Expresividad Emocional (EES), el Cuestionario de Ambivalencia en la Expresividad Emocional (AEQ) y el Cuestionario de Apoyo Social. Los resultados obtenidos indican que los sujetos evaluados presentaron niveles muy bajos de ansiedad e insomnio, insuficientes indicadores de depresión grave, de disfunción social y de síntomas somáticos. Dentro de los hallazgos más importantes aparece que la salud es afectada por variables sociodemográficas y psicosociales: observándose que ser mujer, presentar ambivalencia emocional, expresar abiertamente las emociones y percibir poco apoyo social está asociado a un peor estado de salud reportado. En cuanto a la expresividad emocional, se encontró que ser mujer, mostrar bajos niveles de conflicto en la expresión de emociones positivas y percibir altos niveles de apoyo social está relacionado con mayor facilidad para expresar las emociones; mientras que ser hombre y percibir poco apoyo social está asociado con importantes conflictos en la expresión de las emociones negativas. Por último, se encontró que ser mujer y ser joven está asociado con la percepción de altos niveles de apoyo social. Todos estos hallazgos destacan el papel de mediador de la emoción y el apoyo social sobre la salud, concebida esta como un constructo multidimensional y multideterminado.

de síntomas y búsqueda de atención médica en el momento de las crisis emocionales y no saludables como estrategias de regulación emocional y en la búsqueda de apoyo social y salud (Barré, 2003).

En esta misma línea, en la Universidad Católica Andrés Bello se ha llevado a cabo una línea de investigación sobre salud, donde se han estudiado psicosociales como el apoyo social, el locus de control, la percepción de control y sociodemográficas como el sexo, nivel socioeconómico, el estado civil, entre otros.

en la que labora el sujeto, antiguo **I. INTRODUCCIÓN** y tipo de carrera (Romáguera y Uzcátegui, 2001; Angelucci, 2001; Pacheco, Suárez y Angelucci, 1998), todo esto por el fin de Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) legitimó la nueva concepción de la salud surgida a partir de la década de los cuarenta, del siglo XX, el estudio de este fenómeno, se ha convertido en el objetivo prioritario de los países desarrollados; además, el camino que se ha seguido para llevar a cabo tal objetivo no ha sido únicamente por la vía del estudio de la dimensión biológica, también se ha incluido el estudio de las dimensiones psicológica y social (Calero, Guerrero y Roglá, 1997), debido a las nuevas condiciones de vida originadas en la época contemporánea, que a su vez, han propiciado la aparición de nuevas enfermedades, tanto de naturaleza crónica como degenerativa (Florez-Alarcón, 2004; Sarafino, 1990/1994).

Este nuevo impulso dio origen al estudio de la salud a partir de un abordaje interdisciplinario, que tomara en cuenta e integrara armónicamente las tres dimensiones antes descritas: biológica, psicológica y social. Dentro de las diferentes disciplinas, en la psicología, después de pasar por distintos modelos, surge oficialmente en 1978 la "Psicología de la Salud" con el objetivo de ocuparse de los factores psicológicos presentes en los fenómenos del continuo salud – enfermedad, además propone un modelo de salud, denominado *biopsicosocial*, en el que los problemas médicos presentan una etiología multifactorial por lo que se hace necesario la búsqueda de soluciones interdisciplinarias; y en el que se hace hincapié en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Calero y cols. 1997).

Dentro de los principales temas estudiados por la psicología de la salud se encuentra el papel de la emoción en el continuo salud – enfermedad, debido a su influencia a través del efecto directo en el funcionamiento fisiológico, en el reconocimiento de síntomas y búsqueda de atención médica, en la involucración en conductas saludables y no saludables como estrategias de regulación emocional, y en la compleja relación entre apoyo social y salud (Barra, 2003).

En esta misma línea, en la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) se ha llevado a cabo una línea de investigación sobre salud, donde se ha evaluado variables psicosociales como, el apoyo social, el locus de control, la depresión; y variables sociodemográficas como el sexo, nivel socio económico, el estado civil, edad, universidad

en la que labora el sujeto, antigüedad en el trabajo y tipo de carrera (Romaguera y Uzcátegui, 2001; Angelucci, 2001; Pacheco, Suárez y Angelucci, 1998); todo esto con el fin de obtener una mejor comprensión de la salud como un fenómeno multideterminado. Sin embargo, no se ha estudiado el efecto que tiene la expresividad emocional y la ambivalencia emocional sobre la salud, variables que en otros contextos han resultado determinantes en el inicio y mantenimiento de la enfermedad (Zakowski y cols. 2003; Bruce y Lando, 2000; Emmons y King, 1988), así como en el incremento de niveles óptimos de la salud (Fredrickson y Tugade, 2003; Fredrickson, 1998).

Por tanto, en el presente estudio se sigue las líneas de investigación en el área, y se propone evaluar, a través de un modelo de ruta, la influencia de la expresividad emocional, la ambivalencia emocional y el apoyo social; y la influencia de variables sociodemográficas (edad, sexo y estado civil) sobre la salud psicológica. Además, por ser éste un abordaje multivariado e interactivo, también se evaluará la influencia que tienen entre sí el conjunto de variables que inciden sobre la salud.

La presente investigación además de tener relevancia teórica cuenta con relevancia práctica, ya que los resultados podrían permitir establecer lineamientos para programas de intervención educativos, terapéuticos, organizacionales; que tomen en cuenta la perspectiva biopsicosocial, para promover el bienestar psicológico de los individuos. Por otro lado, traslada el énfasis de la rehabilitación y el tratamiento de la enfermedad a la prevención y la promoción de la salud.

II. MARCO TEÓRICO

Salud es una palabra de origen latino ("Salus- salutis") que ha sido definida a lo largo de la historia en función del término "enfermedad". Schaefer (1976) así lo reconoce: "la salud sólo puede definirse en relación con la enfermedad y aun aquí sólo de modo que ambos conceptos se excluyan, desde luego, aplicados a un único y mismo individuo" (p. 190). Además, existe algo llamativo, a la hora de definir el término "salud", desde esta perspectiva, sólo se hace en términos negativos, entendida como la ausencia de enfermedad o invalidez (Ballester, 1998). Por tanto, para entender históricamente la evolución del término "salud", hay que adentrarse en la evolución del término "enfermedad".

Según Morales (1999), es en Grecia donde se cimientan las dos grandes concepciones sobre la salud – enfermedad que dominaron más de veinte siglos. La primera fue propuesta por el padre del modelo biomédico, Hipócrates (460-377 a.C.), quien consideró a la enfermedad como una manifestación de la vida del organismo, originada por cambios ocurridos en el sustrato eminentemente biológico, en lugar de fuerzas animistas, tal como lo creía el hombre primitivo. Esta concepción fue sustituida inmediatamente por los planteamientos de Platón (428-374 a.C), quien desde su filosofía idealista además de retomar la concepción prehipocrática, sentó las bases de la enfermedad como producto de una causa divina; dicha concepción de la enfermedad dominó durante muchos siglos, especialmente en la Edad Media.

Con la época del Renacimiento se retomó la concepción de Hipócrates, pero no fue sino hasta el siglo XIX donde la centralidad de lo biológico penetró en todos los ambientes científicos académicos. Es en esta época donde se produjeron notables avances en el estudio del cuerpo, de su anatomía y su fisiología, debido al uso de sofisticados instrumentos, tales como el microscopio, para realizar rigurosas observaciones. En consecuencia, surgió la idea de que muchas enfermedades podían tener causas muy concretas con efectos posiblemente identificados, dando origen de esta manera al esquema materialista unicausal, defendido por el modelo biomédico: causa – efecto – tratamiento (Morales, 1999).

El modelo biomédico al proponer que todas las enfermedades o desórdenes físicos pueden ser explicados como alteraciones en los procesos fisiológicos, debido a lesiones, desbalances bioquímicos, infección bacterial o viral, entre otras; asume que la enfermedad es de naturaleza netamente biológica y por tanto en ésta no existe ninguna conexión con los procesos psicosociales de la mente (Sarafino, 1990/1994). En consecuencia, debido a que la salud se toma como dada y la enfermedad es una desviación de la norma, la meta de la investigación y la práctica es curar la enfermedad y no prevenir la salud.

Tanto el modelo platónico (predominante en la edad media) como el modelo biomédico (predominante en la actualidad, sobre todo en el siglo XIX y primera mitad del siglo XX) tienen en común la concepción de la enfermedad como resultado de la invasión del organismo humano por parte de agentes externos o agentes internos, según sea la postura que se defienda; además, enfatizan la visión dicotómica de que mente y cuerpo constituyen dos entes separados (Martínez-Donate y Rubio, 1999).

A partir de la segunda mitad del siglo XX, se comenzaron a observar cambios en el panorama epidemiológico. Gracias al desarrollo económico y social, ocurrido sobre todo en los países desarrollados, el nivel de vida experimentó un incremento significativo, debido al avance de tratamientos farmacológicos, quirúrgicos, la promoción del higiene personal, la mejora de la nutrición, etc. Por otro lado, en medio de este contexto, comenzaron aparecer condiciones de vida negativas, tales como: estilos de vida inadecuados, consumo de sustancias tóxicas, el estrés, el deterioro ambiental e incluso la inequidad social. También, aparecieron enfermedades diferentes a las antiguas infectocontagiosas, en su lugar se comenzaron a manifestarse enfermedades de naturaleza crónica y degenerativa, tales como el cáncer, enfermedades coronarias, etc. (Sarafino, 1990/1994; Florez-Alarcón, 2004).

Ante este nuevo panorama epidemiológico, Martínez-Donate y Rubio (1999) consideran que al analizar la aparición de las nuevas enfermedades, desde el punto de vista etiológico y evolutivo, se encuentra una fuerte relación con el comportamiento y los estilos de vida de los individuos que conforman las sociedades modernas. En consecuencia, esta nueva realidad lleva a ampliar el ámbito de la salud hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y

humanas Florez-Alarcón (2004). Por tal motivo, la presente investigación estudia el fenómeno salud-enfermedad desde el ámbito psicológico, considerado éste un contexto privilegiado ya que por centrarse en los procesos conductuales y mentales del individuo confluyen en el mismo elementos sociales y biológicos que permiten acercarse al fenómeno de una manera integral.

De acuerdo a los acontecimientos descritos anteriormente y a los cambios que estaban ocurriendo en el saber científico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1947, innova públicamente con la presentación de la salud como un fenómeno más complejo que rompe las barreras de lo individual y de lo puramente biológico, además le da un status propio, en lugar de ser la negación de otro concepto. Dicha organización considera que la salud "es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección".

Esta definición de salud aunque en su momento tuvo un gran impacto en el área profesional y científica, por el avance que suponía el abrirla las puertas a otras ciencias y disciplinas para superar el reduccionismo del modelo biomédico; en tal conceptualización subyacen significativas limitaciones, que Morales (1999) las sintetiza en dos: en primer lugar, el considerado estado de "completo bienestar" aparece descontextualizado; en segundo lugar, la salud aparece descrita como un valor muy general que dificulta una operacionalización para su reconocimiento y promoción.

En esta misma línea, Ballester (1998) considera que existen cuatro limitaciones fundamentales: primero, en la definición propuesta por la OMS, la salud es sinónimo de bienestar, realidad que no siempre es equiparable punto a punto. Segundo, es muy difícil que una persona alcance el completo bienestar, en consecuencia esto parece ser más un deseo que una realidad, por lo que se hablaría más bien de una declaración de principios y objetivos. Tercero, al incorporar la palabra "completo" se hace referencia a una definición estática, cuando en la realidad la salud es un constructo dinámico que se puede dar en grados muy diferentes y en momentos distintos. Quinto, se trata de una definición que sólo hace alusión a criterios puramente objetivos, y no hace referencia al aspecto objetivo de la salud, formulable en términos de capacidad de funcionamiento.

Ante tales limitaciones, Sarafino (1990/1994) propone definir a la salud como “un positivo estado de bienestar físico, mental y social (no simplemente la ausencia de lesiones o enfermedad) que varía a lo largo de un continuo. En el polo del bienestar, la salud es el estado dominante. En el otro extremo del continuo está la enfermedad, la cual envuelve procesos destructivos que guía a los signos característicos, los síntomas y las discapacidades” (p. 4).

En la figura 1 se muestra un modelo consistente con la definición de Sarafino (1990/1994), en donde si se sigue la dirección del centro a la izquierda se observa un deterioro considerable de la salud, mientras que del centro a la derecha se muestra elevados niveles de salud y bienestar. Al mismo tiempo la figura muestra los dos tipos de abordajes característicos en el ámbito de la salud, el modelo de tratamiento, seguido significativamente por el modelo biomédico, que consiste en llevar a la persona, caracterizada por ser pasiva, desde las condiciones de enfermedad en donde se encuentre hasta el punto neutral donde los síntomas de la enfermedad han sido aliviados.

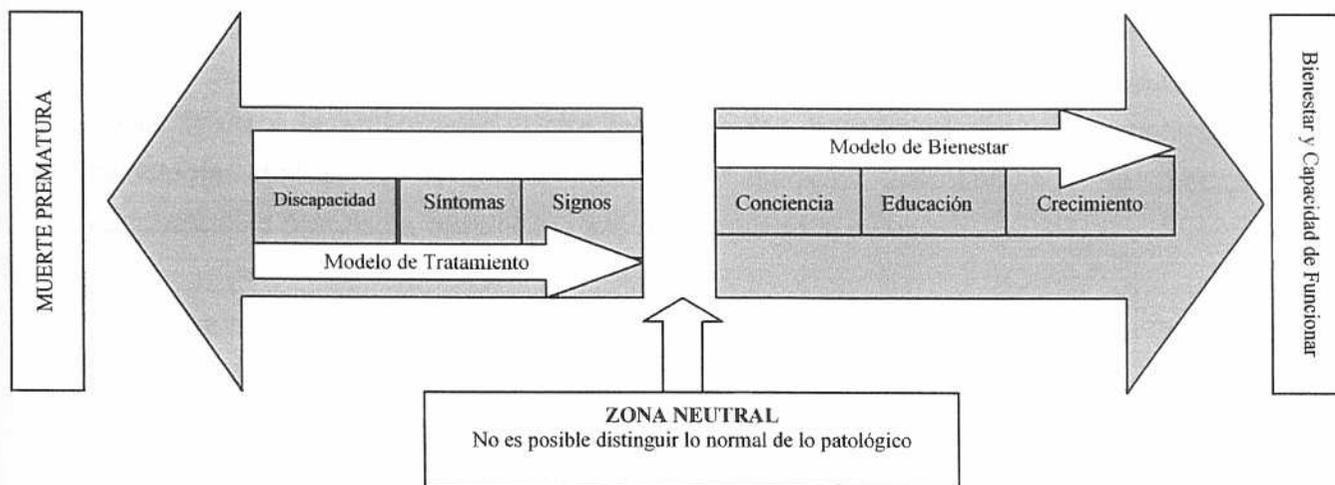


Figura 1. Continuo salud-enfermedad propuesto por Ryan y Travis (1981; cp. Sarafino, 1990/1994) y adaptado en la presente investigación.

Por otro lado, se encuentra el modelo del bienestar, tendencia de muchas disciplinas actualmente, que puede ser utilizado en cualquier punto del continuo, desde

más allá de la zona neutral hasta lo más lejos del lado derecho como sea posible, es decir hasta el mayor grado de salud como sea posible.

Tal y como lo comenta Ballester (1998), esta es una figura aplicable tanto a los individuos como a las comunidades; en el continuo se identifica una zona neutra que permite observar cómo la separación entre la enfermedad y la salud no es absoluta, ya que en muchas ocasiones es muy difícil distinguir entre lo normal y lo patológico. Además se puede observar que en el extremo izquierdo del continuo lo que existe es la muerte prematura; la explicación a la presencia de tal adjetivo ("prematura") es que a la muerte se llega en todos los casos por imperativo biológico, por tanto, para hacer más operativo el modelo se hace uso de dicho adjetivo ya que en muchas ocasiones ésta muerte se puede evitar. De igual forma sucede con el extremo derecho, por ser muy difícil llegar a un estado óptimo de salud, para mejor operacionalización se considera que en tal extremo es más adecuado considerar los términos de "elevado nivel de bienestar y de capacidad de funcionar".

Así como la concepción de la salud experimentó evolutivamente diferentes cambios, sobre todo en los dos últimos siglos, a la par de la misma, el pensamiento y la práctica psicológica ha experimentado cambios y alternativas en su aproximación al tema de la salud y la enfermedad. Entre las diferentes aproximaciones se encuentran: la psicología clínica, la psicología médica, la medicina psicosomática, la medicina conductual, la psicología comunitaria y la psicología de la salud.

La aproximación más antigua es la psicología clínica, centrada en la enfermedad más que en la salud, enfocada en el individuo más que al grupo o a la comunidad; sus principales aportes se ubican en el contexto asistencial, contribuyendo en el diagnóstico de lo que ellos llaman enfermedad mental y en hacer más eficaz la calidad de atención de los enfermos (Morales, 1999).

La psicología médica se interesa por la situación psicológica de la persona enferma buscando desarrollar conocimientos que permitan comprender y modificar una serie de elementos que inciden en tal situación, tales como: creencias acerca de la salud, locus de control, estilos de afrontamiento, adherencia al tratamiento, etc.; su principal aporte es la ampliación del foco de atención de la enfermedad y sus consecuencias en los

contextos médicos; actualmente es un subcampo de la psicología de la salud (Florez-Alarcón, 2004).

La medicina psicosomática es una rama de la medicina que, teniendo como base la teoría psicoanalítica, enfatiza los factores mentales y la personalidad (tales como los mecanismos de defensa y los conflictos psicosexuales) en la génesis de la enfermedad (Florez-Alarcón, 2004); Este enfoque, desarrollado en la década de los años treinta, aporta una nueva visión: hay enfermedades con un componente de origen psicológico, denominadas psicosomáticas (Bakal, 1996).

La medicina conductual es un enfoque basado en el análisis experimental de la conducta, que resalta el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y la manifestación de las enfermedades y se plantea medios para su efectivo tratamiento; busca superar las limitaciones de la psicología médica y la medicina psicosomática y aporta a la práctica y al conocimiento científico el reconocimiento de la salud como un fenómeno multifactorial que debe ser abordado interdisciplinariamente (Morales, 1999).

La psicología comunitaria, según Morales (1999), es una aproximación que surge para abordar los problemas de salud desde una perspectiva diferente a la línea clínica individual caracterizada por los enfoques anteriores, y lo hace desde una perspectiva social. Esta aproximación que surge en los años sesenta, insatisfecha con el modelo médico, con la psicoterapia, con la centralidad de los psicólogos en el psicodiagnóstico, etc., se orienta a dar respuesta a los problemas planteados por el interés en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, pero teniendo a la comunidad como objeto de intervención. La limitación de esta aproximación, según el mencionado autor, es que ha estado vinculada a los problemas más cercanos de la llamada "salud mental" en lugar de la salud en un sentido más amplio.

Las aproximaciones anteriores tienen en común que perpetúan la dicotomía cuerpo – mente, en consecuencia abordan el tema de la salud desde un enfoque limitado, debido a tal dicotomía. Ante tal preocupación se desarrolla una disciplina dentro de la psicología, constituida como la División 38 de la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association, APA), denominada Psicología de la Salud (Health Psychology); disciplina que constituye el marco referencial de la presente investigación.

La psicología de la salud no se trata de una yuxtaposición de agregados de aspectos parciales de los diferentes enfoques presentados previamente, sino que constituye una construcción progresiva que se ocupa de factores psicológicos presentes en los fenómenos de salud-enfermedad, y propone un nuevo modelo de salud en el que subyace la comprensión multifactorial, la atención interdisciplinaria y la centralidad de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Morales, 1999; Calero y cols. 1997).

El nombre de psicología de la salud, según reportan la mayoría de los autores (Martínez-Donate y Rubio, 1999; Morales, 1999; Calero y cols. 1997; Sarafino, 1990/1994) suele atribuirse a Matarazzo en el año 1980, al definirla como: "El conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad y a las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria" (p. 815). Pero, según Florez-Alarcón (2004), otros autores ya habían trabajado con este término y con la nueva concepción de salud, por ejemplo, a inicio de los años setenta, en Cuba, ya existía la Sociedad de Psicología de la Salud; dicho autor cita textualmente al Boletín Latinoamericano de Psicología de la salud (1, 6-19), en donde la junta directiva de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA), en 1997, afirma que "para ser fieles con la historia, la Psicología de la Salud nació en Latinoamérica a finales de los años 1960, con la ocupación de posiciones en el nivel de política central en el Ministerio de Salud Pública de Cuba, y el desarrollo peculiar del servicios de Psicología en una extensa red institucional de salud. En 1974, Cuando Stone proponía el término 'Health Psychology' para crear un nuevo currículo en la Universidad de California, ya estaba creada la sociedad Cubana de Psicología de la Salud, la cual reforzó la identidad profesional del psicólogo en este campo" (p. 10).

Independientemente del lugar de origen de la disciplina, la psicología de la salud abre camino a una nueva perspectiva en torno al abordaje del continuo salud-enfermedad. Al respecto, Morales (1999) destaca varios puntos considerados en la disciplina: primero, la psicología de la salud es una rama aplicada de una disciplina más general, que tiene una amplia variedad de temas polémicos y contradictorios por resolver. Segundo, tiene principal interés por las diferentes variables que explican multicausalmente el continuo

salud-enfermedad; incluyendo entre sus intereses las acciones (organizativas, económicas, sociales, psicológicas, etc.) que se producen por persona y para las personas para la promoción de su salud. Tercero, al denominarla como "Psicología de la Salud" no significa que su radio de acción sólo abarca a la parte positiva del proceso, busca ser integral, desde la atención o curación de los enfermos hasta la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Cuarto, en consonancia a la concepción actual, para la psicología de la salud, no cabe la distinción entre salud mental y salud física, debido a que esto corresponde a la antigua concepción dualista que sigue incidiendo en muchos planteamientos actuales.

Para entender la novedosa óptica con que la psicología de la salud despliega sus objetivos y metodología, Santacreu (1991) considera que es muy importante conocer las características del modelo teórico que le subyace, a saber, el modelo biopsicosocial. Éste es un modelo que concibe al individuo como un subsistema que forma parte de un sistema mayor, denominado por Sarafino (1990/1994) como sistema social que incluye a la familia, a la comunidad y a la sociedad en general (ver figura 2). Por tanto, el individuo no es un ser irreducible a lo orgánico, en él están constituidos dos subsistemas interrelacionados; el más básico es el subsistema biológico que incluye tanto lo genético como lo fisiológico, luego está el subsistema psicológico que incluye tanto la experiencia como la conducta. Al estar enmarcados estos dos subsistemas dentro del sistema social, trae como consecuencia que cualquier acción tiene implicaciones biológicas, psicológicas y sociales; por tanto al abordar el tema de la salud debe hacerse de una forma integral sin plantearse dicotomías.

Es importante destacar que en la presente investigación, por causas metodológicas, se hace la distinción artificial entre salud física y salud psicológica, debido a que actualmente no se cuenta con una escala que sea sensible al concepto integral de salud antes descrito. Concretamente se trabaja con el Cuestionario de Salud General, desarrollado por Golberg (Ver Anexo A), cuyo foco de atención predominante es la salud psicológica de las personas, ya que cuenta con pocos ítems que evalúan síntomas físicos.

A partir de la posibilidad que abre el modelo biopsicosocial de estudiar el continuo salud-enfermedad, muchas han sido las variables estudiadas para comprender la interacción de los tres sistemas y su efecto sobre dicho continuo, a saber: estilos de

afrontamiento, locus de control, extroversión, optimismo, emoción, expresión emocional, ambivalencia emocional, depresión, ansiedad, estrés, apoyo social, rol sexual; así como también el efecto de las variables sociodemográficas, tales como sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, tipo de carrera universitaria, nivel socio económico, entre otras (Luzoro, 1992; Pacheco y cols. 1998; Cano, Miguel, Sirgo, Pérez y García, 2000; Ramírez, 2000; Angelucci, 2001; Nyklicek, Vingerhoets y Denollet, 2002; Holahan y Holland, 2003; Symister y Friend, 2003; Mendes y Reis, 2003; Zakowski y cols, 2003).

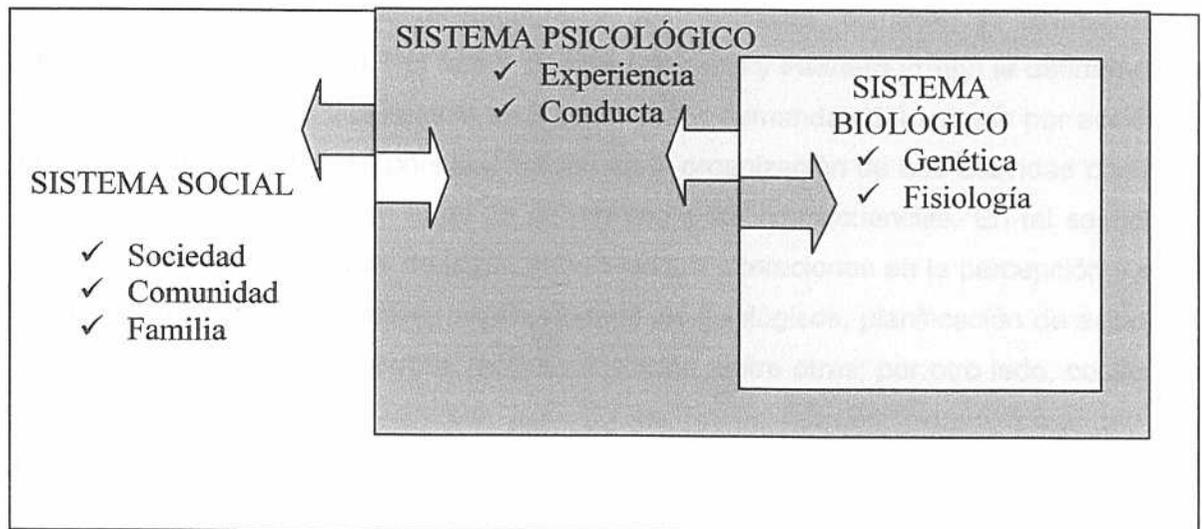


Figura 2. Diagrama de la interacción de los sistemas en el modelo biopsicosocial (Tomado de Sarafino, 1990/1994).

Entre las múltiples variables posibles a estudiar a partir del modelo biopsicosocial, los investigadores de la presente investigación se centran en evaluar el efecto de la emoción, el apoyo social y diferentes variables sociodemográficas sobre la salud. A continuación se describirá cada una de ellas.

En la década de los noventa, la emoción ha sido un tema de gran atención en un número importante de investigaciones, debido a las diferentes funciones y efectos que tiene tanto a nivel intrapersonal como interpersonal, así como por el efecto directo e indirecto sobre el continuo salud – enfermedad (Consedine y cols. 2002). Gerrod (1999) sostiene que esta atención ha sido evidente en muchas disciplinas y en muchos niveles de análisis, enfocándose desde los más básicos síntomas fisiológicos a las más

complejas estructuras sociales, pero aún cuando se cuenta con un sustancial conocimiento sobre el tema de la emoción, existe la gran debilidad de estar dispersa entre una variedad de campos y literaturas. Ante tal limitación, uno de los aportes de esta investigación es el estudio del fenómeno de la emoción, y su relación con la salud, a partir de un modelo multivariado e interactivo.

La emoción es considerada como un tema crucial en muchos de los campos del saber científico, debido a que es un proceso humano que ha evolucionado para ayudar al hombre a responder adaptativamente a los cruciales cambios y oportunidades ambientales (Frijda, 1988). Por eso Fernández-Abascal y Palmero (1999) la definen como un proceso adaptativo que cambia en función de las demandas del entorno por acción de la experiencia; además, su principal función es la organización de una actividad compleja en un lapso muy breve con el fin de anticiparse a las consecuencias. En tal sentido, la activación de las emociones da lugar, por un lado, a alteraciones en la percepción y en la atención, la memoria se activa, movilizan cambios fisiológicos, planificación de acciones, comunicación verbal y no verbal, motivan la acción, entre otras; por otro lado, conlleva a la coordinación de estos recursos psicológicos en un momento dado, para dar una respuesta rápida y puntual en una situación.

El proceso emocional (ver figura 1), propuesto por Fernández-Abascal y Palmero (1999), tiene un carácter multidimensional ya que intervienen componentes cognitivos, subjetivos, sociales, funcionales y fisiológicos. Dicho proceso supone cinco etapas:

Primero, el sujeto percibe la situación cuyo origen es de naturaleza intraorganísmica o ambiental.

Segundo, esta percepción es evaluada a través de un primer filtro que cumple un doble papel: por un lado, se evalúa la situación en función de las características afectivas (cuán novedosa y cuán agradable o desagradable es la situación), y por otra, se evalúa la situación en función de su significado (relevancia, expectativas y tendencias).

Tercero, una vez que se ha evaluado la situación tiene lugar la activación emocional, que se compone de una experiencia subjetiva (sensaciones o sentimientos placenteros y displacenteros), una expresión corporal (exteriorización y comunicación, verbal y no verbal, de las emociones), una tendencia a la acción o afrontamiento (cambios

comportamentales que permiten que las personas se preparen para la acción) y unos cambios fisiológicos (cambios y alteraciones que se producen en el sistema nervioso central, periférico y endocrino) que dan soporte a todas las actividades anteriores.

Cuarto, la activación emocional antes de manifestarse externamente pasa por un segundo filtro cuya fuente es el aprendizaje y la cultura. Este filtro es el responsable del control emocional mediante la inhibición, exacerbación o distorsión que puede manifestar la respuesta emocional. El proceso de socialización y madurez que subyace a esta etapa incluye la adquisición de un autocontrol y un control externo sobre cómo pueden manifestarse las emociones. Dicho filtro, actúa en dos direcciones, ya sea controlando ciertos efectos emocionales para que se produzca un incremento en la manifestación emocional, o a través de un déficit en determinados componentes de la respuesta emocional.

Quinto, la activación emocional una vez que experimenta la modificación del filtro del aprendizaje y la cultura, se puede manifestar de diferentes maneras, ya sea a través de autoinformes (que recogen las experiencias subjetivas de la persona), la expresión corporal, la conducta motora y/o las respuestas fisiológicas que son el soporte de todas las manifestaciones anteriores.

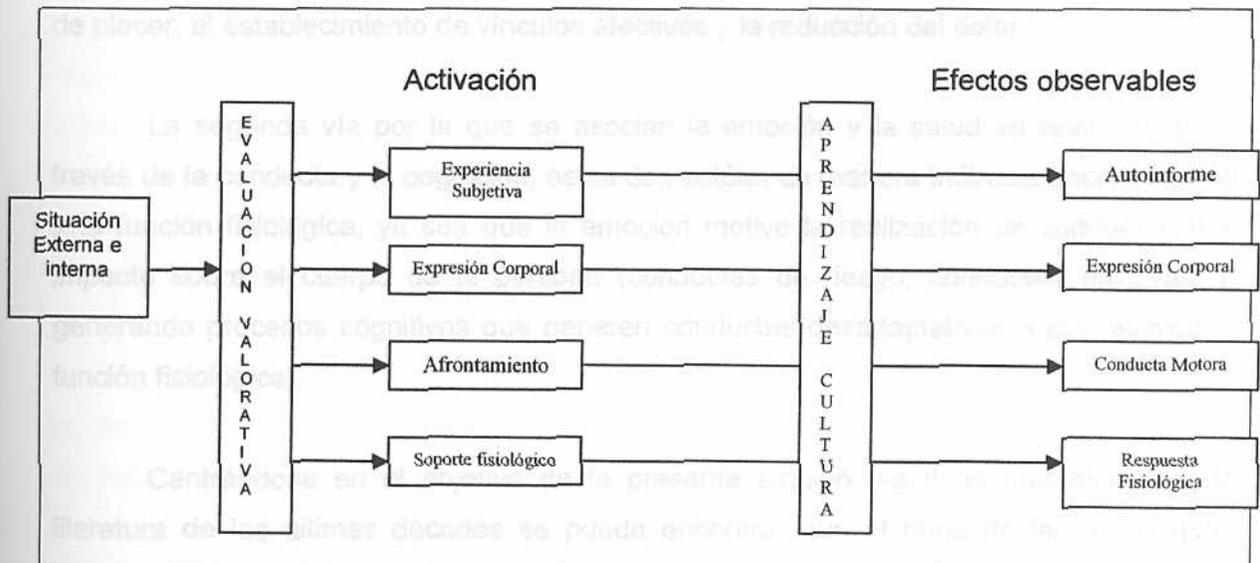


Figura 3. Representación del proceso emocional (Tomado de Fernández-Abascal y Palmero, 1999)

De acuerdo a este modelo de la emoción, la influencia de dicha variable sobre la salud puede darse a lo largo de las diferentes etapas, pero sobretodo en los dos filtros que forman parte del proceso, ya que éstos producen modificaciones sobre el patrón prototípico de las emociones y a la vez son los responsables de la adaptación y de la disfuncionalidad de éstas a las nuevas condiciones.

Del modelo propuesto por Fernández-Abascal y Palmero (1999), la presente investigación se centrará en el estudio de las manifestaciones conductuales (quinta etapa) del proceso emocional y su relación con la salud, específicamente en la expresividad emocional.

En esta misma línea, Mayne (2001) sostiene que existen dos vías sobre las cuales la emoción afecta a la salud, la primera, es a través de la relación entre la emoción y la activación fisiológica; la emoción produce un impacto de activación fisiológica como respuesta a una amenaza ambiental (en el caso de las emociones negativas) o como respuesta a oportunidades ambientales (en el caso de la emoción positiva); en el caso de las emociones negativas, se produce la activación del eje hipotálamo – pituitaria – corteza adrenal, en la que finalmente ocasiona incrementos de los niveles de corticoesteroides en la sangre, permitiendo de esta manera mantener la alerta para poder procesar y responder a la amenaza ambiental; mientras que las emociones positivas están asociadas a incrementos en la dopamina y serotonina, las cuales están implicadas en la sensación de placer, el establecimiento de vínculos afectivos y la reducción del dolor.

La segunda vía por la que se asocian la emoción y la salud se lleva a cabo a través de la conducta y la cognición, estas dos actúan de manera indirecta sobre la salud y la función fisiológica, ya sea que la emoción motive la realización de conductas que impacte sobre el cuerpo de la persona (conductas de riesgo, conductas adictivas) o generando procesos cognitivos que generen conductas desadaptativas o que activen la función fisiológica).

Centrándose en el objetivo de la presente estudio, se tiene que al revisar la literatura de las últimas décadas se puede encontrar que el tema de la expresividad emocional ha sido el centro de muchas investigaciones, desde los teóricos neodarwinistas (Izard, Ekman, Tomkins y Plutchik) quienes centrándose en las expresiones faciales

consideran este tema como un elemento capital para la evolución de las especies (Martínez-Sánchez, Fernández-Abascal y Palmero, 2002), hasta los autores que se centran en la expresividad emocional como una variable que afecta la salud de las personas (Labott, Ahleman, Wolever, y Martín, 1990; Pennebaker, 1995; Mauss y Gross, 2004).

En el tema de la expresividad emocional han surgido dos tipos de abordaje, los que la estudian como un constructo unifactorial (Kring, Smith y Neale, 1994) y quienes la estudian como un constructo multifactorial (King y Emmons, 1990; Gross y John, 1995). Sin embargo, estas dos aproximaciones comparten la visión de que la expresividad emocional tiene dos propósitos: expresar las emociones a través de los canales verbal, no verbal y fisiológico, y facilitar las relaciones interpersonales (Trirweiles, Eid y Lischetzke, 2002).

De esta manera, Kring y cols. (1994) la define como las diferencias individuales en el grado en el cual las personas manifiestan sus emociones, independientemente de la valencia y el canal de expresión; a partir de esta concepción diseñaron una escala titulada "Escala de Expresividad Emocional" (Emotional Expressivity Scale) de 17 ítems en la que reportan alta confiabilidad, en conjunto con validez predictiva de conducta emocional-expresiva en el laboratorio.

Por su parte, Gross y John (1995) parten de la concepción multifactorial de la expresividad emocional y la definen como los cambios conductuales (facial, vocal, postural) que acompañan la experiencia emocional (por ejemplo: sonrisas, carcajadas, fruncir el ceño, salir furioso de un lugar, llorar). Diseñaron una escala que fuese sensible a la valencia e intensidad de las emociones, titulada "Cuestionario de Expresividad de Berkeley" (Berkeley Expressivity Questionnaire). Es una escala constituida por 16 ítem en la que subyacen tres dimensiones: expresividad positiva, expresividad negativa y fuerza del impulso. Éste último se refiere a las reacciones emocionales difíciles de controlar u ocultar y que son acompañados cambios físicos y conductuales. La expresividad positiva se refiere a las expresiones de emociones positivas, mientras que la subescala de expresividad negativa se refiere a la expresión de emociones negativas.

Tres años después (1998) de la presentación de la escala diseñada por Gross y John, los mismos autores publican una investigación realizada con una muestra de 322 estudiantes de pregrado (111 hombres y 211 mujeres) cuya edad promedio fue 21 años, en la que se propusieron como objetivo realizar un análisis factorial a seis escalas, considerada por ellos como las más comunes, en la evaluación de la expresividad emocional, con la finalidad de elaborar un modelo conceptual del constructo.

Del estudio antes mencionado, entre los hallazgos importantes para la presente investigación se menciona, por un lado, que la escala con mayor índice de confiabilidad (coeficiente alfa: 0,92) fue la elaborada por Kring y cols. (1994), escala de naturaleza unifactorial, presentando además altos índices de validez convergente con el resto de las escalas que miden el mismo constructo. Por otro lado, a raíz del análisis factorial realizado, proponen que la expresividad emocional general cuenta con tres componentes subyacentes: confianza expresiva, entendida como expresión de intimidad; ocultamiento (en inglés, "masking"), que supone la inhibición de la expresión emocional; y, lo que constituye el núcleo de la expresión conductual de las emociones en la vida diaria, dividida a su vez en tres subcomponentes: expresión de emociones positivas, expresión de emociones negativas e intensidad de las emociones (Gross y John, 1998).

De los dos tipos de abordajes para el estudio de la expresividad emocional, presentados anteriormente, existe una premisa que justifica la investigación de dicho constructo: las personas difieren en el grado en que ellos expresan sus emociones. Estas diferencias, según la literatura, ocurren debido a la incidencia de un amplio rango de elementos que van desde características individuales -que según el modelo de Fernández-Abascal y Palmero (1999) ocurren en el primer filtro- hasta la existencia de reglas socioculturales -incidentes en el segundo filtro-. En consecuencia, aún cuando las emociones ayudan a responder al hombre adaptativamente al medio ambiente, éstas, a diferencia de otras tendencias de respuestas de base biológica (ejemplo, los reflejos), sólo sugieren que las personas actúen, nunca obligan a realizar automáticamente alguna conducta (Gross y John, 1995). Por tanto, experiencia y expresión son dos componentes diferentes del proceso emocional, lo cual sugiere que la emoción experimentada por una persona no garantiza que sea expresada (Trirweiles y cols. 2002).

La diferencia entre la emoción experimentada y la emoción expresada ha generado gran interés en muchos investigadores en los últimos años, debido a las importantes consecuencias personales y sociales que ésta trae consigo. Por consiguiente, evaluar el efecto de la expresividad emocional sobre la salud será el centro de discusión en este apartado.

Por otro lado, se ha encontrado que la expresividad de las emociones es importante. King y Emmons (1991) sostienen que las diferentes líneas de investigación han encontrado apoyo empírico en la noción de que la expresión emocional es el final saludable de la experiencia emocional, es decir, que las personas al experimentar alguna emoción lo más saludable es que ésta tenga su curso natural; en otras palabras, la emoción al ser generada por una situación interna o externa debe pasar por los filtros sin modificación alguna y ser expresada conductual y adaptativamente (Fernández-Abascal y Palmero, 1999). Esto puede verse apoyado en los diferentes estudios que reportan hallazgos acerca de la relación entre la expresión de las emociones y la salud (Zakowski y cols., 2003; Panagopoulou, Kersbergen y Maes, 2002; Cano y Miguel, 2000; Gross, 1998), encontrándose en reiteradas ocasiones que los individuos más expresivos gozan de mejor salud, que aquellos que tienden a mostrar en menor medida sus emociones.

Por otra parte, no sólo el expresar o inhibir las emociones afecta a la salud, igualmente, se ha encontrado que también la valencia (positiva o negativa) afecta de modo considerable. En este sentido, Cano, Sirgo y Díaz-Ovejero (1999) definen a las emociones positivas como las que producen una experiencia emocional agradable, como la alegría, la felicidad o el amor; mientras que las emociones negativas son las que producen una experiencia emocional desagradable, como la ansiedad, la ira y la depresión, consideradas estas tres emociones negativas como las más importantes.

Hay evidencia empírica que muestra que las emociones positivas juegan un papel importante en el mantenimiento y recuperación de la salud, generando cambios fisiológicos saludables en los individuos (Tugade y Fredrickson, 2004; Fredrickson y Tugade, 2003; Fredrickson, 1998); mientras que las emociones negativas, debido a la intensa y alta frecuencia en la activación fisiológica que provoca, tienden a disminuir la salud, ya sea, o produciendo cambios en la conducta que conllevan a adicciones, o asociándose a un cierto grado de inmunodepresión que crea las condiciones para que se desarrollen enfermedades infecciosas y de tipo inmunológico (Cano y Miguel, 2000).

0.001, y más expresiones negativas en reacción a la película de miedo que a la película de tristeza. De igual manera, en la literatura se reporta que los estilos de expresar las emociones están en relación con enfermedades físicas severas, incluyendo el cáncer (Cox y McCay, 1982) y enfermedades coronarias del corazón (Friedman y Booth-Kewley, 1987).

Por otro lado, se ha encontrado que la expresividad de las emociones es afectada por variables sociodemográficas como el sexo, el estado civil, la edad, el nivel socio económico y el nivel de instrucción. En este sentido, investigaciones como las realizadas por Zakowski y cols. 2003 y Ramírez, 2000 evidencian que las mujeres son más expresivas emocionalmente que los hombres, y por otro lado que a menor edad tengan las personas mayor es su expresividad emocional. Otro hallazgo en esta línea de investigación, se reveló en un estudio de Kring y Gordon (1998), cuyo objetivo era examinar las diferencias en la expresividad emocional, la experiencia emocional y las repuestas emocionales a nivel fisiológico en hombres y mujeres, para determinar si las mujeres realmente experimentan más emoción que los hombres o si ellas sólo son emocionalmente más expresivas. Trabajaron con 21 hombres y 21 mujeres, estudiantes de una universidad, la edad promedio de ambos sexos era 19.14 años ($SD= 2.51$). En el experimento tanto los hombres como las mujeres debían ver tres tipos de películas que generaban una determinada emoción (una película era de felicidad, otra de tristeza y la última de miedo) y la medida de la variable dependiente era la frecuencia con que los individuos expresaban sus emociones (positiva para la película de alegría y negativa para las películas de tristeza y de miedo). Los resultados obtenidos a través de un análisis multivariable evidencian que existen diferencias significativas en la expresividad de las emociones entre los hombres y mujeres $F(1.40):7.17, p=.011$, indicando que las mujeres son más expresivas que los hombres para todos los tipos de películas.

En cambio, la interacción entre las variables sexo y tipo de película no fue estadísticamente significativa, es decir, que el estudio evidencia que las mujeres son más expresivas que los hombres independientemente del tipo de película (una película de felicidad, otra de tristeza y de miedo) que vean. Por último cuando se evalúa el efecto simple del tipo de película sobre la frecuencia de la expresividad emocional, controlando la variable de sexo, se revelan diferencias estadísticamente significativas, $F= 30.36, p < .01$. Específicamente, tanto los hombres como las mujeres exhiben más expresiones positivas en respuesta a la película alegre que a las películas negativas, $F= 61.58, p <$

0.001; y más expresiones negativas en reacción a la película de miedo que a la película de tristeza, $F= 6.70$, $p < 0.013$. Es importante destacar que en dicha investigación se obtuvo que aun cuando existen diferencias en la expresividad de las emociones en ambos sexos, los individuos no reportaron haber tenido experiencias emocionales diferentes. En este sentido, aunque las mujeres fueron más expresivas que los hombres, no experimentan más emoción que los hombres.

A pesar de los hallazgos obtenidos acerca del efecto de la expresividad emocional sobre la salud, King y Emmons (1990, 1991) sostienen que detrás de esta relación lo que en realidad subyace es un conflicto en la expresión de las emociones, denominada por los mismos autores como ambivalencia emocional. Además, dicho conflicto es el componente crucial que incide significativamente sobre la salud, actuando como variable moderadora.

La ambivalencia emocional hace referencia al conflicto experimentado por un individuo al momento de expresar la emoción, independientemente de su propio estilo. Incluye tanto a los individuos que desean expresar sus emociones pero no logran hacerlo, como aquellos que expresan sus emociones y posteriormente se arrepienten de haberlo hecho. La ambivalencia puede ser sentida tanto con emociones positivas y negativas, como con la expresión o carencia de esas emociones (King y Emmons, 1990).

De acuerdo a los importantes hallazgos encontrados tanto por King (1998), King y Emmons (1990, 1991) y recientemente por Clark (2003) y Mongrain y Vettese (2003), la presente investigación integra a continuación el estudio del efecto de la ambivalencia emocional sobre la salud.

Con la finalidad de evaluar el efecto moderador de la ambivalencia emocional, tanto a nivel psicológico como fisiológico, King y Emmons (1990), realizaron una investigación que estaba conformada por 3 estudios, cada uno de los cuales evaluó diferentes aspectos de dicho constructo. El estudio 1, pretendió evaluar la expresividad emocional y la ambivalencia emocional, controlando la deseabilidad social. La muestra utilizada fue de 299 estudiantes de la Universidad de Michigan, específicamente 117 hombres y 182 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 26 años (media 19,8), y entre 18 a 32 (promedio 19,1) respectivamente.

Como resultados, se obtuvo que las mujeres tienden a ser significativamente más ambivalentes que los hombres ($r = 0.10$, $p < 0.05$), con un puntaje promedio en el Cuestionario de ambivalencia sobre la expresión de las emociones (AEQ), de 2.99 para las mujeres y 2.88 para los hombres, lo cual apoya la predicción hipotetizada en dicho estudio. De igual manera, las mujeres evidencian ser significativamente más ambivalentes que los hombres en sus emociones positivas ($r = 0.11$, $p < 0.03$), así como también más expresivas de sus emociones en general ($r = 0.15$, $p < 0.05$). El promedio en el Cuestionario de Expresividad Emocional (EEQ), fue 4.72 para las mujeres y 4.47 para los hombres.

Por otro lado, a diferencia de la hipótesis planteada en el estudio, los hombres no resultaron ser más expresivos de sus emociones negativas en comparación con las mujeres, ya que la correlación fue en la dirección esperada, pero no estadísticamente significativa ($r = 0.06$). De acuerdo a los resultados anteriores, se concluyó que las mujeres son más expresivas y ambivalentes que los hombres, principalmente en emociones positivas. Sin embargo, dichas diferencias, aunque significativas, no tuvieron una magnitud elevada. Esto sugiere, como se ha postulado posteriormente, que aunque los hombres sean menos expresivos en sus emociones, se pueden sentir bien con dicha característica.

El estudio 2, consistía en un proyecto denominado "Estudio de las metas, el humor y la salud". La muestra evaluada fue de 48 estudiantes de la Universidad de Michigan, 35 eran mujeres y 13 hombres. El rango de edad era 19 a 47 años con una media de 23,3 años, y 19 a 27 años, con un promedio de 21,6 años.

Como era esperado por los investigadores, la correlación entre el Cuestionario de Ambivalencia Emocional (AEQ) y el Cuestionario de Expresividad Emocional fue significativamente negativa ($r = - 0.25$). Según esto, es probable que los individuos ambivalentes inhiban la expresión de sus emociones, pero esta inhibición no necesariamente afecta la experiencia emocional. En este estudio, los investigadores concluyen que aunque la expresividad está asociada con afectos positivos, no se relaciona negativamente con medidas de malestar. Esto contradice diversas asunciones acerca de la relación entre expresividad emocional y la salud, por lo que los autores sugieren realizar investigaciones más sofisticadas en este tema.

26) y síntomas fisiológicos comunes ($r = 0.64$); concluyendo de esta manera que a mayor ambivalencia emocional, mayor malestar físico. Un punto relevante para el presente estudio es que King y Emmons (1990), encontraron que la Ambivalencia emocional no se relaciona con ciertas enfermedades ni con reportes de síntomas diarios. En este sentido explican que puede que no haya relación entre ambivalencia sobre la expresión emocional y malestar físico, ya que es un fenómeno puramente psicológico. Por otro lado, también sugieren que lo que puede estar ocurriendo es que la ambivalencia sobre la expresión emocional es una experiencia emocional y requiere de tiempo para afectar a la salud física. De hecho, una investigación longitudinal con individuos con altos puntajes de ambivalencia mostró, después de un tiempo, que se había afectado su salud física.

Los investigadores plantean que, una limitación del estudio fue que las medidas de síntomas físicos utilizadas eran insuficientes para detectar la relación entre ambivalencia emocional y malestar físico.

En esta misma línea, King y Emmons, en 1991, realizaron otro estudio cuyo objetivo fue examinar los procesos que subyacen en la relación entre la expresividad emocional y la salud. Además buscaron elaborar sobre esta relación los correlatos de la expresividad emocional, la ambivalencia emocional y la inhibición de las emociones considerando no sólo en los individuos por separados, sino también considerando a 50 parejas de esposos. Las características de esa muestra es que las mujeres tenían un rango de edad entre 23 y 78 años, siendo 36 años la edad promedio, en cambio para los hombres el rango de edad era de 24 a 79 años, siendo 36 la edad promedio. Por otra parte, el promedio de años de casados de las parejas fue de 10.5 años, con una desviación estándar de 10.1; y el promedio de hijos era de 2.16 por pareja.

La medición consistió en administrar tres tipos de escalas que fuesen sensibles a los tres constructos, antes mencionados, que los autores consideran como centrales en el proceso emocional. Para medir la expresividad emocional fue utilizada la Escala de Expresividad Emocional (Emotional Expressiveness Questionnaire, EEQ), para medir la ambivalencia emocional, el Cuestionario de Ambivalencia en la Expresión Emocional (Ambivalence Over Expressiveness Questionnaire, AEQ) y para medir la inhibición emocional fue utilizada la Escala de Control Emocional (Emotional Control Scale, ECQ).

26) y síntomas fisiológicos comunes ($r = 0.34$); concluyendo de esta manera que a mayor ambivalencia emocional peor es el estado de salud que experimentan los sujetos.

En esta misma línea de investigación, en 1995, Emmons y Colby llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo era evaluar la ambivalencia emocional, el bienestar y su relación con el apoyo social percibido, de una muestra de 105 estudiantes, 89 mujeres y 16 hombres, de una Universidad pública. Con edades comprendidas entre los 19 y los 30 años (promedio de edad 21 años). Se les administró 6 escalas para medir ambivalencia emocional, miedo a las relaciones íntimas, defensas represivas, apoyo social, bienestar. Además se recopiló datos de apoyo social por reportes diarios y por registro de observación.

Con respecto a los resultados, no se encontró diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables. Sin embargo, los investigadores señalan que la desigualdad en el tamaño de la muestra (mayor número de mujeres que de hombres), disminuye en gran medida el alcance del estudio para concluir acerca de diferencias entre sexo. En cambio, se obtuvo que los individuos ambivalentes en sus emociones perciben menos apoyo social ($r = -0.26$, $p < .01$), al igual que menor apoyo interpersonal ($r = -0.36$, $p < 0.01$). Según los citados autores, esto último sugiere que las personas con altos puntajes de ambivalencia tienen imágenes negativas de ellos mismos.

Por otro lado, se tiene que la ambivalencia emocional presentó una correlación estadísticamente significativa y negativa con bienestar (en todas las escalas utilizadas para esta variable). Los puntajes en cada escala fueron específicamente: $r = -0.45$, -0.35 y -0.27 ; al contrario que con malestar, ya que presentó una correlación significativamente positiva. Además se obtuvo que el apoyo social percibido correlacionó positivamente con bienestar ($r = 0.38$ en la escala de felicidad y $r = 0.36$ en la de afectos positivos), y negativamente con enfermedad (ansiedad $r = -0.17$, depresión $r = -0.38$ y afectos negativos $r = -0.27$).

Un aspecto relevante del estudio fue evaluar el efecto mediador del apoyo social percibido sobre la ambivalencia emocional, dando lugar a la disminución del bienestar. Lo esperado era que al controlar el apoyo social percibido, redujera la relación entre ambivalencia y bienestar. Los resultados de la ecuación de regresión muestran que

efectivamente el apoyo social percibido media la relación de la ambivalencia sobre la expresión emocional y el bajo bienestar. Específicamente, cuando se controla dicha variable, el cuestionario de ambivalencia emocional explica sólo el 27% de la varianza del bienestar y cuando no está controlada aumenta a un 49% de la varianza explicada. Por tanto, se concluye que el apoyo social percibido contribuye de manera importante a la relación entre ambivalencia emocional y bienestar.

En esta misma línea, Mongrain y Vetteuse (2003), realizaron una investigación sobre la ambivalencia en la expresión de las emociones y sus implicaciones para la comunicación interpersonal. Se plantearon 5 hipótesis, de las cuales se toman 2 como referentes para la presente investigación. Como primera hipótesis se plantean que, la ambivalencia emocional lleva a la inhibición de la expresión emocional, a mantener sentimientos negativos hacia sus parejas y a estar deprimidas. La segunda hipótesis planteada, señala que las mujeres con un alto puntaje en el Cuestionario de Ambivalencia en la Expresión Emocional, AEQ (King y Emmons, 1990) serían más incongruentes en su comunicación verbal y no verbal.

Los participantes de dicho estudio, fueron 94 mujeres estudiantes de la Universidad de Nueva York, junto con sus respectivas parejas provenientes de diferentes universidades. La edad promedio de las mujeres era de 21 años y el tiempo con su pareja era de 19 meses. Los sujetos participaron en un estudio de laboratorio durante un tiempo que osciló entre 12 y 20 semanas y consistía en entrar en una habitación y se les daba la instrucción de que debían tratar de resolver un conflicto real en su relación, seleccionado previamente por ellos de un grupo de alternativas de conflictos que se presentan en su dinámica interpersonal, esto era filmado por los investigadores.

Previo a la entrada en el laboratorio, a los sujetos se les aplicó el AEQ, el Cuestionario de Experiencias Depresivas de Blaney (Depressive Experiences Questionnaire), el Inventario de depresión de Beck (Beck Depresión Inventory) y la Escala de supresión de eventos negativos (Negative Affect supresión Scale).

Entre los hallazgos obtenidos por los investigadores se confirmó la hipótesis que las mujeres que experimentan ambivalencia emocional tienden a estar deprimidas ($r=0.40$) y a suprimir sus sentimientos de rabia hacia la pareja ($r=0.37$). En segundo lugar, se

obtuvo que las mujeres ambivalentes son menos afectuosas que los hombres durante la resolución del conflicto ($r = -0.20$). Esta relación desaparece una vez que se controlan los efectos de la depresión experimentada por ellas, lo cual sugiere que estas mujeres tienden a mostrar menor afecto, en parte, porque están más deprimidas.

En fin, la ambivalencia emocional es una variable que ha reportado ser una importante predictora en el continuo salud-enfermedad y es de suma importancia considerarla en una investigación que evalúa el efecto de la emoción sobre la salud.

De las variables psicosociales que ha sido objeto de numerosos estudios en el campo de la salud es el denominado apoyo social; éste es un constructo de reciente data, nace en los años setenta en la escuela de antropología británica de la Universidad de Manchester (Martínez-Donate y Rubio, 1999). Según Castro, Campero y Hernández (1997) los dos primeros trabajos que dieron origen a la idea de que el apoyo social juega un papel central en la salud, aparecieron en el mismo año de 1976, con la autoría de Cassel y Cobb, respectivamente; a partir de ese momento la investigación de dicho constructo ha crecido significativamente, pero se cuenta con grandes limitantes en su abordaje: primero, es un constructo que continúa siendo ambiguo, ya que distintos términos, aún cuando no significan lo mismo, son utilizados como sinónimos, tales como, "relaciones sociales", "redes sociales", "integración social", "vínculos sociales", etc.; segundo, existen gran diversidad en las formas de medición del apoyo social y poco consenso en cómo debería definirse (Sarason, Shearin, Pierce y Sarason, 1987);

Donde sí existe consenso es en la consideración del apoyo social como un constructo multidimensional (Castro y cols.1997). A partir de esta consideración, Matud, Carballeida, López, Marrero e Ibáñez (2002) distinguen tres amplias categorías: conexión social, apoyo social percibido y apoyo social recibido.

La conexión social hace referencia a las relaciones que tienen las personas con otros seres significativos, de su medio social. La forma en que fundamentalmente se ha evaluado es a partir de lazos sociales, como la pareja, los familiares, la participación en organizaciones y el contacto con amigos. Esta es una categoría en la que se han empleado métodos complejos de medición, pero existe la limitación que no todas las personas de esta red social constituyen una fuente de apoyo.

instrumental El apoyo social recibido es definido como el número de transacciones, experimentadas por el sujeto, que ocurren en situaciones problemáticas (Benages y Crespo, 1997). Se evalúa por medio de la observación directa o preguntarle a la persona si ha recibido determinadas conductas de apoyo, como el préstamo de dinero o ser escuchado por un amigo (Lakey y Bennett, 1990).

amort El apoyo social percibido, es definido por Taylor (1999) como la percepción de los sujetos sobre la disponibilidad de las fuentes de ayuda instrumental, emocional o informativa en su entorno social y personal: familia, amigos, trabajo, religión, sí mismo, entre otros. Incluye dos tipos de componentes: cognitivo y evaluativo. El cognitivo supone los sentimientos generales y la percepción de apoyo que experimenta el individuo; y el evaluativo tiene en cuenta la satisfacción con quienes proporcionan el apoyo, es decir, se considera si el apoyo social resulta pertinente en un momento concreto. En consecuencia no todo el apoyo proporcionado puede ser percibido por el sujeto como suficiente y adecuado. La forma de evaluar es preguntando a las personas en qué medida creen que disponen de apoyo social (Matud y cols. 2002).

Aunque la evidencia es incompleta y pueden influir aspectos temporales y situacionales, como la necesidad real del apoyo y si la conducta de apoyo obtenida es la precisada, se ha encontrado evidencia empírica de que el apoyo social percibido tiene más impacto en la salud que el apoyo recibido (Cohen y Wills, 1985). Una de las explicaciones es que el apoyo percibido actúa a un nivel global aumentando los sentimientos de autovalía y autoeficacia que a su vez se relaciona con un mejor afrontamiento en situaciones conflictivas (Benages y Crespo, 1997).

A demás de las tres categorías distinguidas en el apoyo social, Matud y cols (2002) también distinguen tres tipos principales de funciones del apoyo social: primero, emocional, referido al aspecto de intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación; segundo, instrumental que se relaciona con la prestación de ayuda o asistencia material; tercero, informacional que implica consejo pertinente a la situación.

Cohen y Wills (1985) también reportan que aún cuando el apoyo emocional sea considerado como el principal componente, también se ha encontrado que tanto el apoyo

instrumental como el informacional igualmente se asocian con el bienestar, de manera tal que la forma más efectiva de apoyo depende de la situación en que éste es necesario.

En esta línea, según Baron y Kenny (1986) los principales procedimientos para probar el efecto de apoyo social sobre la salud son los siguientes: el modelo del efecto directo que sostiene que el apoyo social incide directamente sobre la salud, elevando los niveles de bienestar; y, el modelo del efecto amortiguador del estrés, también llamado efecto tapón o buffert, donde la influencia del apoyo social sobre la salud estaría determinada por su efecto modulador sobre las situaciones adversas que generan estrés (Menéndez y cols. 2003; Sepúlveda, Troncoso y Álvarez, 1998; Castro y cols. 1997).

En esta misma línea, Wills y Fegan (2001) reportan que el apoyo social y la salud podrían estar relacionadas, en teoría, a través de varios y diferentes mecanismos, concretamente plantean dos mecanismos estadísticos para probar diferentes tipos de mecanismos teóricos: el modelo del efecto amortiguador versus el efecto principal y el modelo del efecto directo versus el efecto indirecto.

El modelo estadístico del efecto amortiguador versus el efecto principal, según los mencionados autores, requiere para su evaluación un estudio que incluya: a) medidas confiables de estrés y de apoyo social; b) adecuada variabilidad en ambas variables; y c) tener un criterio razonable de medida del estado de salud. Para probar el modelo estadístico puede hacerse: a) con análisis de varianza usando las variables dicotomizadas y probar el efecto interactivo entre el estrés y el apoyo social; o, b) con regresión múltiple usando variables continuas que permitan hacer un cruce de variables (matriz de correlaciones) entre el apoyo social y el estrés.

El modelo estadístico del efecto directo versus el efecto indirecto, según Wills y Fegan (2001) es otro mecanismo a partir del cual se estudia la relación del apoyo social y la salud, mecanismo que es utilizado en la presente investigación para el estudio de la misma. Para los mencionados autores, es posible que el apoyo social actúe directamente sobre variables relevantes para el estado de salud, por ejemplo la presión sanguínea; en este caso el apoyo social actúa directamente sobre las variables. También es posible que el efecto del apoyo sea transmitido a través de una variable intermediaria, por ejemplo, el apoyo social podría estar relacionado con una mayor efectividad en conductas saludables y preventivas, y ésta resultaría en una disminución de la presión sanguínea; en este caso,

el apoyo social tiene un efecto indirecto sobre la variable, mediada por conductas preventivas.

En este sentido, según Baron y Kenny (1986) los principales procedimientos a través de los cuales pueden ser analizados los efectos directos e indirectos del apoyo social sobre la salud es mediante el modelo de ruta o el modelo estructural, siendo el primer modelo el adoptado en la presente investigación.

En la línea del modelo estadístico del efecto directo versus el efecto indirecto, Angelucci (2001) llevó a cabo una investigación en el que a través de un modelo de ruta evaluó la influencia de variables sociodemográficas, el apoyo social y el locus de control de salud sobre la salud en 206 empleados universitarios.

Dentro de los resultados que reporta se encuentra que el apoyo social de amigos y cercanos estuvo influido por el nivel socioeconómico, por el estado civil y por el locus de control externo; encontrándose que a menor locus de control externo ($B = -0.256$), mayor nivel socioeconómico ($B = 0.18$), ser viudo y divorciado ($B = 0.04$) está asociado a un mayor apoyo percibido de amigos y cercanos. En cuanto al apoyo familiar, reporta que estuvo influida por el nivel socioeconómico y por el sexo, en donde ser hombre ($B = -0.24$) y tener un mayor nivel socioeconómico está asociado a una mayor percepción de apoyo familiar; a su vez, este tipo de apoyo afecta a la salud, específicamente, a los síntomas de ansiedad y angustia, de cansancio y sueño, de depresión y de falta de bienestar, encontrándose que a mayor apoyo familiar percibido mayores son los síntomas de ansiedad y angustia ($B = 0.29$), menores son los síntomas de cansancio y sueño ($B = -0.35$), menores son los síntomas de depresión ($B = -0.28$) y menores son los síntomas de falta de bienestar ($B = -0.29$).

En cuanto al apoyo religioso y de grupos encontró la mencionada autora que dicho apoyo no se vio afectada por ninguna de las variables propuestas en el modelo, pero sí afectó a uno de los indicadores de salud, concretamente, a la presencia de síntomas graves ($B = -0.22$), encontrándose que a menor apoyo religioso mayores son los síntomas reportados.

Por otro lado, Dunn, Putallaz, Sheppard y Linstron (1987), llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo era estudiar el papel del apoyo social percibido en la

facilitación del ajuste psicológico de estudiantes de ciencias y matemáticas en una residencia estudiantil, en función de la fuente que brindaba el apoyo. Utilizaron una muestra de 202 sujetos (103 hombres y 99 mujeres), con un rango de edad de 14 a 18 años. Se les administró una escala que evaluaba la percepción del apoyo social general, el apoyo de pares y el apoyo de la familia.

Los resultados del estudio revelaron que, por un lado, no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la percepción del apoyo social de los pares y del apoyo social de la familia. Pero sí se encontró diferencias significativas en el apoyo social general percibido, evidenciándose que los adolescentes masculinos perciben menos apoyo que las adolescentes femeninas. Otro de los hallazgos fue que bajos niveles de apoyo social general percibido está relacionado con bajos niveles de salud psicológica, tanto para los adolescentes masculinos como femeninos.

Otro grupo de investigadores, Matud y cols. (2002), llevaron a cabo un estudio en las Islas Canarias con 1256 mujeres y 913 hombres, cuyo rango de edad era de 18 a 65 años, siendo 34.9 la edad promedio (desviación estándar: 11.7). El objetivo de la investigación consistió en analizar las diferencias de género en la relación entre el apoyo social percibido y salud, entendida esta como ausencia de sintomatología física y psicológica, y estudiar la importancia de los factores sociodemográficos en la percepción del apoyo social en mujeres y hombres. Debido a que se trató de un estudio exploratorio no se plantearon hipótesis. Para la evaluación se valieron de la versión de 28 ítems del Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ-28) y de la Escala de Apoyo Social (AS) diseñado por Matud (1998, cp. Matud y cols. 2002) utilizada como una medida breve y de fácil aplicación de la percepción global del apoyo social.

Dentro de los hallazgos reportados aparecen los siguientes: hubo diferencias significativas con respecto al género ($F = 4.50$, $p = 0.034$), sin embargo tal diferencia fue de escasa magnitud; aunque el porcentaje de la varianza explicada supera apenas el 10% en un caso, se encontró que las personas con menos apoyo social percibidos tienen peor salud, tanto física como mental; se detectó que las mujeres de más edad, con más hijos, y menor niveles de estudios, tienen menos apoyo social; Se encontró una interacción significativa entre el estado civil y el género ($F = 5.38$, $p = 0.022$); al analizar los efectos simples se encontró que en cada categoría de estado civil sólo eran significativas las

diferencias de género en el caso de personas solteras ($F= 11.60$, $p = 0.001$). En este sentido los hombres solteros declararon menos apoyo social que las solteras. Por otro lado, también se encontró que las mujeres separada, divorciadas o viudas son las que menos apoyo social tienen, seguidas de las casadas, siendo las solteras las que declaran mayor apoyo social.

En fin, en el mencionado estudio los resultados mostraron la importancia de los factores sociodemográficos en el apoyo social de la mujer, ya que en comparación con el hombre, sus niveles de apoyo parecen depender más de la edad y de los factores sociales y familiares, el número de hijos, el nivel de instrucción y laboral.

En esta misma línea, Corman, Goldman, Gleib, Weinstein y Cheng-Chang (2003), llevaron a cabo una investigación con el objetivo de evaluar los efectos de las relaciones sociales en la salud en ancianos que vivían en Taiwán. Utilizaron 4 maneras de encuestar y examinaron la relación entre vínculo social, apoyo social percibido y las medidas de salud: mortalidad, estado funcional, auto-evaluación de la salud y depresión. Los datos para este estudio, fueron proporcionados por encuestas de salud y estatus de vida de los ancianos en Taiwán. El estudio inicial, comenzó en 1989, es una base nacional representativa, incluyendo la población institucionalizada, de hombres y mujeres con una edad de 60 años. Las intervenciones fueron finalizadas con 4,049 de 4,412 personas seleccionadas, resultando equivalente a un 92%. Dichos sujetos fueron reevaluados en 1993, 1996 y 1999, las personas fallecidas durante cada seguimiento, fueron documentadas y los individuos sobrevivientes representaban el marco de muestreo en los siguientes estudios.

Con respecto a la medición de la salud, se utilizaron cuatro aspectos de ésta, nombrados anteriormente y se controló el estado de salud previo al estudio señalado. En cuanto a el apoyo social percibido, se midió de dos maneras; la percepción de la disponibilidad del apoyo social y la satisfacción con al apoyo recibido, ya que de acuerdo a los autores del estudio, ambas dimensiones quizá capturaban diferentes aspectos de la percepción (Sarason, Sarason y Pierce, 1990; cp. Corman y cols 2003).

Para el análisis, se midió el efecto del vínculo social y el apoyo social percibido al comienzo de cada estudio en los intervalos: 1989-1993, 1993-1996 y 1996-1999; sobre la

mortalidad y la salud, medidas al final de cada intervalo. Se estimaron 3 modelos para cada resultado de las medidas de salud, el primero, incluía todas las variables de control socioeconómicas y sociodemográficas, además de los índices de la disponibilidad de apoyo social percibido y el vínculo social. El segundo modelo, incorporó el estatus previo de salud de la muestra, en un esfuerzo para determinar cualquier efecto evidente en el primer modelo que haya sido disminuido o eliminado, en la presencia del control de esa variable. En el tercer modelo, se sustituyó los índices de satisfacción con el apoyo social por los índices del apoyo social percibido del modelo anterior. Esto fue necesario, ya que ambos índices estaban altamente correlacionados (el Coeficiente de correlación de Pearson variaba de 0.46 a 0.72 de un lado a el otro).

Con respecto al apoyo social percibido, en el mencionado estudio (Corman y cols. 2003) obtuvieron que la disponibilidad de apoyo social correlacionó significativamente con baja mortalidad ($B = -0.044$), mejor estatus subjetivo de salud ($B = -0.040$) y bajos niveles de depresión ($B = -0.269$) para el primer modelo. De igual modo, en la presencia del control del estado previo de salud de la muestra, el coeficiente sólo es estadísticamente significativo con la medida de depresión ($B = -0.193$) en el segundo modelo. De modo similar, la satisfacción con el apoyo está correlacionado significativamente sólo con la depresión ($B = -0.341$); por lo tanto, los resultados indican que aún controlando la línea base de la salud en los ancianos evaluados, aquellos que tenían alto en la percepción de disponibilidad del apoyo social y quienes estaban más satisfechos con ese apoyo, obtuvieron bajos niveles estadísticamente significativos de depresión al examinar con más detalle su contraparte respectiva.

Estudios similares a los anteriores muestran que las personas que perciben menos apoyo social están más expuestas a experimentar trastornos emocionales y físicos, sobre todo cuando enfrentan altos niveles de estrés, en comparación con las personas que disponen de ese apoyo. En esta línea Nebot, Lafuente, Tomas, Borrell y Ferrando (2002), al analizar la relación entre el apoyo social y la mortalidad en una muestra de 316 hombres y 439 mujeres de 60 años o más, encontraron que para las mujeres, la mortalidad fue superior entre las que no vivían con su pareja, las que tenían menos apoyo vecinal, las que tenían menos amigos o familiares o no acudían regularmente a la iglesia, lugar céntrico del barrio o centro de jubilados.

Las variables sociodemográficas también han sido motivo de interés en el modelo biopsicosocial, por el efecto directo e indirecto que se ha encontrado sobre la salud. La presente investigación se centrará en el estudio de tres variables sociodemográficas: el sexo, la edad y el estado civil.

En cuanto a la variable edad, Angelucci (2001) encontró que los sujetos con menor edad reportaron mayores problemas de salud, sin embargo, en este resultado hay que tener en cuenta que la relación de estas dos variables es de tipo curvilínea, en consecuencia, aún cuando la mencionada investigación no lo reporta, tanto los adolescentes como los ancianos manifiestan mayores problemas de salud.

En lo que respecta al estado civil, un estudio realizado en Barcelona (España), con una muestra de 755 sujetos se encontró que el estado civil mostró una asociación significativa con la mortalidad en ambos sexos; teniendo que, estar casados correlaciona positivamente con mejores condiciones de salud (Martínez, Ortiz y Ato, 2001). De igual manera Gallo, Matthews, Troxel y Kuller (2003), llevaron a cabo un estudio longitudinal por un período de 13 años, con 493 mujeres durante y después de la menopausia, cuyo objetivo era comparar el estado civil y la calidad de las relaciones matrimoniales con factores de riesgo cardiovasculares, encontrando que las mujeres casadas presentan mayores indicadores de salud, en comparación con aquellas que se encuentran en estado de soltería o viudez.

En una investigación, cuyo objetivo fue evaluar el efecto del estado civil sobre la supervivencia de pacientes en estado Terminal de cáncer, Lai y cols. (1999), utilizaron como población la proporcionada por el programa de datos "Supervivencia, epidemiología y resultados finales" (SEER), el cual reúne datos de casos de pacientes con cáncer, de acuerdo a la población base de registros de estos pacientes, en diferentes áreas geográficas de Estados Unidos.

El estudio incluyó 261 casos con cáncer en lugares del organismo comunes, y se excluyeron algunos casos de pacientes con el cáncer en lugares poco común, ya que por el número de pacientes en cada categoría del estado civil, se obtuvo un alto grado de desequilibrio. Por lo tanto, el total de casos incluidos en el análisis fue 255, la determinación de las variables se organizó de la siguiente manera: la raza (blanco,

negros, otros, desconocido), es estado civil: soltero (nunca casado), casado, separado, divorciado, viudo y desconocido. El tratamiento para el cáncer fue codificado como nunca tratado, sólo tratamiento de radiación, sólo cirugía y combinación de cirugía y radiación.

Problema

Como resultado se obtuvo que controlando la edad, la raza y el tratamiento, los hombres casados, solteros, separados, divorciados y viudos tuvieron un pronóstico de supervivencia, significativamente bajo. Para las pacientes femeninas casadas, solteras, separadas y viudas tuvieron peor promedio de tiempo de supervivencia. Es decir, que el caso de los hombres con cáncer terminal estar casados no aumenta, en promedio, el tiempo de supervivencia, en cambio, en las mujeres la condición de casada sí tiene efecto positivo en el tiempo de supervivencia.

En cuanto a la variable sexo, en el mencionado estudio de Lai y cols. (1999), evaluaron dicha variable para conocer si se daba diferentes tiempos de supervivencia en cada una de las personas examinadas. Encontrando que en los pacientes masculinos con cáncer terminal de hígado tuvo el promedio más bajo de supervivencia, 1 mes específicamente después de la fecha del diagnóstico. En cambio, las pacientes femeninas tuvieron un promedio de 2 meses después del diagnóstico. Sin embargo, pacientes tanto masculinos como femeninos con cáncer en el estómago, esófago, el páncreas y el pulmón tuvieron un promedio de supervivencia de 4 meses después del diagnóstico. Igualmente, no se encontró diferencias significativas en el promedio de tiempo de supervivencia en pacientes con cáncer oral, de laringe, de próstata, linfomas y leucemia de ambos sexos, siendo 1 mes en ambos casos. Estos resultados sugieren que el órgano afectado por la enfermedad influye en el tiempo de supervivencia y la diferencia entre este para los pacientes masculinos y femeninos.

En función de todo lo descrito en este apartado y según los hallazgos reportados en la literatura y la necesidad de estudiar la salud, tomando en cuenta sus características multideterminantes e interdependientes, el objetivo de la presente investigación consiste en determinar, a través de un diagrama de rutas, la influencia de la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad, el sexo y el estado civil sobre la salud psicológica. Considerando todos los posibles efectos de cada una de estas variables así como la relación entre ellas, para acercarse de modo más claro y preciso al fenómeno.

III. MÉTODO

Variables

Endógenas

Salud Psicológica

Problema

¿Cómo influye la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad, el estado civil y el sexo sobre la salud psicológica, y cómo es la relación entre estas variables?

Hipótesis

Se pretende evaluar las relaciones contempladas en el siguiente diagrama de ruta:

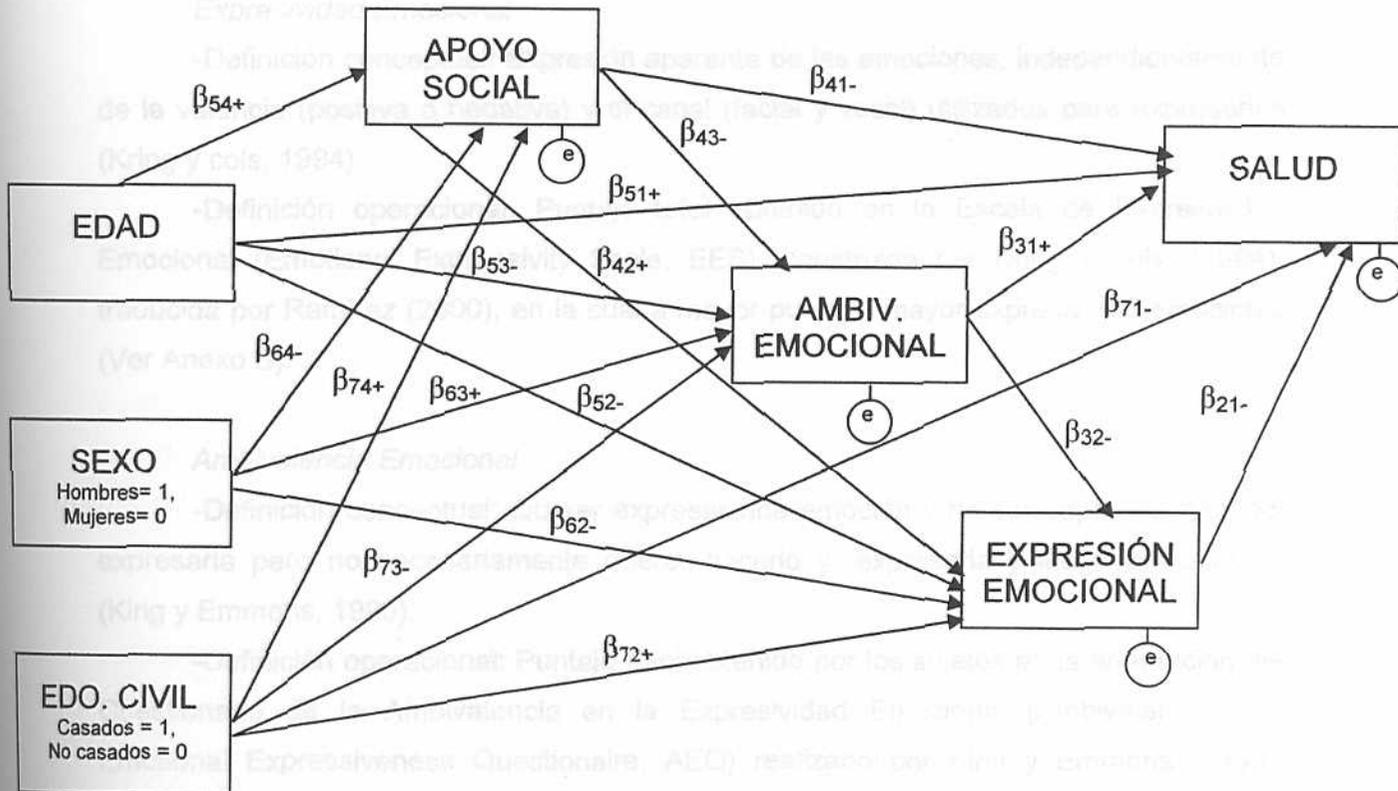


Figura 4. Diagrama de Ruta propuesto. Nota: A mayor puntaje en la escala de salud peor es la salud percibida.

Variables

Endógenas: conceptual: percepción de los sujetos sobre la disponibilidad de recursos de apoyo emocional o informativo; derivada del grupo de amigos y familiares de la familia.

Salud Psicológica
-Definición conceptual: Componentes psicológicos que pueden ser relevantes en el proceso salud-enfermedad. Se refiere a la presencia de síntomas generales asociados con trastornos a nivel emocional y físico (Golberg y Williams, 1988).

-Definición Operacional: Puntaje que se obtiene a partir de la aplicación del Cuestionario de Salud General de Golberg de 28 ítems, GHQ-28, (Ver Anexo A). Se obtienen puntajes en cuatro subescalas que evalúan: a) síntomas somáticos, b) ansiedad e insomnio, c) disfunción social y d) depresión grave; en donde a mayor puntaje en cada una de las subescalas peor es el estado de salud.

Expresividad Emocional

-Definición conceptual: Expresión aparente de las emociones, independientemente de la valencia (positiva o negativa) y el canal (facial y vocal) utilizados para expresarlas (Kring y cols, 1994).

-Definición operacional: Puntaje total obtenido en la Escala de Expresividad Emocional (Emotional Expressivity Scale, EES), construida por Kring y cols. (1994), traducida por Ramírez (2000), en la cual a mayor puntaje, mayor expresividad emocional (Ver Anexo B).

Ambivalencia Emocional

-Definición conceptual: Querer expresar una emoción y no ser capaz de hacerlo, expresarla pero no necesariamente querer hacerlo y, expresarla y luego arrepentirse (King y Emmons, 1990).

-Definición operacional: Puntaje total obtenido por los sujetos en la adaptación del Cuestionario de la Ambivalencia en la Expresividad Emocional (Ambivalence over Emotional Expressiveness Questionnaire, AEQ) realizado por King y Emmons (1990), traducido por Ramírez (2000) en la cual un mayor puntaje representa un mayor grado de ambivalencia (Ver Anexo C).

Población y muestra

La presente investigación centró su estudio en la población de estudiantes de Post-Grado, del primer semestre del período académico 2004-2005 de la UIN.

Apoyo Social:

-Definición conceptual: percepción de los sujetos sobre la disponibilidad de fuentes de ayuda instrumental, emocional o informativa; derivada del grupo de amigos y cercanos, de la familia y de grupos y comunidades religiosas (Taylor, 1999).

-Definición Operacional: Puntaje obtenido en el Cuestionario Apoyo Social de Dunn y cols. (1987), traducida y adaptada al castellano por Feldman y Bagés (1994), donde a mayor puntaje mayor apoyo social percibido, en tres subescalas, apoyo de amigos, apoyo familiar y apoyo religioso (Ver Anexo D).

Exógenas:

-Sexo: Sexo reportado por el sujeto. Será codificado como hombre 1 y mujer 0.

-Estado Civil: Situación actual del individuo en relación a vida de pareja: soltero, casado, concubino, viudo o divorciado. Será codificado como Casados (y concubinos) 1 y no casados (soltero, viudo, y divorciado) 0.

-Edad: años de vida reportados por el sujeto.

Tipo y diseño de investigación

La investigación realizada fue de tipo no experimental explicativa, donde se pretendió evaluar el efecto de la influencia de las variables expresividad emocional, ambivalencia emocional, apoyo social, edad, sexo y estado civil sobre la salud psicológica, sin tener el control directo sobre las variables (Kerlinger y Lee 2002). El estudio se realizó mediante un diagrama de ruta, que plantea, según Briones (1998) un sistema de variables cerrado, lineal, no recursivo, y relacionado con el conocimiento que se tiene de las relaciones causales entre las variables; lo que permite evaluar la influencia directa e indirecta de una variable sobre la otra. El diseño es de corte transversal, ya que estudia el fenómeno a través de una sola medida para cada variable y no a lo largo del tiempo (Salkind, 1999).

Población y muestra

La presente investigación centró su estudio en la población de estudiantes de Post-Grado, del primer semestre del período académico 2004 - 2005 de la Universidad

Católica Andrés Bello. Específicamente se seleccionó una muestra de 463 individuos, 179 hombres y 283 mujeres (una persona no colocó su sexo), con un rango aproximado de 22 a 62 años de edad, de los cuales 160 formaron parte de la categoría de "casados" y 298 en la categoría de "no casados" (tres personas no se colocaron en ninguna de las categorías).

Instrumentos

Cuestionario de Salud General

David Golberg en 1972 desarrolló el "General Health Questionnaire", GHQ (Ver Anexo A) con el fin de evaluar el grado de salud general. Este cuestionario fue concebido como un instrumento autoadministrado, dirigido a la evaluación de la situación actual del examinado (González e Ibáñez, 2001).

Es un instrumento que ha sido recomendado para ser utilizado en atención primaria (nivel preventivo), no sirve para establecer un diagnóstico clínico, ya que Golberg desarrolló el instrumento para identificar el cambio reciente que han experimentado los sujetos en sus manifestaciones físicas y psicológicas, mas no para medir el nivel absoluto de las mismas.

También ha sido empleado para evaluar la asociación de la salud general con algunos elementos psicosociales tales como el apoyo social, el nivel socioeconómico, las condiciones sociopolíticas adversas, conflictos familiares, entre otras (García, 1999).

En los últimos años, el GHQ se ha confirmado como uno de los instrumentos adecuados dentro de las técnicas de despistaje (screening) para estudios epidemiológicos, de hecho sus diferentes modalidades han sido traducidas al menos en 36 idiomas y utilizadas en más de 50 estudios de validación (González e Ibáñez, 2001).

Inicialmente constaba de 93 ítems, pero posteriormente se han realizado versiones más cortas: GHQ-60, GHQ-30, GHQ-20, GHQ-12. En 1979, Golberg y Hillier diseñaron un nuevo modelo de 28 ítems (GHQ-28), versión que será utilizada en esta investigación (Ver Anexo A). Los ítems están agrupados en cuatro subescalas, de siete ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C

(disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta y su forma de corrección es de (0, 1, 2, 3); las opciones de esta versión van desde menos que lo habitual hasta más de lo habitual; donde marcar un mayor puntaje en cualquier ítem significa reportar mayores problemas de salud.

Según García (1999), al evaluar el comportamiento de la escala GHQ encontró que, en conjunto, los datos disponibles han mostrado una elevada fiabilidad test-retest de 0,90, es decir, el instrumento tiende a ser muy estable a lo largo del tiempo.

Molina y Andrade (2002) con la finalidad de hacer una adaptación española del GHQ-28, estudiaron la estructura factorial de la escala en una muestra probabilística y estratificada de 654 sujetos (334 mujeres y 320 hombres), donde se tomó en cuenta la edad (rango: 15 a 65 años), el estado civil (solteros, casados, divorciados, separados y viudos), el nivel de instrucción y estatus laboral. Su procedimiento, en lugar de hacer una traducción literal de la versión original (inglesa), utilizaron la misma metodología utilizada por Goldberg: realizaron el análisis de los componentes principales a la versión de los 60 ítems (puntuación Escala Lickert), para ello utilizaron la solución no rotada y la solución con rotación varimax, con la finalidad de analizar la estructura factorial de la escala. Una vez obtenido los resultados, procedieron a compararlos con la GHQ-28 de versión mexicana y la versión inglesa. Los resultados que obtuvieron Molina y Andrade (2002) fueron los siguientes: en la escala de 60 ítems, administrada a una población rural española, subyacen 14 componentes con autovalor (eigenvalue) de igual o mayor a 1, que explicaban el 59.9 % de la varianza (solución no rotada), pero de estos componentes sólo los 6 primeros, que explicaban 43.6% de la varianza, podrían tener una explicación adecuada a la nueva versión. Estos resultados coinciden con los obtenidos en México (Medina-Mora y cols., 1983, cp. Molina y Andrade, 2002) y en Venezuela (Pacheco y cols. 1998; Angelucci, 2001), pero difieren con la versión original de Goldberg, en donde se reportan 11 componentes que explican 63.4% de la varianza.

La siguiente etapa, de la investigación de Molina y Andrade (2002) para la elaboración de la escala abreviada de Goldberg (GHQ-28), consistió, en primer lugar, tomar los primeros cuatro componentes que explicaban 50.2% de la varianza explicada (solución de rotación varimax); en segundo lugar, de cada componente se escogieron los 7 ítems que más cargaban en sus respectivos factores. Como resultado de esta etapa, se

obtuvo que la varianza explicada se incrementó a 59%. Al comparar estos resultados con la versión mexicana y la inglesa, se evidenció que el citado estudio obtuvo más coincidencia con la versión inglesa que con la versión española. Pero lo más resaltante de esta investigación es que las tres versiones (española, inglesa y mexicana) coinciden en la obtención de cuatro factores y en la naturaleza de los grupos de ítems.

Según la versión española, los factores y los ítems quedaron constituidos de la siguiente manera: factor 1: síntomas somáticos (3, 2, 1, 4, 16, 13, 9), factor 2: ansiedad e insomnio (14, 44, 39, 20, 55, 17, 47, 49), factor 3: disfunción social (36, 28, 30, 46, 54, 35, 32) y factor 4: depresión grave (60, 59, 57, 56, 52, 51).

En la versión de la escala de 28 ítems, éstos quedaron de la siguiente manera:

Síntomas somáticos (factor 1): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

Ansiedad e insomnio (factor 2): 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.

Disfunción social (factor 3): 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.

Depresión grave: 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28.

Además del análisis factorial, otro de los indicadores de la validez de constructo es la convergencia que tiene un instrumento con otro que mide el mismo constructo. En el caso de la GHQ-28 ha evidenciado una alta y positiva correlación con la Escala de Depresión de Beck ($r = 0,92$) y con la escala de ansiedad Rasgo-Estado de Charles Spielberger denominada IDARE ($r = 0,85$).

Sólo se encontró una investigación que cuestionara la validez de una de las escalas del instrumento, y es el llevado a cabo por Van Hemert, Heijer, Vorstenbosch y Bolk (1995). Estos autores en un estudio cuyo objetivo fue evaluar la precisión de cuatro versiones de la Escala de Salud General de Golberg (GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28 y GHQ-12) en desórdenes psiquiátricos, con 290 pacientes, encontraron que la subescala síntomas somáticos era muy pobre para discriminar entre los sujetos con enfermedades físicas y sujetos con trastornos psicológicos; ponen como ejemplo el ítem número tres de la escala, que dice: ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?, según los autores este agotamiento o fatiga puede ser producto debido a una condición física o producto de una condición psicológica, por lo tanto da lugar a puntajes erróneos.

Dos años después de esta investigación, Goldberg, Gater, y cols. (1997), apoyados por la Organización Mundial de la Salud, realizan un estudio con 5438 pacientes entrevistados en 15 centros de diferentes países del mundo (Ankara, Atenas, Bangalore, Berlín, Groningen, Ibadan, Mainz, Manchester, Nagasaki, París, Río de Janeiro, Santiago de Chile, Seattle, Shangai, y Verona), en 11 lenguas diferentes. El objetivo de la investigación se centró en comparar la validez de la GHQ-12 con la GHQ-28. Dentro de los hallazgos obtenidos se encuentra que: los coeficientes de validez de las versiones en las 10 lenguas diferentes fueron tan altas como la de la lengua original, además, las dos versiones de la escala, GHQ-12 y GHQ-28, fueron igualmente de robustas en confiabilidad y validez, por lo que se pueden utilizar indistintamente. Con respecto a la crítica mencionada en el estudio anterior (Van Hemert, y cols. 1995), estos autores afirman que el hecho de que una subescala tenga coeficientes bajos, no significa que todo el instrumento carezca de validez; por lo tanto, la sugerencia de echar a un lado la GHQ-28 no tiene lugar, ya que hay muchas investigaciones que respaldan sus indicadores de confiabilidad y validez.

Para la presente investigación se obtuvo la confiabilidad y la estructura factorial de la escala, las cuales son reportadas en el análisis de los resultados.

Escala de Expresividad Emocional (EES)

El instrumento realizado por Kring y cols. (1994), denominado Emocional Expressivity Scale, (Ver Anexo B) consta de 17 ítems que pretenden medir la aparente exhibición de las emociones, independientemente de la valencia (positiva o negativa) y del canal (vocal, facial, gestual) utilizado para expresarlas. Las categorías de respuesta van de 1 (siempre falso) a 6 (siempre verdadero); donde a menor puntaje, mayor expresividad emocional. Es importante que el sujeto debe marcar aquella opción que mejor le describe. La escala es un modelo tipo Lickert que, según Kerlinger y Lee (2002), consta de un conjunto de elementos de actitudes, todas consideradas, aproximadamente, de igual valor de actitud, y en donde los sujetos responden con diversos grados de acuerdo o desacuerdo (intensidad).

Los autores de la escala, mencionados anteriormente, llevaron a cabo diversos estudios y obtuvieron grados de confiabilidad de 0.90 a través del coeficiente alfa de Cronbach y una confiabilidad test retest de 0.90 aplicado luego de cuatro semanas. De igual modo, Shaw, Patterson, Shirley y Dimsdale (2002) en una investigación interesada en evaluar el efecto interactivo del estrés crónico y de la expresividad emocional sobre la presión sanguínea se obtuvo una alta confiabilidad de 0.88 (Alpha de Cronbach) comparado con el rango de 0.90 a 0.93 (Alpha de Cronbach) del estudio de Kring y cols. (1994).

Con respecto a la validez convergente, una forma de validez de constructo, se ha evidenciado, en diversos estudios, que la escala original mide lo que busca evaluar, es decir, cumple el objetivo para la cual fue creada. En este sentido, se obtuvo una significativa correlación ($r= 0.64$) con el Cuestionario de Expresión Emocional (EEQ, siglas en inglés) de King y Emmons, que evalúa el mismo constructo (Kring y cols., 1994). De igual manera, en un estudio reciente de la valoración de la validez convergente, se obtuvo una correlación significativa ($r= 0.45$) con la adaptación española del Cuestionario de Creencias sobre los efectos del comportamiento social de las emociones (BSEQ) realizada por Sánchez, Zech y Rovira (2004).

Por otro lado, al evaluar la validez divergente se encontró que la escala no correlaciona significativamente con aquellas que miden diferentes constructos, por ejemplo, no correlacionó con escalas que miden el automonitoreo y el autocontrol de la conducta expresiva verbal y no verbal (SMS) ($r=0.12$), así como tampoco con escalas que miden deseabilidad social (MCSDS) ($r= -0.01$), autoestima ($r=0.04$), entre otras.

En la presente investigación se tomó la versión en castellano de la escala validada por jueces expertos para el trabajo de investigación de Ramírez, (2000). En esa validación se modificaron las categorías de respuesta de los ítems, resultando un rango desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo) y se corrigió en forma inversa a la original, por lo que un mayor puntaje indica mayor expresividad emocional (Ver Anexo B). Por otro lado, en ese estudio, realizado en Venezuela, se administró una prueba piloto conformada por 186 estudiantes, obteniéndose un coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach de 0.91 y la presencia de un solo factor que explica el 43% de la varianza total, como aproximación a la validez de constructo. Posteriormente, en la aplicación de la

versión final del instrumento, administrada a una muestra de 501 estudiantes, se encontró un alto coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach de 0.89; además mediante la realización de un análisis factorial, nuevamente se encontró que la escala cuenta con un solo factor, en esa oportunidad explicó el 37% de la varianza total del instrumento.

En el año 2004, Bujanda y Chriqui en un estudio realizado sobre expresividad emocional en adolescentes venezolanos, cuya muestra fue de 406 estudiantes (190 hombres y 216 mujeres), obtuvieron una alta consistencia interna en la escala (confiabilidad de 0.73, según el coeficiente alfa de Cronbach). A diferencia de Kring y cols. (1994) y Ramírez (2000), dichas autoras encontraron la existencia de dos factores en la escala, según el análisis de los componentes principales con rotación Varimax y y autovalor de 1.5. El primer factor, denominado *No Evitar Expresión de las Emociones*, compuesto por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 8, 11, 13, 15 y 17, explicó el 18.73% de la varianza; el segundo, denominado *Expresión Abierta de las Emociones*, compuesto por los ítems 6, 10, 13, 16, 18 y 20, explicó el 14% de la varianza. La explicación que dieron las autoras a estos resultados fue que los dos factores obtenidos hacen referencia a la tendencia a expresar las emociones, por lo tanto no consideraron totalmente contrario a los hallazgos encontrados en los estudios donde sólo se reporta un factor.

En el análisis de los resultados se reporta la confiabilidad y la estructura factorial de la escala.

Questionario de la Ambivalencia en la Expresividad Emocional (AEQ)

El cuestionario construido por King y Emmons en el año 1990 denominado *Ambivalente over Emocional Expressiveness Questionarie (AEQ)*, pretende medir la ambivalencia de la expresividad emocional bajo diferentes dimensiones, a saber, el querer expresar la emoción y no saber cómo hacerlo, el expresarla pero no necesariamente querer hacerlo, y expresarla pero luego arrepentirse (Ver Anexo C).

El instrumento consta de 28 ítems y la puntuación de cada uno tiene un rango del 1 al 4, en donde 1 indica que el sujeto nunca ha sentido lo que sugiere el ítem, mientras que 4 indica que el sujeto frecuentemente lo siente de esa manera. Es una escala tipo

Lickert donde a mayor puntaje, mayor grado de ambivalencia en la expresividad emocional.

Al analizar los índices de confiabilidad y validez, King y Emmons (1990) reportan un coeficiente alpha de 0.89 y una confiabilidad test retest 0.78, por lo que hace la prueba tenga una significativa consistencia interna. En cuanto a la validez, los autores reportan que el AEQ presenta validez convergente con la Escala de la Intensidad de la Ambivalencia (RIA, siglas en inglés), en donde a mayor intensidad, mayor conflicto experimentado ($r = 0.35$). Por otro lado, presenta una validez divergente con el Cuestionario de Expresividad Emocional (EEQ, siglas en inglés), en donde a mayor ambivalencia, menor es la expresividad emocional ($r = -0.25$).

De acuerdo a los hallazgos derivados del análisis factorial, King y Emmons (1990), encontraron que en la escala subyacen dos dimensiones: el primero, relacionado con la ambivalencia en las expresiones positivas de la emoción, referido al temor de manifestar vulnerabilidad en la expresión del amor y el afecto; el segundo factor, relacionado con la ambivalencia en la expresión de las emociones principalmente negativas, el cual hace referencia a la experiencia de conflicto vivido en el momento de expresar la ira, la soberbia y la envidia.

Ramírez (2000), realizó una versión en castellano, en la cual se modificaron las categorías de respuesta de los ítems, por lo que la puntuación va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo) (Ver Anexo C) y, debido a un error de omisión, el cuestionario estuvo conformado por 27 ítems, obviándose el ítem número 28 de la escala original que dice: "Después de expresar los sentimientos de ira a alguien, experimento malestar por largo tiempo" ("After I express anger at someone, it bothers me for a long time"). De la misma manera que Ramírez (2000), en la presente investigación también se incurrió en la omisión de dicho ítem.

En el mencionado estudio, la escala se aplicó a una prueba piloto que estuvo conformada por 186 estudiantes, en donde se obtuvo un coeficiente de confiabilidad, a través del alpha de Cronbach, de 0.91. Además, encontraron de la misma manera que los autores de la escala, la presencia de los dos factores, en esta oportunidad explicaron el 38% de la varianza total.

Luego de la prueba piloto, Ramírez (2000) procedió a la aplicación final del instrumento, donde encontraron una alta consistencia interna de los ítems que conforman el instrumento (alpha de Cronbach de 0.92). De igual manera, se obtuvo, mediante la realización de un análisis factorial de componentes principales, los dos factores constitutivos de la prueba, en esta oportunidad explicó el 40% (33% y 7%, respectivamente, de la varianza total). El primer factor estuvo conformado por los ítems 1, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25 y 27, denominado por los autores de la escala, ambivalencia en la expresión de emociones positivas; mientras que el segundo factor, conformado por los ítems 2, 3, 4, 12, 13 y 16, fue denominado como ambivalencia en la expresión de las emociones negativas.

En la investigación realizada por Bujanda y Chriqui (2004), utilizaron el Cuestionario de la Ambivalencia en la Expresividad Emocional, en una muestra de 406 adolescentes con edades comprendidas entre 15 y 19 años. Reportan que la una confiabilidad altamente significativa (alfa de Cronbach de 0.87). En cuanto al análisis factorial; realizado a través de los componentes principales, rotación Varimax y autovalor de 1.5; igualmente obtuvieron una dos factores, que en esa oportunidad explicaron el 30.2% de la varianza total. El primer factor, conocido como ambivalencia en la expresión de las expresiones positivas, estuvo conformada por los ítems: 1, 5, 6, 8, 10, 11, 14, 17, 18, 19, 22, 24, 25 y 27; mientras que en el segundo factor, ambivalencia en la expresión de las emociones negativas, estuvo conformado por los ítems: 3, 4, 7, 12, 13, 16, 21, 23 y 26. En cuanto a los ítems 2, 9, 15 y 20, las autoras reportan que no fueron considerados en el cálculo de las puntuaciones debido a que su carga factorial estuvo por debajo del punto de corte establecido (0.35).

De nuevo se verificó, en esta investigación, la confiabilidad y la estructura factorial de la escala, datos que se reportan en el apartado de análisis de resultados.

Cuestionario de Apoyo Social

Este cuestionario fue elaborado por Dunn y cols. (1987), traducido y adaptado por Feldman y Bagés (1994), para evaluar el apoyo social percibido por los sujetos. Los ítems del cuestionario representan cinco factores o subescalas que hacen referencia a

familia en general, constituido por los ítems 3, 5, 9, 10, 16, 19, 21, 25, 26 y 27 (en forma diferentes fuentes de apoyo social: apoyo de amigos, apoyo de personas cercanas o próximas, apoyo de la familia, apoyo en general y opinión acerca del apoyo.

Dicho cuestionario está compuesto por 28 ítems (Ver Anexo D), donde el individuo debe responder en una escala del 0 al 3, donde el 0 significa "nada" o "nunca" y 3 "mucho" o "siempre", de acuerdo a la presencia o no de cada una de las situaciones. Por tanto, tener alta puntuación en la escala implica tener un alto apoyo social.

La confiabilidad de la escala, calculada por Guarino (1991) mediante el Alpha de Cronbach, arrojó un alto índice de consistencia interna de 0.78, es decir, los ítems de la escala mostraron ser homogéneos. En 1995, Katz en un estudio cuyo objetivo fue determinar la influencia del estrés y el apoyo social sobre la salud, en una muestra de estudiantes de bachillerato, reporta haber obtenido, por el mismo método de Guarino (1991), un alto índice de consistencia interna de los ítems de la escala, siendo el resultado 0.88; además, para complementar la evaluación de la confiabilidad aplicó el método de división por mitades, método utilizado para estimar el coeficiente de precisión de un test, es decir, discrimina si los ítems de la escala miden lo que miden; obtuvo que la escala presenta un alto índice de precisión, 0.73.

En cuanto a la validez del instrumento, Pacheco y cols. (1998) evaluaron la misma a través de un análisis factorial, encontraron en el instrumento tres factores, que explicaban el 49% de la varianza total, a saber: apoyo general, apoyo de amigos, apoyo de sí mismo y de figuras importantes. Los ítems que conformaban cada factor son: apoyo general (2, 3 negativo, que significa que la escala se puntúa a la inversa, tomando al "0" como "mucho" o "siempre" y "3" como "nada" o "nunca" y los ítems 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 27, 28), apoyo de amigos (1, 4, 8, 20, negativos, 23, 24) y apoyo de sí mismo y figuras importantes (7, 11, 12, 16, 17, 26). Hallazgos parecidos fueron reportados por Angelucci (2001), en donde además de encontrar una alta consistencia interna de los ítems en la escala (coeficiente alfa de Cronbach es igual a 0.85), obtuvieron tres componentes que explican el 41.04% de la varianza total. Pero, en este último estudio los tres componentes fueron denominado de manera diferente; el primer factor, relacionado con el apoyo percibido de amigos y personas cercanas, fue denominado *apoyo de amigos y cercanos*, estuvo constituido por los ítems 1, 4, 8, 9, 13, 14, 19, 20, 23 y 24; el segundo factor, relacionado con el apoyo de hermanos, padres y

familia en general, constituido por los ítems 3, 5, 9, 10, 15, 18, 21, 25, 26 y 27 (en forma inversa), fue denominado *apoyo familiar*. El tercer factor, relacionado con el apoyo de grupos y comunidad religiosa, fue denominado *apoyo religioso*, y estuvo constituido por los ítems 6, 7, 11, 16 y 17.

La corrección de la escala se realiza obteniendo un puntaje por cada factor, a fin de conocer la cuantía del apoyo recibido por cada uno de las fuentes. A mayor puntaje en cada factor mayor apoyo recibido.

En la presente investigación, a esta escala no se le verificó la confiabilidad y la estructura factorial debido al gran respaldo empírico que se encuentra en la literatura venezolana,

Con todos los instrumentos mencionados y descritos anteriormente se construirá el instrumento final, el cual quedará de la siguiente manera en orden especificado a continuación: 1°) Datos de identificación, conformados por la edad, el sexo y el estado civil del sujeto que responde, 2°) Cuestionario General de Salud de Golberg (GHQ-28), 3°) Escala de Expresividad Emocional (EES), 4°) Cuestionario de la Ambivalencia en la Expresividad Emocional (AEQ) y 5°) Escala de Apoyo Social (Ver Anexo E).

Procedimiento

Para llevar a cabo la presente investigación se acudió a la dirección de post-grado, en donde se hizo entrega de una carta de petición de autorización para administrar las escalas. Una vez obtenida la autorización, se procedió a aplicar los instrumentos a aquellas personas voluntarias que estaban inscritas en algunos de los cursos de postgrado de la UCAB .

Posteriormente, luego de corregir cada uno de los instrumentos, se procedió a la creación de una base de datos en el programa de estadística SPSS. El siguiente paso consistió en la aplicación de los análisis estadísticos pertinentes, con la finalidad, por un lado, de determinar la confiabilidad y validez de cada una de las escalas, excepto el Cuestionario de Apoyo Social, debido a la robustez de sus coeficientes, obtenidos en

diferentes investigaciones que han utilizado como población a los alumnos de la UCAB. Por otro lado, con la finalidad de analizar el comportamiento de cada una de las variables en la muestra seleccionada.

Verificada la confiabilidad y validez de los instrumentos, se procedió, primero, al análisis de los estadísticos descriptivos obtenidos de la muestra evaluada; segundo, al análisis del comportamiento de cada una de las variables que conforman el modelo propuesto; tercero, al análisis de las influencias directas e indirectas de las variables entre sí.

Realizados los diferentes análisis, se procedió a discutir los resultados, presentar las conclusiones, y por último identificar las limitaciones de la investigación y proponer las sugerencias para futuras investigaciones.

Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación se rigió por los lineamientos éticos impuestos por la American Psychological Association (1992; cp. Salkind, 1999) y por el texto emanado de la Escuela de Psicología (2002). Así en el presente estudio: a) se respetó y respetará la confidencialidad de los datos, resguardando de este modo la información obtenida acerca de los sujetos; b) a los participantes se les pidió verbalmente el consentimiento informado para participar en la investigación; c) se aseguró que los participantes estuviesen libres de toda coacción, tuvieron la oportunidad de negarse a participar o decidir retirarse en el momento que estén llenando los instrumentos de la investigación; d) se garantiza que una vez finalizada la investigación, se podrá tener acceso a ella mediante material impreso; e) los investigadores asumen que son los responsables de todos los aspectos de la investigación, incluyendo la protección de los participantes, los créditos de los autores citados, la realización de citas apropiadas, el registro adecuado de los datos, y la presentación clara de los datos y de la información completa de los hallazgos.

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

De los Instrumentos

En la presente investigación, cuya muestra fue de 469 estudiantes de post-grado de la Universidad Católica Andrés Bello, se realizó un análisis psicométrico (confiabilidad y estructura factorial) de todos los instrumentos utilizados, a excepción de la escala de apoyo social debido al respaldo empírico registrado en la literatura, al respecto.

En lo que respecta a la escala de Salud General de Golberg (GHQ-28), se obtuvo, a través del coeficiente Alfa de Cronbach, una consistencia interna alta y significativa ($\alpha=0.90$). Todos los ítems correlacionaron con la prueba de manera positiva (de 0.28 a 0.67), a excepción del número 15, el cual correlacionó de manera baja ($\alpha= 0.14$) debido, tal vez, a problemas de redacción (Ver Anexo F). Al realizar el análisis de componentes principales, con un autovalor de 1, se obtuvo 4 factores que explican el 50.5% de la varianza total. En donde el primer factor explica el 14.9%, el segundo explica el 13.1% el tercero el 11.5% y el cuarto el 10.9% (Ver Anexo G).

Para una descripción exhaustiva de los componentes de la escala de Salud General de Golberg, se utilizó una rotación Varimax, con punto de corte 0.40, dando lugar a que todos los ítems cargaran en alguno de los factores a excepción del número 15. El factor 1 compuesto por los ítems 8,9,10,11,12,13,14, hace referencia a la subescala, denominada por el autor del instrumento como, *Ansiedad e Insomnio*. El segundo factor integrado por los ítems 22,23,24,25,26,27, se refiere a *Depresión Grave*. El tercer factor conformado por los ítems 16,17,18,19,20,21, referido a *Disfunción Social*. Por último el cuarto factor compuesto por los ítems 1,2,3,4,5,6,7 se denomina *Síntomas Somáticos* (Ver tabla 1).

La estructura factorial obtenida es consistente con los resultados del autor del instrumento y de las diferentes investigaciones reportadas por Molina y Andrade (2002), de la Revilla, de los Ríos y del Castillo (2004). Se puntualiza que el ítem 15 debe revisarse dado su baja correlación con el puntaje total y por no cargar, según el criterio, en algún factor.

Tabla 1. Matriz rotada de la Escala de Salud General de Golberg (GHQ-28)

	COMPONENTES			
	1	2	3	4
GHQ1	,299	7,835E-02	,260	,462
GHQ2	,386	-2,430E-02	,122	,536
GHQ3	,466	3,939E-02	,172	,461
GHQ4	,403	7,801E-02	,125	,539
GHQ5	5,574E-02	,126	7,930E-02	,759
GHQ6	,164	,162	-1,885E-02	,762
GHQ7	9,874E-02	5,762E-02	1,170E-02	,513
GHQ8	,780	5,107E-02	6,066E-02	3,198E-02
GHQ9	,722	3,685E-02	4,922E-02	2,666E-02
GHQ10	,769	7,393E-02	5,074E-02	,219
GHQ11	,691	,144	9,912E-02	,311
GHQ12	,480	,127	,297	,272
GHQ13	,505	,205	,179	,266
GHQ14	,647	,239	,148	,298
GHQ15	4,309E-02	2,982E-02	,123	,148
GHQ16	,384	,129	,415	,164
GHQ17	6,553E-02	,123	,789	4,008E-02
GHQ18	,154	6,466E-02	,826	7,959E-02
GHQ19	9,157E-02	,235	,703	7,035E-02
GHQ20	6,568E-03	,145	,635	1,268E-02
GHQ21	,235	7,411E-02	,597	,250
GHQ22	9,557E-02	,548	,269	,209
GHQ23	,186	,594	,235	,130
GHQ24	4,162E-02	,752	,194	,194
GHQ25	4,817E-02	,756	2,680E-02	-2,498E-02
GHQ26	,345	,513	9,297E-02	,153
GHQ27	,103	,824	5,975E-02	,114
GHQ28	2,973E-02	,792	7,859E-02	-6,087E-02

En negritas carga factorial mayor a 0.40

La escala de Expresividad Emocional de Kring y cols. (1994) reporta una confiabilidad de 0.88, calculada a través del Alfa de Cronbach, lo que significa que tiene una consistencia interna significativamente alta. Además todos los ítems presentan una correlación positiva (de 0.28 a 0.63) con respecto a la prueba (Ver anexo H).

A partir del análisis de los componentes principales, con un autovalor de 1, con un punto de corte de 0.40 y rotación varimax, se obtuvo 2 factores que explican el 46.4% de la varianza total. El primer factor denominado, al igual que por Bujanda y Chriqui (2004), como *No Evitar Expresión de las Emociones*, está compuesto por los ítems 1,2,3,4,5,7,8,11,13,15,17 y explica el 29.9% de la varianza total. El segundo factor denominado *Expresión Abierta de las Emociones*, está conformado por los ítems 6,9,10,12,14,16 y explica el 16.6% de la varianza (Ver tabla 2).

Tabla 2. *Matriz rotada de la Escala de Expresividad Emocional (EES)*

	COMPONENTES	
	1	2
EE1	,747	,142
EE2	,748	8,909E-02
EE3	,726	,116
EE4	,686	,150
EE5	,698	,217
EE6	,210	,607
EE7	,610	,185
EE8	,611	5,956E-02
EE9	9,870E-02	,687
EE10	-2,314E-02	,690
EE11	,524	,132
EE12	,130	,638
EE13	,635	,173
EE14	,436	,614
EE15	,654	,266
EE16	,251	,658
EE17	,549	,122

En negritas carga factorial mayor a 0.40

De esta manera, se tiene que la estructura factorial de esta escala no coincide con los hallazgos obtenidos por los autores originales (Kring y cols., 1994), ni con el estudio realizado por Ramírez (2000), para quienes la escala está conformado por un solo factor. Sin embargo, sí concuerdan con la investigación de Bujanda y Chriqui (2004), quienes al trabajar con sujetos adolescentes reportan la estructura de dos factores de la escala mencionada.

La escala de Ambivalencia Emocional (King y Emmons, 1990) mostró tener una consistencia interna significativamente alta ($\text{Alpha} = 0.93$). De igual manera, todos los ítems correlacionaron de forma positiva con la prueba (de 0.32 a 0.68) (Ver Anexo I). Al realizar el análisis de los componentes principales, con un autovalor de 1.5 y con una rotación varimax y un punto de corte de 0.40, se encontró una estructura bifactorial que explica el 44.4% de la varianza total. Hubo ítems que cargaron igualmente en los dos factores, por tanto el criterio elegido para la ubicación en los factores fue el contenido de los mismos. El primer factor, denominado *Ambivalencia en las Expresiones de las Emociones Positivas*, explica el 24.1% de la varianza total y está conformado por los ítems: 1, 5, 6, 8, 10, 11, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27; mientras que el segundo factor, denominado *ambivalencia en la expresión de las emociones negativas*, explica el 20,3% de la varianza total y está conformado por los ítems: 2, 3, 4, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16. Estos resultados concuerdan tanto con los reportados por los autores de la escala (King y Emmons, 1990), como por las autoras venezolanas Bujanda y Chriqui (2004) y Ramírez (2000).

Tabla 3. Matriz rotada de la Escala de Ambivalencia Emocional (EAQ)

De la Situación de Gempo

	COMPONENTES	
	1	2
EAQ1	,624	,283
EAQ2	,259	,386
EAQ3	,231	,537
EAQ4	-7,393E-04	,601
EAQ5	,382	,559
EAQ6	,529	,413
EAQ7	,271	,578
EAQ8	,646	,348
EAQ9	,326	,594
EAQ10	,509	,534
EAQ11	,609	,393
EAQ12	,262	,541
EAQ13	,179	,620
EAQ14	,372	,493
EAQ15	,278	,586
EAQ16	,101	,594
EAQ17	,732	,148
EAQ18	,743	,189
EAQ19	,559	,466
EAQ20	,424	,329
EAQ21	,428	,450
EAQ22	,726	,196
EAQ23	,390	,548
EAQ24	,759	,240
EAQ25	,581	,413
EAQ26	,222	,274
EAQ27	,778	,161

En negritas carga factorial mayor a 0.39

De la Situación de Campo

Una vez reportada la confiabilidad y la validez de constructo de los instrumentos Escala de Salud General de Golberg, Escala de Expresividad Emocional y la Escala de Ambivalencia Emocional; se llevó a cabo el cálculo de los estadísticos descriptivos con la finalidad de estudiar la distribución y comportamiento de los puntajes en cada una de las variables implicadas en el diagrama de ruta (Ver tabla 4).

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las variables implicadas en el modelo

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN	ASIMETR	CURTOSI
Ansiedad e Insomnio	446	,00	20,00	6,3901	4,7291	,741	-,157
Depresión Grave	453	,00	21,00	6,7196	5,4333	,629	-,532
Disfunción Social	449	,00	18,00	5,4588	3,0893	,755	1,080
Síntomas somáticos	452	,00	17,00	1,1881	2,6716	3,520	14,005
Expresión Abierta	450	6,00	24,00	16,9000	3,9862	-,144	-,421
No Evitar la expresión	438	13,00	44,00	32,2260	7,3252	-,213	-,832
Ambivalencia Emoción +	444	16,00	63,00	33,7703	11,2399	,181	-,883
Ambivalencia Emoción -	448	10,00	40,00	22,2277	6,5410	,008	-,609
Apoyo Amigos	452	7,00	30,00	24,2765	5,0396	-,951	,414
Apoyo Familiar	451	4,00	30,00	23,4501	4,7196	-1,108	1,218
Apoyo Religioso	451	,00	15,00	8,3392	3,4095	,043	-,706

En lo referente a la **Escala de Salud General de Golberg**, en donde a mayor puntaje peor es el estado de salud, se encontró que en la subescala *Ansiedad e Insomnio* el puntaje mínimo fue de 0 mientras que el máximo fue de 20, con una media aritmética de 6.4, una mediana de 5, una asimetría positiva ($As= 0.74$), lo cual indica que los datos tendieron a agruparse en puntuaciones inferiores de manera platicurtica ($Ku= - 0.16$) y heterogénea ($CV= 73.43\%$). En otras palabras, los sujetos evaluados tienden a presentar pocos síntomas de ansiedad e insomnio.

En la subescala de *Depresión Grave* el puntaje mínimo fue 0 y el máximo 21, con una media aritmética de 6.7, una mediana de 5, con una tendencia a agruparse en puntuaciones inferiores, dada la asimetría positiva ($As= 0.63$) en una distribución

platicúrtica ($Ku = -0.53$) y moderadamente heterogénea ($CV = 50.59\%$) En otras palabras, los sujetos reportaron pocos síntomas de depresión.

En la subescala de *Disfunción Social* el puntaje mínimo fue de 0 y el máximo 18, una media de 5.5, una mediana de 5, una asimetría positiva ($As = 0.66$), lo cual revela que los sujetos reportan pocos síntomas de disfunción social por estar agrupados en los puntajes inferiores, de manera leptocúrtica ($Ku = 1.1$) y heterogénea ($CV = 56.36\%$).

La última subescala es la denominada *Síntomas Somáticos* presentó un puntaje mínimo de cero y un puntaje máximo de 17, una media aritmética 1.19, la mediana 0, la asimetría altamente positiva ($As = 3.5$), lo cual implica que los sujetos no reportan síntomas somáticos por estar agrupados en la parte inferior de la distribución marcadamente leptocúrtica ($Ku = 14$) y heterogénea ($CV = 226.89\%$).

En la **Escala de Expresividad Emocional**, compuesta por dos factores, se encontró que con respecto al factor denominado *No Evitar la Expresión de las Emociones*, la puntuación mínima obtenida fue de 13 y la máxima de 44, en donde a mayor puntaje mayor tendencia a no evitar la expresión de las emociones, la media aritmética de 32.2, la mediana de 32, una asimetría negativa ($As = -0.21$), lo que indica que los datos tendieron a agruparse en puntuaciones superiores, de manera platicúrtica ($Ku = -0.83$) y homogénea ($CV = 22.67\%$). Es decir, los sujetos evaluados tienden a no evitar la expresión de sus emociones.

Con respecto al factor denominado *Expresión Abierta de las Emociones*, en el que a mayor puntaje mayor es la tendencia a mostrar abiertamente las emociones, se obtuvo un valor mínimo de 6 y un puntaje máximo de 24, una media de 16.9, una mediana de 17, una asimetría baja y negativa ($As = -0.14$), lo cual indica que los sujetos se agrupan en los puntajes medio-altos de una distribución platicúrtica ($Ku = -0.42$) y homogénea ($CV = 23.08\%$). En este sentido, se puede observar que los sujetos evaluados tienden a mostrar abiertamente sus emociones en forma moderada.

Para la **Ambivalencia Emocional**, donde a mayor puntaje mayor grado de conflicto en la expresión de las emociones, se obtuvo en la subescala *Ambivalencia en las Expresiones de las Emociones Positivas*, un puntaje mínimo de 16 y un puntaje máximo

de 63, una media de 33.8, una mediana de 35, con una distribución asimétrica y positiva ($As= 1.18$), agrupándose los datos, de forma platicúrtica ($Ku= -0.88$) y heterogénea ($CV= 51.18\%$), en las puntuaciones moderadas de la escala. Esto indica que las personas evaluadas tienden a reportar bajos niveles de ambivalencia en la expresión de sus emociones positivas. En la subescala *Ambivalencia en las Expresiones de las Emociones Negativas*, un puntaje mínimo de 10 y un puntaje máximo de 40, una media de 22.2, una mediana de 22.5, con una distribución simétrica ($As= 0.008$) y homogénea ($CV= 29.41\%$), agrupándose los datos, de forma platicúrtica ($Ku= -0.61$), en los puntajes medio-bajos de la escala, es decir, los sujetos reportan niveles medios de ambivalencia en las expresiones de las emociones negativas.

Con respecto al **apoyo social de amigos y cercanos**, en el cual a mayor puntaje mayor apoyo, se obtuvo una puntuación mínima de 7 y una máxima de 30, la media aritmética es igual a 24.3, la mediana 25.5, una asimetría negativa ($As= - 0.95$), lo cual indica que los sujetos se agrupan en los puntajes mayores de una distribución leptocúrtica ($Ku=0.41$) homogénea ($CV= 20.58\%$) Esto evidencia que la muestra examinada percibe alto apoyo de sus amistades.

Por otro lado, el **apoyo familiar** presentó un puntaje mínimo de 4 y una puntaje máximo de 30, una media de 23.4, una mediana de 25, una distribución con una asimetría alta y negativa ($As= -1.1$), dando lugar a una distribución marcadamente leptocúrtica ($Ku= 1.2$) y homogénea ($CV=20.09\%$), en la que las puntuaciones se agrupan en el rango superior. Esto indica que los individuos evaluados muestran un alto grado de apoyo por parte de su familia.

Por último, se hace referencia al **apoyo social de grupos y comunidad religiosa**, donde se obtuvo un puntaje mínimo de 0 y una puntuación máxima de 15, una media de 8.3, una mediana de 8 y una distribución casi simétrica ($As= 0.04$) y medianamente heterogénea ($CV= 40.96\%$), con los puntajes agrupados hacia el rango medio bajo de una distribución platicúrtica ($Ku= - 0.71$). Lo cual indica que los sujetos evaluados reportan tener niveles medios de apoyo de grupos y comunidad religiosa.

De esta manera se tiene que la muestra evaluada en el presente estudio evidencia tener buena salud, ya que tienden a presentar pocos síntomas de ansiedad e insomnio,

de depresión grave, de disfunción social y de síntomas somáticos. Además no evitan la expresión de sus emociones sino más bien las expresan abiertamente, tienen niveles moderados de ambivalencia en la expresión de emociones positivas y negativas, y manifiestan percibir un alto grado de apoyo social de amigos y de familia y niveles medios de apoyo social de tipo religioso.

Por otra parte, con la finalidad de verificar los diferentes supuestos del análisis de regresión múltiple, base del análisis de ruta planteado, se evaluaron en principio los criterios de normalidad de las variables endógenas, los supuestos de los errores y la multicolinealidad entre las variables independientes del modelo de regresión, observándose que todas se distribuyen normalmente a excepción de la subescala *síntomas somáticos del* Cuestionario de Salud General de Goldberg por las razones mencionadas anteriormente. En lo que respecta a la presencia o ausencia de multicolinealidad se observó que los coeficientes de correlación (producto-momento de Pearson) de las diferentes variables independientes del estudio, son todos inferiores a 0.70, lo cual excluye la posibilidad de la existencia de multicolinealidad entre las variables independientes (Ver Anexo J). Otro de los supuestos que se cumple es el de la no correlación entre los errores (coeficientes Durbin-Watson cercanos a 2, las medias de los errores de los modelos de regresión planteados son iguales a cero, y el rango está entre +3 y -3) (Ver anexo K).

Posteriormente con el fin de verificar las hipótesis planteadas en el diagrama de ruta se procedió a realizar el análisis de regresión múltiple para cada una de las variables endógenas y se estudiaron los coeficientes de correlación múltiple, así como los coeficientes de regresión. El análisis se realizó de derecha a izquierda y se empleó como criterio un nivel de significancia de 0.05.

Con respecto al primer factor que conforma la Escala de Salud General de Goldberg denominado *ansiedad e insomnio*, se encontró una correlación múltiple moderada ($R= 0.43$) entre ésta y las variables expresión emocional, ambivalencia emocional, apoyo social, el sexo, la edad y el estado civil que conforman el modelo de la presente investigación, las cuales explican de manera significativa el 16% de la varianza total de factor ansiedad e insomnio de manera significativa ($F= 7.99, p= .00$) (Ver tabla 5).

Tabla 5. Coeficientes de correlación para ansiedad e insomnio

R	R Cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
.426	.181	.159	4,3190	1,843

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	1490,866	10	149,087	7,992	,000
Residual	6734,110	361	18,654		
Total	8224,976	371			

Al observar el aporte de cada una de las variables del modelo, se encontró que ansiedad e insomnio correlaciona de manera positiva-baja pero significativa con la expresión abierta de las emociones ($\beta = 0.20$, $p = .000$), y ser ambivalente en la expresión de las emociones positivas ($\beta = 0.19$, $p = .000$); por su parte la ansiedad e insomnio correlaciona de forma negativa-baja pero significativa con el sexo ($\beta = -0.27$, $p = .000$) (Ver tabla 6). De esta manera se tiene que al expresar las emociones abiertamente, ser ambivalente en la expresión de las emociones y ser mujer se asocia con un nivel mayor de ansiedad e insomnio. Por último, las variables no evitar la expresión de las emociones, el apoyo familiar, apoyo de amigos y cercanos y apoyo religioso, el estado civil y la edad no correlacionan de manera significativa con la presencia de ansiedad e insomnio.

Tabla 7. Coeficientes de correlación para depresión grave

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	1896,411	10	189,641	11,77	,000
Residual	9765,856	360	27,127		
Total	11452,266	370			

Tabla 6. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable ansiedad e insomnio

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constante)	,288	2,776		,104	,917
Expresión Abierta	,234	,067	,200	3,515	,000
No Evitar la expresión	-3,987E-02	,047	-,062	-,848	,397
Ambivalencia Emoción +	8,006E-02	,037	,193	2,148	,032
Ambivalencia Emocion -	,107	,055	,147	1,949	,052
Apoyo Amigos	-1,563E-02	,058	-,016	-,268	,789
Apoyo Familiar	-3,966E-03	,065	-,004	-,061	,952
Apoyo Religioso	4,738E-02	,073	,034	,650	,516
Edad	-1,214E-02	,030	-,022	-,410	,682
Sexo	-2,568	,490	-,269	-5,242	,000
Estado Civil	6,951E-02	,506	,007	,137	,891

En negritas significativas al 0.05

Con respecto al segundo factor correspondiente a *depresión grave* se encontró que tiene una correlación múltiple moderada-baja ($R=0.38$) entre ésta y la combinación lineal de la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad el sexo y el estado civil, dicha correlación explica el 12% de la varianza total de manera significativa ($F=6.3$ $p= 0.00$) (Ver tabla 7).

Tabla 7. Coeficientes de correlación para depresión grave

R	R cuadrado	R Cuadrado ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
,384	,147	,124	5,1445	1,856

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	1686,470	10	168,647	6,372	,000
Residual	9765,856	369	26,466		
Total	11452,326	379			

Específicamente se obtuvo que la depresión grave correlaciona de forma positiva-baja pero significativa ($\beta= 0.19$ y $p= .001$) con la expresión abierta de las emociones, además correlaciona con un monto positivo moderado, significativo ($\beta=0.29$, $p= .000$) con la ambivalencia en la expresión de las emociones positivas. Es decir, expresar abiertamente las emociones y ser emocionalmente ambivalente da lugar a síntomas de depresión grave (Ver la tabla 8).

Tabla 8. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable depresión grave

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constante)	-3,583	3,290		-1,089	,277
Expresión Abierta	,260	,079	,190	3,293	,001
No Evitar la expresión	-3,776E-02	,055	-,050	-,680	,497
Ambivalencia Emoción +	,139	,044	,285	3,131	,002
Ambivalencia Emocion -	7,771E-02	,066	,092	1,185	,237
Apoyo Amigos	1,164E-02	,069	,010	,168	,867
Apoyo Familiar	-8,482E-03	,077	-,007	-,110	,912
Apoyo Religioso	4,422E-02	,086	,027	,514	,608
Edad	2,205E-02	,035	,035	,635	,526
Sexo	-1,044	,580	-,093	-1,799	,073
Estado civil	,175	,598	,015	,293	,770

En negritas significativas al 0.05

En cuanto al tercer factor encontrado para la variable salud, denominado *disfunción social*, se obtuvo una correlación múltiple moderada- baja ($R= 0.34$) entre esta y la combinación lineal de la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad el sexo y el estado civil. Las cuales de manera significativa explican el 9% de la varianza total de la disfunción social ($F= 4.7$, $p= .000$) (Ver tabla 9).

Tabla 9. Coeficientes de correlación para disfunción social

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
,339	,115	,090	2,9234	2,000

Tabla 10

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	403,379	10	40,338	4,720	,000
Residual	3110,850	364	8,546		
Total	3514,229	374			

Específicamente se encontró que la disfunción social correlaciona de manera positiva-baja, pero significativa con la ambivalencia emocional ($\beta = 0.25$, $p = .008$), también correlaciona con un monto negativo-bajo pero estadísticamente significativo con el apoyo religioso ($\beta = -0.11$, $p = .033$). Estos resultados implican que las personas con ambivalencia emocional tienden a presentar disfunción social. De igual modo, el no tener apoyo religioso da lugar a dicha disfunción (Ver tabla 10).

Tabla 10. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable disfunción social

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constante)	7,515	1,870		4,019	,000
Expresión Abierta	-2,464E-02	,046	-,032	-,533	,594
No Evitar la expresión	-4,506E-02	,032	-,109	-1,426	,155
Ambivalencia Emoción +	6,770E-02	,025	,250	2,669	,008
Ambivalencia Emocion -	-3,593E-02	,037	-,076	-,959	,338
Apoyo Amigos	-1,628E-02	,039	-,026	-,412	,680
Apoyo Familiar	7,061E-03	,044	,010	,160	,873
Apoyo Religioso	-,107	,050	-,114	-2,145	,033
Edad	-4,409E-03	,020	-,012	-,222	,825
Sexo	-,461	,332	-,074	-1,389	,166
Estado civil	-,192	,345	-,030	-,556	,578

En negritas significativas al 0.05

Por último, el cuarto factor denominado *síntomas somáticos* dio lugar a una correlación múltiple baja ($R=0.28$) entre ésta y la combinación lineal de la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad el sexo y el estado civil, las cuales explican de manera significativa el 5% de la varianza total de los síntomas somáticos ($F= 3.14$, $p= .000$) (Ver tabla 11).

Tabla 11. *Coefficientes de correlación para síntomas somáticos*

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
.281	.079	.054	2,5309	1,957

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	201,081	10	20,108	3,139	,001
Residual	2338,023	365	6,406		
Total	2539,104	375			

La dimensión síntomas somáticos fue el único indicador de salud que no correlacionó con ninguna de las variables propuestas del modelo (Ver tabla 12), por lo tanto, esta no aparece en el diagrama de ruta obtenido.

Tabla 12. *Coefficientes de regresión y su significancia para la variable síntomas somáticos*

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constante)	1,946	1,618		1,203	,230
Expresión Abierta	2,857E-02	,040	,043	,717	,474
No Evitar la expresión	-4,841E-02	,027	-,137	-1,77	,078
Ambivalencia Emoción +	2,542E-02	,022	,110	1,170	,243
Ambivalencia Emocion -	2,322E-02	,032	,058	,730	,466
Apoyo Amigos	1,217E-02	,034	,022	,355	,722
Apoyo Familiar	-3,309E-02	,038	-,056	-,868	,386
Apoyo Religioso	-4,391E-02	,043	-,056	-1,02	,309
Edad	-3,475E-03	,017	-,012	-,202	,840
Sexo	-,179	,288	-,034	-,623	,533
Estado civil	-,102	,297	-,019	-,343	,732

Para la variable expresividad emocional se obtuvo que, el primer factor denominado *no evitar la expresión de las emociones* presenta una correlación múltiple alta positiva ($R= 0.72$) entre ésta y la combinación lineal de la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad el sexo y el estado civil Estas explican el 50.7% de la varianza total de la variable no evitar la expresión de emociones de manera significativa ($F= 51.6$, $p= .000$) (Ver tabla 13).

Tabla 13. Coeficientes de correlación para *no evitar la expresión de las emociones*

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
.719	.518	.507	5,1687	2,018

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	11032,605	8	1379,076	51,620	,000
Residual	10285,560	385	26,716		
Total	21318,165	393			

Específicamente, correlaciona de modo negativo-alto y significativo con la ambivalencia en la expresión de emociones positivas ($\beta= -0.65$, $p= .000$) y tiene una correlación positiva-baja, pero significativa, con el apoyo familiar ($\beta= 0.12$, $p= .007$). Esto implica que, los individuos que presentan menor grado de ambivalencia emocional evitan expresar sus emociones y aquellos que disponen de apoyo social por parte de sus familiares no evitan expresar sus emociones. Si la significancia utilizada hubiese sido 0.1 el efecto del sexo sobre la variable no evitar la expresión emocional sería significativo, específicamente las mujeres tenderían a no evitar la expresión de las emociones en mayor medida que los hombres (ver tabla 14).

Tabla 14. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable no evitar la expresión de las emociones

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constante)	38,043	2,537		14,997	,000
Ambivalencia Emoción +	-,425	,038	-,654	-11,171	,000
Ambivalencia Emoción -	5,991E-02	,063	,054	,945	,345
Apoyo Amigos	9,522E-02	,068	,063	1,410	,159
Apoyo Familiar	,196	,072	,121	2,725	,007
Apoyo Religioso	,116	,085	,052	1,363	,174
Edad	-1,493E-02	,033	-,018	-,446	,656
Sexo	-1,064	,567	-,071	-1,879	,061
Estado civil	,482	,583	,031	,827	,409

En negritas significativas al 0.05

Con respecto al segundo factor denominado *expresión abierta de las emociones*, se encontró que tiene una correlación múltiple moderada-baja ($R= 0.40$) con la combinación lineal del sexo, la ambivalencia emocional, el apoyo de amigos y cercanos, el apoyo familiar, el religioso, el estado civil y la edad. Todas estas variables del modelo explican el 14% de la varianza total de expresar abiertamente las emociones de manera significativa ($F= 9.5$, $p= .000$) (Ver tabla 15).

Tabla 15. Coeficientes de correlación para expresión abierta de las emociones

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
,402	,161	,144	3,7485	1,997

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	1069,836	8	133,729	9,517	,000
Residual	5564,347	396	14,051		
Total	6634,183	404			

Tabla 15. Específicamente, esta variable correlaciona con la ambivalencia emocional en las emociones positivas de manera negativa-baja, pero significativa ($\beta = -0.29$, $p = .000$), además tiene una correlación positiva-baja, pero significativa, con el apoyo de amigos y cercanos ($\beta = 0.13$, $p = .029$), y con el apoyo familiar ($\beta = 0.12$, $p = .045$), con el sexo presenta una correlación negativa-baja, pero significativa ($\beta = -0.12$, $p = .013$) (Ver tabla 16). Todo esto indica que las personas que perciban mayor apoyo social de amigos y cercanos y de la familia; y personas que tienen un menor grado de ambivalencia emocional tienden a expresar abiertamente sus emociones. Las mujeres muestran expresar abiertamente sus emociones más que los hombres.

Tabla 16. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable expresión abierta de las emociones

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constante)	12,719	1,823		6,978	,000
Ambivalencia Emoción +	-,104	,027	-,287	-3,875	,000
Ambivalencia Emocion -	6,987E-02	,045	,112	1,561	,119
Apoyo Amigos	,105	,048	,126	2,195	,029
Apoyo Familiar	,106	,052	,116	2,012	,045
Apoyo Religioso	5,203E-02	,060	,043	,861	,390
Edad	2,733E-02	,024	,059	1,138	,256
Sexo	-1,009	,404	-,123	-2,498	,013
Estado civil	-2,724E-02	,427	-,003	-,064	,949

En negritas significativas al 0.05

En relación a la *ambivalencia emocional de emociones positivas*, se obtuvo un correlación múltiple moderada-baja ($R=0.37$) entre ésta y la combinación lineal de la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad el sexo y el estado civil. Estas variables explican de manera estadísticamente significativa el 12% de la varianza total de la ambivalencia emocional ($F = 10.9$, $p = .000$) (Ver tabla 17).

Con respecto a la *ambivalencia en la expresión de emociones positivas*, se encontró que tienen una correlación múltiple moderada-baja ($R = 0.27$) entre expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad el sexo y el estado civil. Dichas variables explican el 7.4% de la varianza total de la ambivalencia en la expresión de emociones positivas ($F = 8.71$, $p = 0.00$) (Ver tabla 18).

Tabla 17. Coeficientes de correlación para la ambivalencia en las emociones positivas

R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
.368	.135	.123	10,5688	1,991

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	7311,606	6	1218,601	10,910	,000
Residual	46690,831	418	111,701		
Total	54002,438	424			

Específicamente, se encontró que la ambivalencia en la expresión de emociones positivas tiene una correlación moderada-baja, pero significativa, con el apoyo de amigos y cercanos ($\beta = -0.13$, $p = 0,26$), con apoyo familiar ($\beta = -0.25$, $p = .000$). De esta forma se puede decir que las personas que experimentan bajos niveles de percepción de apoyo de amigos y cercanos y familiar tienden a experimentar altos niveles de conflicto en la expresión de las emociones positivas (Ver tabla 18).

Tabla 18. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable ambivalencia en las emociones positivas

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constante)	54,771	3,950		13,865	,000
Apoyo Amigos	-,292	,131	-,128	-2,234	,026
Apoyo Familiar	-,613	,135	-,252	-4,553	,000
Apoyo Religioso	-5,009E-02	,167	-,015	-,300	,764
Edad	6,885E-03	,065	,005	,105	,916
Sexo	1,769	1,102	,077	1,605	,109
Estado civil	,212	1,156	,009	,184	,854

En negritas significativas al 0.05

Con respecto a la *ambivalencia en la expresión de emociones negativas*, se encontró que tienen una correlación múltiple moderada-baja ($R = 0.30$) con la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad el sexo y el estado civil. Dichas variables explican el 7.4% de la varianza total de la ambivalencia emocional de expresiones negativas ($F = 6.71$, $p = 0.00$) (Ver tabla 19).

Tabla 19. Coeficientes de correlación para la ambivalencia de emociones negativas

R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
.295	.087	.074	6,2892	1,965

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	1591,995	6	265,332	6,708	,000
Residual	16691,618	422	39,554		
Total	18283,613	428			

Específicamente, se encontró que la ambivalencia en la expresión de emociones negativas tiene una correlación negativa-baja, pero significativa, con el apoyo familiar ($\beta = -0.17$, $p = .003$), y de manera positiva-baja, pero significativa con el sexo ($\beta = 0.15$, $p = .003$). De esta forma se puede decir que ser hombres y percibir bajos niveles de apoyo social familiar está asociado con altos niveles de conflictos en la expresión de las emociones negativas (Ver tabla 20).

Tabla 20. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable ambivalencia en las emociones negativas

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constante)	28,132	2,290		12,284	,000
Apoyo Amigos	-,105	,077	-,081	-1,370	,171
Apoyo Familiar	-,238	,080	-,170	-2,985	,003
Apoyo Religioso	7,388E-02	,099	,038	,746	,456
Edad	3,301E-02	,038	,045	,859	,391
Sexo	1,971	,652	,148	3,022	,003
Estado civil	-,746	,685	-,055	-1,088	,277

En negritas significativas al 0.05

En cuanto a el *apoyo de amigos y cercanos*, se encontró una correlación múltiple baja ($R=0.23$) entre ésta y la combinación lineal de la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad el sexo y el estado civil, que explican de manera significativa el 5% de la varianza total del apoyo de amigos y cercanos ($F= 8.4$, $p= ,000$) (Ver tabla 21).

Tabla 21. *Coefficientes de correlación para el apoyo de amigos y cercanos*

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
,233	,054	,048	4,9007	1,930

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	608,043	3	202,681	8,439	,000
Residual	10567,255	440	24,016		
Total	11175,297	443			

En concreto, se obtuvo que el apoyo social de amigos tiene una correlación negativa-baja, pero significativa, con el sexo ($\beta= -0.23$, $p=.000$). Es decir que, las mujeres reportan tener mayor grado de apoyo social de amigos que los hombres (Ver tabla 22).

Tabla 22. *Coefficientes de regresión y su significancia para la variable apoyo de amigos y cercanos*

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constante)	25,847	,940		27,499	,000
Edad	-1,849E-02	,028	-,033	-,651	,516
Sexo	-2,325	,485	-,226	-4,790	,000
Estado civil	4,973E-02	,523	,005	,095	,924

En negritas significativa al 0.05

Con respecto al *apoyo familiar*, se tiene que existe una correlación múltiple baja ($R= 0.19$) entre ésta y la combinación lineal de la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad el sexo y el estado civil. Estas variables explican significativamente el 3% de la varianza total del apoyo social de familia ($F= 5.2$, $p= .002$) (Ver tabla 23).

Tabla 23. *Coefficientes de correlación para el apoyo familiar*

R	R Square	R cuadrado ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
.185	.034	.028	4.6317	2.009

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	335,201	3	111,734	5,208	,002
Residual	9417,544	439	21,452		
Total	9752.745	442			

Específicamente, el efecto de la edad sobre el apoyo familiar es negativo-bajo, pero significativo ($\beta= -0.15$, $p= ,004$) y la influencia del sexo es negativa-baja, pero significativa, sobre la misma ($\beta= -0.1$, $p= ,000$). Es decir que, las personas de edades mayores van a tener menor grado apoyo social de la familia y que las mujeres reportaron tener mayor grado de apoyo social por parte de su familia (Ver tabla 24).

Tabla 24. *Coefficientes de regresión y su significancia para la variable apoyo familiar*

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constante)	26,461	,888		29,787	,000
Edad	-7,725E-02	,027	-,145	-2,876	,004
Sexo	-,940	,459	-,098	-2,047	,041
Estado civil	9,921E-02	,495	,010	,200	,841

En negritas significativas al 0.05

Por último, el *apoyo religioso* presentó una correlación múltiple baja ($R= 0.18$) con la combinación lineal de todas las variables presentes en el modelo. Las cuales explican de manera significativa el 3% de la varianza total del apoyo social de grupo ($F= 4.9$, $p= ,000$) (Ver tabla 25).

Por último, en función de lo obtenido en el análisis el modelo predictivo de apoyo social de grupo se la respuesta investigada es el siguiente:

Tabla 25. Coeficientes de correlación y su significancia para el apoyo religioso

R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
.179	.032	.025	3.3603	2.006

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	164,332	3	54,777	4,851	,002
Residual	4957,027	439	11,292		
Total	5121,359	442			

Específicamente, al apoyo religioso tiene una correlación positiva-baja, pero significativa, con la edad ($\beta= 0.19$, $p= ,000$). Esto implica que las personas con mayor edad reportan tener mayor grado de apoyo religioso. Si la significancia utilizada hubiese sido 0.1 el efecto del estado civil sobre el apoyo religioso sería significativo, específicamente, las personas solteras tendieran a percibir más apoyo religioso que las casadas (Ver tabla 26).

Tabla 26. Coeficientes de regresión y su significancia para la variable apoyo religioso

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constante)	6,109	,645		9,479	,000
Edad	7,237E-02	,019	,188	3,713	,000
Sexo	5,031E-02	,333	,007	,151	,880
Estado civil	-,672	,359	-,094	-1,872	,062

En negritas significativa al 0.05

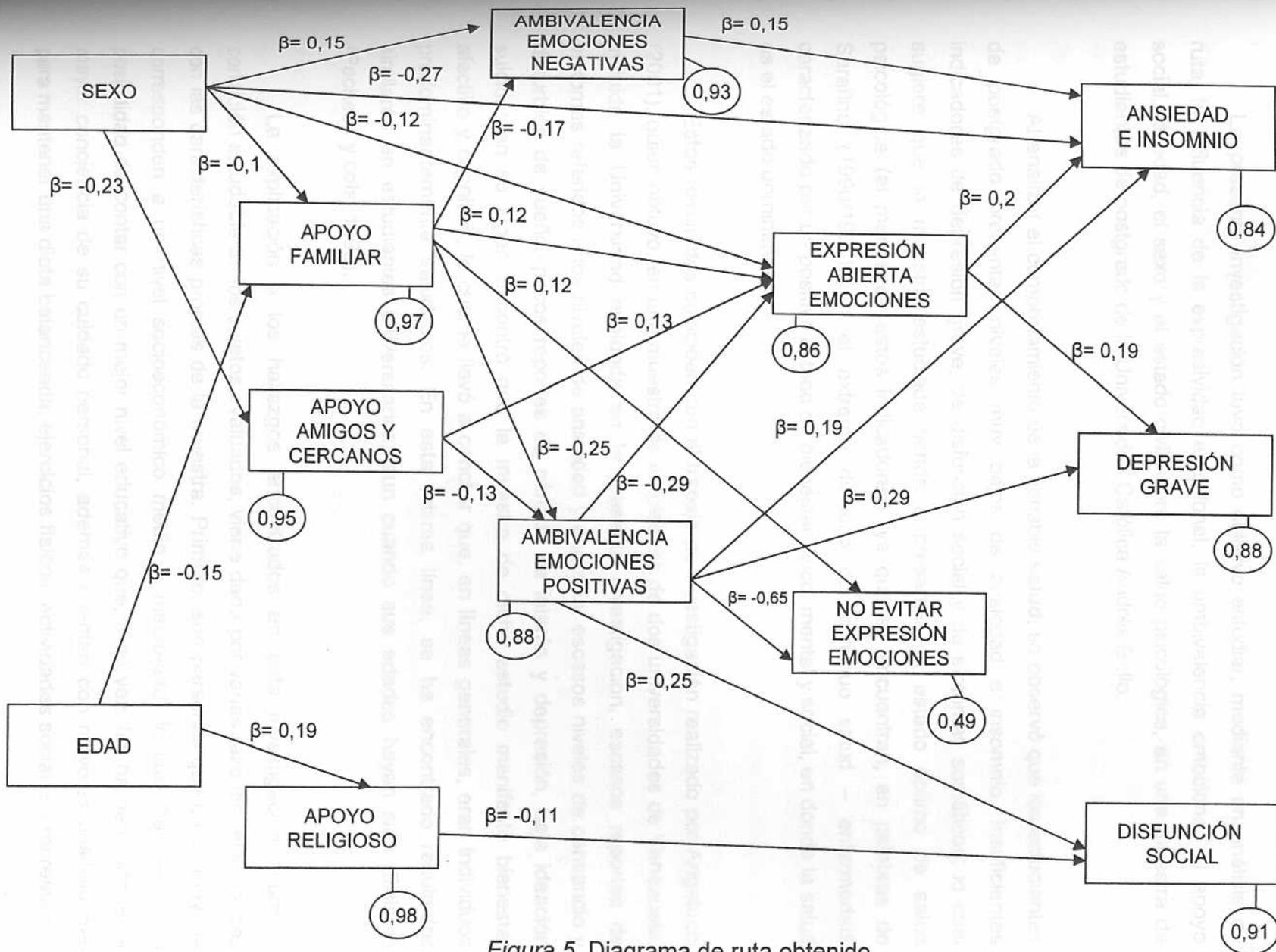


Figura 5. Diagrama de ruta obtenido

V. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo estudiar, mediante un análisis de ruta, la influencia de la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad, el sexo y el estado civil sobre la salud psicológica, en una muestra de estudiantes de postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello.

Al analizar el comportamiento de la variable **salud**, se observó que los estudiantes de postgrado presentan niveles muy bajos de ansiedad e insomnio, insuficientes indicadores de depresión grave, de disfunción social y de síntomas somáticos; lo cual sugiere que la muestra estudiada tiende a presentar un estado óptimo de salud psicológica (al menos en estos indicadores), ya que se encuentran, en palabras de Sarafino (1990/1994), en el extremo derecho del continuo salud – enfermedad, caracterizado por un positivo estado de bienestar físico, mental y social, en donde la salud es el estado dominante.

Estos resultados coinciden con el trabajo de investigación realizado por Angelucci (2001), quien obtuvo, en una muestra de empleados de dos universidades de Venezuela, incluida la Universidad evaluada en la presente investigación, escasos reportes de síntomas referidos a los niveles de ansiedad y angustia, escasos niveles de cansancio y disturbios de sueño, pocos reportes de pérdida de interés y depresión, baja ideación suicida; en su lugar, encontró que la muestra de dicho estudio manifestó bienestar afectivo y cognitivo, lo cual le llevó a concluir que, en líneas generales, eran individuos predominantemente saludables. En esta misma línea, se ha encontrado resultados similares en estudiantes universitarios, aun cuando sus edades hayan sido distintas (Pacheco y cols. 1998).

La explicación a los hallazgos encontrados en esta investigación sobre la condición saludable de los sujetos evaluados, viene dada por varias razones relacionadas con las características propias de la muestra. Primero, son personas que en su mayoría corresponden a un nivel socioeconómico medio y medio-alto, lo cual han tenido la posibilidad de contar con un mejor nivel educativo que, a su vez, les ha permitido tener mayor conciencia de su cuidado personal, además cuentan con mayores posibilidades para mantener una dieta balanceada, ejercicios físicos, actividades sociales y recreativas,

y más oportunidades para utilizar los servicios privados de salud no accesibles a otros niveles. En segundo lugar estas son personas que además de estudiar en un postgrado tienen labores profesionales que ejercer, lo cual les exige tener condiciones saludables para poder responder adecuadamente a estas demandas.

Por otro lado, dada la congruencia con anteriores investigaciones en población de educación superior, se destaca que, al parecer, el contexto universitario funciona como factor protector de la salud en las personas que forman parte de esas instituciones, por esta razón, éste es un aspecto que debe evaluarse en posteriores investigaciones.

Con respecto a la **expresividad emocional**, se observó que los sujetos de la muestra evaluada tienen mayor disposición a expresar sus emociones, independientemente del tipo de emoción y canal que utilicen (verbal, corporal), en otras palabras, no evitan expresar sus emociones y además las expresan abiertamente. Estos resultados son consistentes con el estudio realizado en Venezuela por Ramírez (2000) quien al evaluar una muestra de estudiantes universitarios de pregrado (cuarto y quinto año) de la misma universidad que la presente investigación, encontró que la mayoría de los estudiantes (de edades 20 y 25) también tendieron a expresar sus emociones. De igual manera, hay similitud con los resultados de investigaciones realizadas en contextos universitarios de los Estados Unidos, prevaleciendo la expresividad emocional en los estudiantes que conformaron la muestra (Kring y Gordon, 1998; King, 1998; Gross y John, 1997)

En otra población venezolana, Bujanda y Chiriqui (2004) realizaron una investigación con estudiantes de educación media, cuyas edades estaban comprendidas entre 15 y 19 años. Las autoras obtuvieron que los adolescentes tendieron a no evitar la expresión de sus emociones, y a expresarlas abiertamente de forma moderada. Estos resultados, junto con los expuestos anteriormente cuyas muestras tenían diferentes rango de edad, evidencian que independientemente del momento evolutivo, las personas tienden a expresar sus emociones.

Estos hallazgos pueden deberse, tal como lo indican Bujanda y Chiriqui (2004) y Trirweiles y cols. (2002), a que desde muy jóvenes las personas aprenden que la expresión emocional cumple con dos propósitos sociales fundamentales: comunicar los

estados internos a través de los canales verbal, no verbal y fisiológico, y facilitar las relaciones interpersonales. Otra de las razones explicativas deriva de los patrones culturales, por ejemplo, los latinoamericanos, especialmente los venezolanos, tienden a ser muy expresivos en la manifestación de sus emociones, realidad que puede observarse a través de los diferentes productos culturales como la música, el arte, el folklore, entre otras; además puede observarse a través del tipo de relaciones interpersonales que se establecen, en donde hay una tendencia al contacto con los otros y a mostrar como se sienten, ya sea en situaciones de alegría o de tristeza (A. Oropeza, comunicación personal, Diciembre, 2004).

En relación a la **ambivalencia emocional**, se encontró que los sujetos evaluados tienden a presentar moderadamente conflictos en la expresión de sus emociones tanto positivas como negativas, es decir, en palabras de King y Emmons (1990), los individuos tienden a expresar sus emociones y no ser capaz de hacerlo, expresarlas pero no necesariamente querer hacerlo y, expresarlas y luego arrepentirse.

Estos hallazgos concuerdan con el estudio realizado por Bujanda y Chriqui (2004) quienes igualmente encontraron niveles moderados de ambivalencia emocional en una muestra de adolescentes (estudiantes de bachillerato); mientras que con los resultados de Ramírez (2000) concuerdan parcialmente, ya que encontró que los sujetos tendieron a presentar bajos niveles de ambivalencia emocional en la expresión de emociones positivas, a diferencia de en la expresión de las emociones negativas que sí tendieron a presentar conflictos. Las tres investigaciones coinciden en la existencia de un conflicto emocional en la expresión de las emociones, lo único que difieren es en la valencia de las mismas, posiblemente debido a las características de los sujetos que difieren de una muestra a otra, por ejemplo, en esta investigación, a diferencias de las otras, existen personas con responsabilidades en contextos laborales y académicos, lugares donde pueden existir diferentes normas implícitas y explícitas acerca de la expresión de la emoción; por otro lado, son personas que han salido de los conflictos de la adolescencia, la mayoría ya no dependen económicamente de sus familias de origen, igualmente la mayoría han formado una nueva familia, lo cual significa que están viviendo un momento biopsicosocial diferente. Con respecto a este último punto, si se extrapolan los tres estudios, siendo cautelosos en ello, pareciera que la ambivalencia emocional,

específicamente la positiva, tiene un comportamiento en "U" invertida, por lo que se hace necesario la exploración del comportamiento de la variable en futuras investigaciones.

En lo que respecta al **apoyo social**, comprendido en la presente investigación como un constructo multidimensional (apoyo de amigos y cercanos, apoyo familiar y apoyo religioso), se encontró que la muestra evaluada percibe un alto grado de apoyo social por parte del ambiente donde se desenvuelve. Al evaluar cada una de las dimensiones del apoyo social se observan niveles mayores, tanto en el apoyo social de amigos como en el apoyo familiar, y éstos, seguidos por el apoyo religioso. Tales resultados coinciden con los reportados por Angelucci (2001) quien obtuvo niveles altos de apoyo social de amigos, niveles moderados-altos de apoyo familiar y por último niveles moderado-bajo de apoyo religioso.

De esta manera, los resultados encontrados en el presente estudio, pueden explicarse tomando en cuenta lo apuntado por Angelucci (2001) quien propone que en esta edad y por características laborales, los sujetos perciben un mayor apoyo proveniente de amigos, posiblemente debido a la calidad y cantidad de interacciones establecidas con personas cercanas y compañeros que pueden ser promovidas por el ambiente laboral y, adicionalmente en este caso, por el ambiente académico.

En esta misma línea, otra explicación que surge es que la mayoría de estas personas, por pertenecer a un nivel socioeconómico medio y medio-alto, tienden a presentar amplias redes sociales, lo cual les permite sentirse integrados socialmente y utilizar los diferentes recursos brindados por estas redes.

Por otro lado, una vez expuesta la manera en que se comportan cada una de las variables que conforman la investigación, sigue a continuación el análisis de las influencias que ocurren entre ellas, lo cual permite una mayor comprensión de la salud como un fenómeno biopsicosocial.

Con respecto a la primera dimensión de la salud, denominada **ansiedad e insomnio**, se tiene que las mujeres tienden a presentar mayores síntomas que los hombres, tal como es reportado en la literatura, en donde existe una prevalencia, en mujeres, de dos tercios de síntomas de ansiedad en comparación con los hombres

(Halguin y Krauss, 2004). La explicación que más ha predominado es que las mujeres son las que más reportan síntomas de ansiedad (Romaguera y Uzcátegui, 2001) y son las que más acuden a centros de salud mental (Francisco y González, 2002), debido a que, por las características socioculturales que incide en los roles de género, son las que están más sensibilizadas a experimentar, admitir y reportar tales síntomas, realidad que permite comprender sus elevadas puntuaciones en los cuestionarios de autorreporte.

La otra variable que influye sobre la ansiedad e insomnio, tal como fue predicha, es la ambivalencia emocional, encontrándose que a mayor conflicto en la expresión de las emociones, independientemente de la valencia, mayor es el nivel de ansiedad que experimenta el individuo. Este hallazgo es el planteamiento principal de King y Emmons (1991) y posteriormente de Mongrain y Vettese (2003), quienes consideran que la ambivalencia emocional es una variable que predice significativamente efectos sobre el continuo salud-enfermedad. Esto ocurre porque las personas que presentan conflictos en las expresiones de sus emociones tienden a exhibir reacciones emocionales prolongadas (Katz y Campbell, 1994) y por ser una vivencia de un conflicto estresante, que a su vez es frecuente y prolongado, produce cambios en la fisiología humana, lo cual hace más vulnerables a las personas a la aparición de enfermedades (Fredrickson, 1998) y, específicamente, la exacerbación de la enfermedad.

Además de la ambivalencia, otra variable que incide sobre la ansiedad e insomnio es la expresión abierta de las emociones, reportándose en esta investigación que a mayor expresión abierta de las emociones existe un predominio de síntomas de ansiedad e insomnio. Esto no coincide con las hipótesis planteadas ni con diferentes investigaciones (Zakowski y cols., 2003; Panagopoulou y cols. 2002; Cano y Miguel, 2000; Gross, 1998), donde reportan que los individuos más expresivos emocionalmente gozan de mejor salud, que aquellos que tienden a mostrar en menor medida sus emociones. Sin embargo, los resultados obtenidos son consistentes con lo reportado por King y Emmons, (1991), Mongrain y Vettese (2003) y Clark (2003) quienes plantean que no siempre expresar las emociones significa mejores niveles de salud, ya que detrás de la relación expresividad emocional y salud lo que en realidad subyace es un conflicto en la expresión de las emociones, por lo que se hace necesario evaluar las consecuencias conductuales, cognitivas y afectivas de los sujetos después de haber expresado o inhibido sus

emociones. Esto es un punto que pudiera ser evaluado de acuerdo a un diseño experimental, con la finalidad de ampliar la comprensión de la relación emoción y salud.

A diferencia de la expresión abierta de las emociones, la dimensión no evitar la expresión de las emociones no se asoció con la ansiedad e insomnio. Esto puede ser explicado al analizar cuidadosamente los ítems de la escala de Expresividad Emocional, en donde una parte está más centrada en la importancia de expresar las emociones a otros, por lo que puede conllevar a una alta carga de ansiedad; mientras que la otra parte, correspondiente a la subescala no evitar la expresión de las emociones, se focaliza en lo que siente el individuo en interacción consigo mismo, lo cual puede generar un menor grado de ansiedad, ya que no está sometido a la posible evaluación expresada por los otros.

La segunda dimensión de la salud es la **depresión grave**, la cual se vio afectada por la ambivalencia en la expresión de las emociones positivas y por la expresión abierta de las emociones, donde a mayor ambivalencia experimentada en las emociones positivas y mayor la expresión abierta de las emociones, se reporta altos niveles de depresión grave.

La asociación entre la ambivalencia de emociones positivas y la depresión puede deberse al hecho de que el individuo sabe que es socialmente aceptado expresar emociones positivas y hacerlo dará lugar a efectos positivos en su interacción con el otro, pero por no expresarlos adecuadamente y en el momento oportuno experimenta un conflicto al momento de canalizar dicha emoción, por lo cual siente inadecuación, sentimientos disfóricos y displacenteros, lo cual refuerza a su vez la ambivalencia.

En cuanto a la asociación entre la expresión abierta de las emociones y la depresión grave, tal como fue descrito anteriormente, lo que en realidad subyace en esta relación es la presencia de un conflicto a la hora de expresar las emociones, realidad que por ser prolongada, frecuente e intensa conlleva un detrimento sobre el estado saludable de la persona. Por otro lado, el instrumento utilizado en la presente investigación para evaluar la expresión emocional no hace distinción entre valencia positiva y valencia negativa, lo cual hace pensar que la relación entre la expresión abierta de las emociones

y la depresión grave, está siendo mediada por emociones de valencia negativa; mediación que se sugiere sea evaluada en futuras investigaciones.

La disfunción social es la tercera dimensión propuesta por Golberg para evaluar el estado de salud psicológica de los sujetos. Tal y como fue predicho, los resultados encontrados refieren que la disfunción social se ve afectada por el apoyo que perciben los sujetos de grupos y comunidad religiosa, en donde a mayor apoyo religioso menores son los síntomas de disfunción social reportados. La explicación que surge a partir de este resultado es que la relación encontrada entre el apoyo religioso y los síntomas de disfunción social, deriva del análisis de la muestra escogida para este estudio, ya que parte importante de la misma estaba conformada por estudiantes de teología, quienes por tener un conjunto de valores y creencias derivadas de la religión que profesan, tienden a evitar conductas no aceptadas socialmente y, además, que limiten la interacción con los otros.

La ambivalencia emocional, específicamente la experimentada en la expresión de emociones positivas, es otra de las variables que influye sobre la disfunción social, donde a mayor conflicto experimentado mayor es la disfunción social reportada por los sujetos. Dicha influencia parece que viene dada por la incapacidad de la persona a responder a las señales características de la interacción social, ya que una de las consecuencias de la ambivalencia emocional, según King (1998) es que las personas tienden a sentirse confundidos no sólo en relación a sus propias emociones, sino también en comprender las expresiones emocionales de los otros. Esto ocurre especialmente con las emociones positivas las cuales no se expresan o la persona duda en expresar la alegría, el cariño, los afectos positivos, siendo menos empático y más distanciado del otro. Todo lo cual trae como consecuencia dificultades en las relaciones interpersonales y una adaptación social deficitaria, que de acuerdo a Golberg y Williams (1988) esto se observa en personas que les cuesta más tiempo hacer las cosas, tienen dificultades para tomar decisiones, sienten displacer en las actividades diarias, no están satisfechos con su manera de hacer las cosas, dando lugar a un aislamiento social.

Sólo uno de los indicadores de salud, que en el Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ-28) es denominada *síntomas somáticos*, no se vio afectada por ninguna de las variables del modelo propuesto; resultado que confirma lo señalado por Van Hemert y

cols. (1995) quienes para evaluar la precisión de cuatro versiones de la Escala de Salud General de Golberg (GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28 y GHQ-12) en desórdenes psiquiátricos, con 290 pacientes, encontraron que la subescala síntomas somáticos era muy pobre para discriminar entre los sujetos con enfermedades físicas y sujetos con trastornos psicológicos debido a la gran cantidad de variables extrañas que pueden incidir en dicha escala; tal como se señaló en el método, estos autores para explicar la presencia de variables extrañas, ponen como ejemplo el ítem número tres de la escala, que dice: ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?, según los autores este agotamiento o fatiga puede ser producto debido a una condición física o producto de una condición psicológica, por lo tanto da lugar a puntajes erróneos. Parece que en esta investigación, dada la diversidad en los puntajes, ocurrió lo mismo que encontraron los mencionados autores. Estos resultados sugieren que para futuras investigaciones se utilice la versión de 30 ítems del Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ-30).

Por otra parte, con respecto a la expresividad emocional en la presente investigación, al igual que King y Emmons, (1990), Kring y Gordon (1998), Ramírez (2000), Zakowski y cols., (2003), se reporta que la misma está influenciada por el sexo, es decir, que las mujeres tienden a expresar abiertamente sus emociones en mayor medida que los hombres. Según Francisco y González (2002), esto ocurre porque probablemente las mujeres tienden buscar más el contacto emocional en sus interrelaciones personales y a depender de los otros en comparación con los hombres. En esta misma línea, Grossman y Wood (1993), al plantear las diferencias de sexo en la expresividad emocional sostienen que en toda sociedad existen creencias y expectativas de rol de género, las cuales les lleva a actuar de manera diferente en distintas situaciones y frente a diferentes personas. De este modo, dichos autores consideran que las diferencias de sexo en la expresividad e intensidad emocional surgen de las diferentes presiones externas y normativas exigidas por la sociedad de acuerdo al sexo, por ejemplo de las mujeres se espera que sean más sensibles y responsivas a las emociones, mientras que de los hombres se espera que sean fuertes, independientes, que racionalicen las emociones y, por tanto, evitar todo tipo de vulnerabilidad emocional.

En consecuencia, las diferencias en la expresión de las emociones de acuerdo al sexo de la persona no parece ser por causas biológicas, sino más bien por causas psicosociales que juegan un papel preponderante en el proceso de socialización

diferencial en la niñez, y que se mantiene y refuerza a lo largo del crecimiento de cada individuo. Esto se confirma en la investigación de Bujanda y Chriqui (2004), donde se encontró que las personas evaluadas que tendían a presentar mayor cantidad de características referidas al rol sexual femenino manifestaban mayor tendencia a no evitar la expresión de sus emociones y a expresarlas abiertamente.

Con respecto a la relación entre la expresión abierta de las emociones y el apoyo social, especialmente el apoyo social de amigos y cercanos y el familiar, se encontró que a mayor apoyo mayor es la expresión abierta de las emociones. Esto se explica debido a que las personas al percibir que cuentan con un contexto social que le brinda una serie de recursos afectivos, instrumentales e informacionales, experimenta sentido de estabilidad, predictibilidad y control (Barra, 2003), así como, sentimientos de seguridad, pertenencia y autovalía (Benages y Crespo, 1997); con lo cual las personas se motivan a cuidar de sí mismo, a interactuar de manera positiva con otros (Barra, 2003) y, en consecuencia, a sentirse en la libertad de expresar abiertamente sus emociones.

Otras de las variables que incide sobre la expresión abierta de las emociones es la ambivalencia de emociones positivas, encontrándose que los sujetos que experimentan bajos niveles de ambivalencia en la expresión de sus emociones positivas tienden a expresar abiertamente sus emociones. Según Ramírez (2000), King (1998) y King y Emmons (1990), la relación viene dada porque al ser la ambivalencia emocional un conflicto que genera malestar, las personas invierten gran cantidad de sus recursos cognitivos para centrarse en analizar lo que les está ocurriendo, en consecuencia, este procesamiento les lleva a disminuir la expresión de sus emociones.

La relación encontrada, en esta investigación, entre la ambivalencia emocional y la expresividad emocional, no coincide con la obtenida por Bujanda y Chriqui (2004), quienes al trabajar con sujetos adolescentes, reportan que las personas con mayor grado de ambivalencia emocional muestran mayor nivel de expresión abierta de las emociones. Las diferencias encontradas confirman que las características de la muestra, especialmente la edad, influye significativamente en la aparición o no de dicho conflicto emocional. En los adolescentes, sujetos evaluados por estas autoras, por estar en un momento evolutivo de cambios importantes, entre ellos la consolidación de su identidad, tienden a experimentar muchos conflictos en diferentes áreas de su vida (Musitú y Cava,

2002), uno de esos conflictos es la ambivalencia emocional, donde experimentan la incertidumbre de lo apropiado o inapropiado de sus sentimientos; sin embargo, al estar en ese proceso de conocimiento necesitan de la interacción social, por lo que expresar sus emociones les lleva a establecer vínculos que contribuyen a canalizar y dilucidar dichos conflictos. En cambio, en los adultos jóvenes y adultos tardíos, sujetos evaluados en esta investigación, se espera que muchos de estos conflictos ya estén resueltos, inclusive la ambivalencia emocional, lo cual tienden a presentar menos dudas en la expresión abierta de sus emociones.

Así mismo, la dimensión no evitar la expresión de las emociones, cuyo contenido hace referencia a no evitar mostrar algún tipo de emoción, se vio influenciada por la ambivalencia en la expresión de las emociones positivas y por el apoyo social proveniente de la familia, encontrándose que a mayor apoyo familiar y bajos niveles de ambivalencia emocional, mayor es la tendencia a no evitar la expresión de las emociones. Esto sucede porque la persona al ser menos ambivalente, es decir, al contar con mayores recursos cognitivos para procesar, comprender y responder adaptativamente a las demandas del medio, y además sentirse seguro de sí mismo y con confianza producto de la percepción de la disponibilidad del apoyo de familiares se le hace más fácil no evitar la expresión de sus emociones.

Otra de las variables estudiadas en la presente investigación fue la ambivalencia emocional, a través de las dos dimensiones que la conforman: ambivalencia en la expresión de las emociones positivas y ambivalencia en la expresión de emociones negativas. Con respecto a la primera se observó que estuvo influenciada por el apoyo de amigos y cercanos y por el apoyo familiar, encontrándose que percibir poco apoyo familiar y poco apoyo de amigos y cercanos esta asociado a considerables niveles de conflicto en la expresión de las emociones positivas.

Según explican Emmons y Colby (1995), la relación entre el apoyo social y la ambivalencia emocional viene dada porque los individuos al percibir la carencia de apoyo de sus amigos, cercanos y familiares tienden a experimentar sentimientos negativos hacia sí mismos, por lo que cuando experimentan emociones positivas no saben cómo procesarlas y esto los lleva a experimentar conflictos en su expresión.

Por otra parte, la segunda dimensión de la ambivalencia emocional, es el conflicto en la expresión de las emociones negativas. De acuerdo a los resultados obtenidos, dicha variable se vio afectada significativamente por el sexo y, al igual que la primera dimensión, también se vio afectada por el apoyo social familiar; encontrándose que ser hombre y percibir menos apoyo familiar está asociado con altos niveles en la expresión de emociones negativas. Estos resultados concuerdan con la investigación realizada en Venezuela por Ramírez (2000) quien explica estos hallazgos valiéndose de un estudio realizado por Montero 1984, cp. Ramírez, 2000), en donde se reporta que a los hombres desde que son muy niños se les enseña a ser rudos, crueles, fuertes, agresivos, entre otros; además, dadas las características de la muestra y el contexto donde se desenvuelven los sujetos el cual tiende a limitar la expresión de estas emociones; a los hombres, por lo general, se les hace más vulnerables a expresar y experimentar conflictos en torno a la expresión de las emociones negativas.

La última variable estudiada en la presente investigación es el apoyo social, variable considerada por muchos autores de capital importancia en la comprensión de la salud como un fenómeno multidimensional, ya que esta variable cumple con una labor de articulación entre las diferentes variables psicosociales, especialmente aquellas que influyen significativamente sobre la salud.

El apoyo social al ser estudiada de manera multidimensional, dio lugar a efectos diferenciales por parte de las variables presentes en el modelo, lo cual conlleva a distinguir las influencias específicas por las cuales se vieron afectadas cada una de las dimensiones.

El apoyo social de amigos y el de familia están influenciados por el sexo de los sujetos evaluados, donde ser mujer implica percibir mayor nivel de apoyo social en estas dimensiones, en comparación con los hombres. Estos resultados son semejantes a los reportados por Matud y cols. (2002), Pacheco y cols. (1998) y Dunn y cols. (1987), quienes también encontraron la relación entre ser mujer y apoyo de amigos y cercanos; al observar en conjunto estas tres investigaciones, especialmente las características de las muestras utilizadas por los diferentes autores, se puede extraer un aspecto importante, que independientemente del rango de edad con el cual se trabaje (adolescentes, jóvenes

adultos y adultos tardíos) la relación entre el sexo y el apoyo de amigos y cercanos se mantiene.

Matud y cols. (2002) quienes en su investigación se plantearon como objetivo analizar las diferencias de género en la relación entre el apoyo social percibido y la salud, explican la relación entre sexo y apoyo social a través de las diferencias de socialización de género, sosteniendo que en los hombres se enfatiza la autonomía, la autoconfianza y la independencia, mientras que en la mujer se enfatiza la calidez, la expresividad y el confort con la intimidad, por lo que estas últimas están más dispuestas a reconocer las dificultades y a buscar ayuda entre los otros; además, es más frecuente que la mujer se aboque a cuidar a su familia y se dedique a profesiones que implique el cuidado de los otros, por lo que se le hace más fácil informar de más conductas y más disponibilidad de apoyos por parte de amistades, en comparación con los hombres

El apoyo social familiar, a diferencia del apoyo de amigos y cercanos, se vio influido por la edad encontrándose que a menor edad mayor es el apoyo familiar percibido. Esto puede explicarse debido a que los jóvenes que conforman la muestra del presente estudio tienen la característica de ser profesionales recién graduados, lo cual implica un periodo de transición que supone independencia económica y asumir responsabilidades laborales y personales que anteriormente no estaban presentes, por lo que es de suponer que percibir el apoyo familiar es de suma importancia para el logro de las metas, proyectos y reajuste personal.

Con respecto al apoyo religioso las personas de mayor edad reportaron mayor nivel de apoyo religioso, resultados que no coinciden con la investigación realizada por Angelucci (2001), quien no obtuvo ninguna influencia de la edad aún cuando trabajó con un rango de edad similar al del presente estudio. La explicación que surge ante tales resultados es debido a que un grupo importante de individuos que conforman la muestra en este estudio son estudiantes de teología y en su mayoría de avanzada edad, lo cual pudo haber incidido significativamente en los hallazgos obtenidos.

Una vez que se ha analizado el comportamiento de cada una de las variables y las diferentes influencias resultantes entre ellas, puede obtenerse una visión de conjunto del modelo planteado. En primer lugar, el diagrama de ruta permitió observar las influencias

directas e indirectas entre el conjunto de variables biopsicosociales que inciden en la salud psicológica, lo cual condujo una aproximación más válida a la complejidad que caracteriza el fenómeno.

En segundo lugar, se observó que el apoyo social es una variable que cumple diferentes funciones dentro del presente estudio, por un lado actúa como mediadora del sexo y la edad, respecto a los efectos que éstas ejercen sobre el resto de las variables del modelo; y por otro lado, influyó indirectamente sobre la salud, a través de la ambivalencia emocional y la expresión emocional en general. Esto evidencia la función articuladora que tiene entre las diferentes variables psicosociales y su importante influencia sobre la salud.

En tercer lugar, es importante resaltar que la ambivalencia emocional fue la única variable que influyó significativamente de manera directa e indirecta sobre los tres indicadores de salud resultantes en la investigación. Resultado que hace confirmar los planteamientos de King y Emmons (1990, 1991) quienes sostienen que la ambivalencia es uno de los componentes cruciales que explican efectivamente la relación entre la expresión de las emociones y la salud, en consecuencia es una variable que no puede estar ausente en las investigaciones que estudien la relación entre emoción y salud.

En cuarto lugar, el estado civil fue la única variable que no tuvo ningún tipo de influencias sobre las variables propuestas en el modelo. Este resultado no coincide con los estudios realizados por Angelucci (2001) y por Matud y cols, (2002) quienes sí encontraron influencias significativas. La explicación que surge al analizar el contenido y el comportamiento de la variable, es que la categoría de "no casados" es tan amplia que pudo dar lugar a la presencia de variables extrañas no controlables, tales como: la satisfacción marital, presencia o no de hijos, confusión de la etiqueta "no casados" como sinónimo de concubinos, entre otras. Además, es muy diferente la dinámica psicosocial que se genera entre las personas que son solteras, divorciadas, viudas o que viven en concubinato, por ejemplo, muchas de las personas divorciadas y viudas, por el reajuste que tienen que hacer en sus vidas, les lleva a experimentar y resolver conflictos emocionales que no están presentes en las personas solteras. Igualmente, tal como lo reporta Feldman (1995), las personas casadas sin hijos o con hijos grandes y las personas solteras presentaban menores niveles de síntomas depresivos que las personas separadas o divorciadas; por lo tanto, al unir en una misma categoría todas las

condiciones antes descritas, da a puntajes espúreos que collevan a cambiar el comportamiento y la influencia de cada una de ellas.

En resumen, los resultados obtenidos en la presente investigación confirman la noción de salud como un constructo sumamente complejo, caracterizado por la multidimensionalidad que lo constituye y por la multideterminación que lo origina. También, confirma la necesidad de ser abordado biopsicosocialmente, debido al conjunto de influencias directas e indirectas que inciden sobre el mismo, y que sólo así permite un acercamiento real a la complejidad que lo constituye.

En esta investigación se confirmaron aspectos que son relevantes en el estudio de la salud, donde se evidencia sus construcciones desde una perspectiva biopsicosocial, ya que al abordarse desde un diseño multivariado permitió observar la red de variables que influyen significativamente en la salud de manera directa e indirecta.

Se evidenció diversos efectos directos sobre la salud, donde las personas que expresan abiertamente sus emociones y las que sienten ambivalencia en la expresión de emociones, tanto positivas como negativas presentan altos niveles de depresión, ansiedad e insomnio, siendo las mujeres las más afectadas a evidenciar dichos síntomas. Esta última afirmación se encuentra en otras investigaciones que afirman que las mujeres expresan más las emociones positivas de lo que el hombre, y esto puede contribuir a percibir la disposición de apoyo social de grupos y comunidad, lo que puede permitir la presencia de dicha defunción en la persona.

De igual modo se evidenció que las mujeres muestran mayor expresión de sus emociones en comparación con los hombres. En cambio, las personas que

VI. CONCLUSIONES

El modelo de ruta planteado en la presente investigación tendió a verificarse en gran medida al observar las influencias directas e indirectas de la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad, el estado civil y el sexo sobre la salud psicológica.

La muestra de la investigación estuvo conformada por estudiantes de postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), quienes mostraron niveles óptimos de salud, es decir, tendieron a manifestar un estado positivo de bienestar físico, mental y social. De igual manera, evidenciaron una tendencia a expresar sus emociones independientemente del canal y la valencia que predomine, a tener moderados niveles de ambivalencia emocional independientemente de la valencia y a percibir altos niveles de apoyo social de amigos, familia y de grupos y comunidad religiosa, siendo esta última un poco menos que las otras dos.

En esta investigación se confirmaron aspectos que son relevantes en la psicología de la salud cuando estudia sus constructos desde una perspectiva biopsicosocial, ya que al abordarse desde un diseño multivariado permitió observar la red de variables que influyen significativamente en la salud de manera directa e indirecta.

Se evidenció diversos efectos directos sobre la salud, donde las personas que expresan abiertamente sus emociones y las que sienten ambivalencia en la expresión de emociones tanto positivas como negativas presentan altos niveles de depresión grave y ansiedad e insomnio, siendo las mujeres las que tienden a evidenciar mayores niveles de ésta última. Además se encontró que ser ambivalente únicamente en la expresión de emociones positivas da lugar a que el individuo presente disfunción social, en cambio percibir la disposición de apoyo social de grupos y comunidad religiosa disminuye la presencia de dicha disfunción en la persona.

De igual modo se evidenció que las mujeres mostraron mayor expresión abierta de sus emociones en comparación con los hombres. En cambio, las personas que mostraron

conflictos en la expresión de emociones positivas tendieron a no expresar abiertamente sus emociones.

Con respecto a la segunda dimensión de la expresividad emocional, se encontró que percibir apoyo social familiar y tener poco conflicto en la expresión de emociones positivas da lugar a no evitar la expresión de las emociones.

La ambivalencia emocional que está constituida por dos dimensiones, aquellas donde el conflicto está centrado en las emociones negativas y la otra centrada en las emociones positivas, se vio afectada de manera diferencial. En la primera se encontró que ser hombre y percibir poco apoyo familiar da lugar a ser más ambivalente en la expresión de emociones negativas. Por otro lado, se observó que bajos niveles de apoyo familiar y de amigos y cercanos está relacionado con conflictos significativos en la expresión de emociones positivas.

El apoyo social que al ser un constructo multidimensional se vio afectado de manera diferencial por las variables sociodemográficas, especialmente el sexo y la edad. Donde ser mujeres y ser joven está relacionado con percibir un mayor nivel de apoyo familiar. En lo que respecta al apoyo de amigos y cercanos sólo se vio afectada por la edad donde a menor edad mayor es la percepción de apoyo. A diferencia del anterior, el apoyo de grupos y comunidad religiosa es significativa sólo con aquellos que tienen edades mayores.

Como se pudo observar a lo largo de la presente investigación y siguiendo la línea de estudios previos, la salud es un fenómeno complejo, multidimensional y multideterminado, sobre el cual inciden una gran cantidad de variables cuyo efecto es diferencial y actúan como factores protectores o de riesgo para dicho estado. Esto confirma la perspectiva de la psicología de la salud referida a estudiar la salud con un abordaje biopsicosocial y no con una visión de elementos aislados que inciden de manera independiente sobre la misma.

Una de las variables que ha ido tomando relevancia en los últimos años en el estudio de la salud y que representa uno de los principales constructos en esta investigación, se refiere a la emoción, especialmente la expresión emocional, la cual

cumple, de acuerdo a muchos autores, un papel importante en el estado de salud de las personas. Sin embargo, se ha observado en investigaciones previas y en la presente que su efecto no es únicamente positivo, es decir, expresar las emociones no siempre representa un final saludable del proceso emocional, debido a que también hay que tomar en cuenta cómo las personas procesan emocional y cognitivamente las consecuencias de dicha manifestación para sí mismo y para el otro.

Asimismo, se destaca que en algunos casos detrás de la expresividad emocional subyace la ambivalencia en dicha expresión, la cual es una variable crítica para explicar la relación entre las emociones y la salud, debido a que al momento de expresar la emoción se genera un conflicto en el individuo que incluye un deseo de expresarla y no lograrlo, o hacerlo y luego arrepentirse, esto hace que se produzcan cambios fisiológicos y psicológicos en detrimento de la salud de la persona.

Por otro lado, el apoyo social, que para muchos autores actúa como una variable articuladora, donde diversos factores psicosociales confluyen para incidir sobre la salud de manera importante, en esta investigación se le observó como una variable que tiene predominantemente efectos indirectos sobre la salud. Tal efecto no se dio de manera uniforme, sino que estuvo en función de la fuente de apoyo y de la percepción que tenga la persona de éste.

Al observar el diagrama de ruta obtenido en la presente investigación se confirma el estudio de la salud como un constructo complejo, cuyo abordaje para ser completo y ajustado a la realidad debe ser realizado de manera biopsicosocial.

Otra limitación hace referencia a que los instrumentos utilizados en esta investigación son de tipo autorreporte, lo cual puede generar errores debido a la

VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Dentro del conjunto de limitaciones que incidieron en esta investigación se encuentran:

Dentro de los datos personales solicitados a las personas que conformaron la muestra, está la categoría estado civil, la cual estaba dividida en dos alternativas: casados y no casados. Esta última tiene la dificultad de ser poco precisa ya que engloba un amplio espectro de posibilidades (separado, divorciado, soltero, viudo, concubinato) que cada una por sí sola podrían tener importantes niveles de variabilidad y al no discriminarlas conducen a la introducción de variables extrañas; tales dificultades pudo haber incidido en los resultados de dicha variable, quien no logró tener ninguna influencia significativa, por lo que tuvo que ser eliminada del diagrama de ruta resultante. Por tanto, se recomienda, para futuras investigaciones, colocar cada una de las opciones posibles que constituyen la amplia categoría de no casados.

La muestra de la investigación estuvo conformada por estudiantes de postgrado, quienes al estudiar en el turno de la noche, en su mayoría se encontraban poco disponibles a la realización de actividades ajenas a su planificación, por lo que al presentarle un instrumento de una cantidad considerable de ítems (100), estos tendieron a rechazarlo ya sea verbalmente u omitiendo muchas preguntas, llegando incluso a dejar de responder escalas completas.

Con respecto a la salud, tal como está reportada en el marco teórico, no admite dicotomía entre salud física y salud psicológica ni es definido como una negación de la enfermedad. Este planteamiento se ve limitado al momento de utilizar un instrumento que incluya la perspectiva de la psicología de la salud, por lo que los investigadores se vieron forzados a utilizar una escala que se centra más en la enfermedad. Sin embargo, esto fue subsanado al emplear el instrumento validado y ampliamente usado por la OMS, organismo que ha impulsado la nueva concepción de salud.

Otra limitación hace referencia a que los instrumentos utilizados en la presente investigación son de tipo autorreporte, lo cual podría generar errores debido a la

deseabilidad social, como un intento de contestar aquello que los autores esperan, y a los olvidos o interferencias que pueden tener los sujetos al sentirse evaluados.

El instrumento utilizado en la presente investigación para evaluar la expresión emocional no hace distinción entre valencia positiva y valencia negativa, realidad que pudo limitar la discusión de los resultados. Por ello es necesario que para futuras investigaciones se tome en cuenta aspectos como la frecuencia, la intensidad y la duración de ésta variable, se cuente con instrumentos sensibles a dichos parámetros.

Se ha encontrado que detrás de la relación expresividad emocional y salud lo que en realidad subyace es un conflicto en la expresión de las emociones, esto conlleva al estudio de un nuevo problema de investigación, la evaluación de las consecuencias conductuales, cognitivas y afectivas de los sujetos después de haber expresado o inhibido sus emociones. Dicho problema pudiera ser estudiado a través de un diseño experimental. En este sentido, ya se cuenta con unos videos, editados por la Universidad de Stanford, para la investigación experimental de los correlatos fisiológicos de la emoción.

La ambivalencia emocional al ser estudiada con diferentes rangos de edad se ha encontrado efectos diferenciales en la misma, sobretodo en la de valencia positiva, por lo que hace pensar que pareciera tener un comportamiento en "U" invertida. En consecuencia, este es un problema que plantea para futuros trabajos de investigación.

Tanto en esta investigación como en otras de la misma naturaleza, se ha encontrado con el posible papel protector del contexto universitario sobre la salud, por lo que se hace necesario para futuras investigaciones la evaluación del papel que cumple la institución universitaria sobre la salud.

Por otro lado, se considera que aún cuando los alumnos de postgrado no son objetos de muchas investigaciones dentro de la universidad, sería conveniente realizar estudios con otros tipos de poblaciones fuera de este recinto universitario, cuyas características biopsicosociales sean diferentes. De esta manera se llegaría a una mayor comprensión del fenómeno de la salud, y en consecuencia, redundaría en beneficios para la psicología aplicada.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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 no publicado, Universidad Simón Bolívar, Sartenejas, Venezuela.

Bakal, D. (1996). *Psicología de la salud*. Bilbao: Deesclé De Brouwer.

Ballester, H. (1998). Salud y psicología de la salud. En F. Palmero y E. Fernández-Abascal (Eds.), *Emociones y adaptación* (pp. 41-65). Barcelona: Ariel.

Baron, R. y Kenny, D. (1986). The moderator-mediator distinction in social-psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173 – 1182.

Barra, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 21, 55 – 60.

Benages, S. y Crespo, E. (1997). *El apoyo social como modulador del riesgo coronario*. Universitat Jaume.I: Barcelona -España.

Brannon, L. y Feist, J. (1992). *Health Psychology, and introduction to behavior and health* (2a. ed.). California: Wadsworth, Inc. Belmont

Briones, G. (1998). *Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales*. (3° ed). México: Trillas.

Bruce, J. y Lando, J. (2000). Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 62, 188 – 196.

Bujanda, G y Chriqui, S. (2004). *Expresividad emocional en adolescentes: un diagrama de ruta*. Tesis de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Calero, J., Guerrero, C., y Roglá, R. (1997). Revisión bibliográfica de los temas tratados en psicología de la salud. *Fórum de recerca: Segones jornades de foment de la investigació* (pp. 1-15). Universidad Jaume I: Jornadas de fomento de la investigación.

Cano, A. y Miguel, J. (2000). *Emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) y salud*. Artículo presentado I Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado en Octubre 11, 2003, de:

http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesas28/conferencias/28_ci_a.htm.

Cano, A., Miguel, J., Sirgo, A., y Díaz-Ovejero, M. (1999). Control, defensa y expresión: Relaciones con la salud y la enfermedad. En E. Fernández-Abascal. y F. Palmero (Eds.), *Emociones y Salud* (pp. 55 – 76). Barcelona: Ariel.

Cano, A., Miguel, J., Sirgo, A., Pérez, G. y García, R. (2000). *Evaluación del estilo represivo de afrontamiento y su posible influencia sobre variables hematológicas en mujeres con cáncer de mama*. Artículo presentado en el I Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado en Octubre 11, 2003, de:

http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesas28/conferencias/28_ci_a.htm.

Castro, R., Campero, L., Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: Situación actual y nuevos desafíos. *Revista de saúde pública*, 31, 425-435.

Chriqui, S y Bujanda, M. (2004). *Expresividad emocional en adolescentes: Un diagrama de ruta*. Tesis de Licenciatura no publicada. Escuela de Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas - Venezuela.

Clark, K. (2003). *Late adolescent psychological adjustment: Roles of individuation, sex, social connectedness, and ambivalence over emotional expression*. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, University of Oregon, Oregon, U.S.A.

Cohen, S. y Wills, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310 – 357.

Consedine, N., Magai, C. y Bonanno, G. (2002). Moderator of the emotion inhibition–health relationship: A review and research agenda. *Review of General Psychology*, 6, 204-228.

Fernández-Abascal, E. y Palmao, F. (1999). Emociones y salud. En E. Fernández-Corman, J., Goldman, N, Gleit, D, Weinstein, M, Cheng-Chang, M. (2003). Social ties and perceived support: Two dimensions of social relationships and health among the elderly in Taiwan. *Journal of Aging and Health*, 15, 616-644.

Cox, T. y McCay, C. (1982). Psychosocial factors and psychophysiological mechanisms in the etiology and development of cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 381 – 396.

De la Revilla, L., De los Ríos, A. y Luna, J. (2004). Utilización del Cuestionario General de Salud de Golberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 33, 417 – 425.

Dunn, S., Puntallaz, M., Sheppard, S. y Linstron, M. (1987). Social support and adjustment in gifted adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 467 – 473.

Emmons, R y King, L. (1988): Conflict among personal strivings: Immediate and Long-Term Implications for Psychological and Physical Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1040-1048.

Emmons, R y Colby, P. (1995). Emotional conflict and well-being: Relation to perceived availability, daily utilization, and observer reports of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 947-959.

Escuela de Psicología (2002). *Contribuciones a la deontología de la investigación en psicología*. Caracas: Publicaciones UCAB.

Feldman, L. (1995). *Factores psicosociales asociados a la salud de la mujer con roles múltiples*. Trabajo de Ascenso no publicado. Universidad Simón Bolívar, Sartenejas, Venezuela.

Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General*, 15, 88-91.

Feldman, L. y Bagés, N. (1994). *El papel de los factores protectores en la prevención de problemas de salud en adultos y niños*. Manuscrito en publicación.

Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (1999). Emociones y salud. En E. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.) *Emociones y Salud* (pp. 14 – 32). Barcelona: Ariel.

Florez-Alarcón, L. (2004). *Psicología de la salud*. Recuperado en Enero, 15, 2005, de http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-ps_salud.htm

Francisco, V. y González, F. (2002). *Influencia de los estresores psicosociales, el apoyo social, el sexo, la depresión y la ansiedad en la asistencia a un centro de asesoramiento psicológico universitario*. Tesis de Licenciatura no publicada. Escuela de Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas – Venezuela.

González, M. E. y Ibáñez, I. (2001). *Cuestionario de Salud General (HQ-12): Comparación*

Fredrickson, B. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300 – 319.

Fredrickson, B. y Tugade, M. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365 – 376.

Gross, J. y John, O. (1996). *Mapping the domain of expressivity: Multi-method evidence*

Friedman, HS. y Booth-Kewley, S. (1987). Personality, tipe A behavior, and coronary heart disease: The role of emotional expression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 783 – 792.

John, O. (1995). Facets of emotional expressivity: Three self-reports and their correlates. *Personality and Individual Differences*, 19, 555 – 567.

Frijda, N. (1988). The laws of emotion. *American Psychology*, 43, 349 –358.

Gross, J. y John, O. (1997). Revealing feelings: Facets of emotion's expressivity

Gallo, L., Matthews, K., Troxel, W. y Kuller, L. (2003). Marital status and quality in middle-aged women: Associations with levels and trajectories of cardiovascular risk factors. *Health Psychology*, 22, 453 – 463.

Grossman, M. y Word, W. (1963). Sex differences in stress, ulc...

García, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Golberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 88-97.

Gerrod, W. (1999). Function of emotion: Introduction. *Cognition and Emotion*, 13, 465 – 466.

Glynn, L., Christenfeld, N. y Gerin, W. (1999). Gender, social support and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine*, 61, 234-242.

Golberg, D. y Williams, P. (1988). *The User's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.

Goldberg, D., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T., Piccinelli, M., Gureje, O. y Rutter, C (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in General health care. *Psychological Medicine*, 27, 191-197.

González, M. E Ibáñez, I. (2001). Cuestionario de Salud General (GHQ-12): Comparación de dos modelos factoriales. Recuperado en Febrero 1, 2004, de: <http://www.psiquiatria.com>.

Gross, J. (1998). Antecedent and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224 - 237.

Gross, J. y John, O. (1998). Mapping the domain of expressivity: Multi-method evidence for a hierarchical model. *Journal of personality and social psychology*, 74, 170-191.

Gross, J. y John, O. (1995). Facets of emotional expressivity: Three self-report factors and their correlates. *Personality and Individual Differences*, 19, 555 – 568.

Gross, J. y John, O. (1997). Revealing feelings: Facets of emotional expressivity en self-report, peer ratings and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 435-448.

Grossman, M. y Wood, W. (1993). Sex differences in intensity of emotional experience: A social role interpretation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 65, 1010-1022.

Guarino, L. (1991). *Estilo de afrontamiento a eventos estresantes en una muestra de estudiantes universitarios*. Tesis de Magister en Psicología no publicada. Universidad Simón Bolívar, Sartenejas – Venezuela.

Halgin, R. y Krauss, S. (2004). *Psicología de la Anormalidad: Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos* (4a. ed.). México: McGraw Hill.

Holahan, C. y Holland, K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18, 15-29.

Katz, K. (1995). *Influencias del estrés y del apoyo social sobre la salud de una muestra de estudiantes de bachillerato*. Tesis de Licenciatura no publicada. Escuela de Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas – Venezuela.

Katz, I. y Campbell, J. (1994). Ambivalence over emotional expression and well-being: Nomothetic and idiographic test of the stress-buffering hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 513-524.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales* (4ª ed.). México: Mc Graw Hill.

King, L. (1998). Ambivalence over emotional expression and reading emotions in situations and faces. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 753-762.

King, L. y Emmons, R. (1991). Psychological, physical, and interpersonal correlates of emotional expressiveness, conflict, and control. *European Journal of Personality*, 5, 131-150.

King, L. y Emmons, R. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 864-877.

Kring, A. y Gordon, A. (1998). Sex differences in emotion: Expression, experience, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 686-703.

- Kring, A., Smith, D y Neale, J. (1994). Individuals differences in dispositional expressiveness: Development and validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 938-949.
- Labott, S., Ahleman, S., Wolever, M. y Martín, R. (1990). The physiological and psychological effects of the expression and inhibition of emotion. *Behavioral Medicine*, 16, 182 – 189.
- Lakey, B. y Bennett, P. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 337 – 343.
- Lai, H., Lai, S., Krongrad, A., Trapido, E., Page, B. y McCoy, C. (1999): The effect of marital status on survival in late-stage cancer patients: An analysis based on surveillance, epidemiology, and end results (SEER) data, in the United States. *International Journal of Behavioral Medicine*, 6, 150-176.
- Luzoro, J. (1992). Psicología de la salud. *Revista de Psicología*, 111, 25-29.
- Martínez, F., Ortiz, B. y Ato, M. (2001). Subjective and autonomic stress response in alexithymia. *Psicothema*, 13, 57-62.
- Martínez-Donate, A. y Rubio, V. (1999). *Enfoque biopsicosocial de la salud*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Martínez-Sánchez, F., Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (2002). El proceso emocional. En F. Palmero, E. Fernández-Abascal y M. Chóliz (Eds.), *Psicología de la Motivación y la Emoción* (pp. 57 – 87). Madrid: McGraw Hill.
- Matud, M., Carballeida, M., López, M., Marrero, R. e Ibañez, I. (2002). Apoyo social y salud: Un análisis de género. *Salud Mental*, 25, 32-37.
- Mauss, I., y Gross, J. (2004). Emotion suppression and cardiovascular disease: Is hiding feelings bad for your heart? En L. Temoshok, I. Nyklicek, y A. Vingerhoets (Eds.),

Emotional expression and health: Advances in theory, assessment, and clinical applications (pp. 62-81). New York: Brunner-Routledge.

Mayne, T. (2001). Emotions and health. En T. Mayne y G. Bonano Eds.), *Emotions: Current Issues and Future Directions* (pp. 361 – 397). New York: The Guilford Press.

Mendes, W. y Reis, H. (2003). Cardiovascular correlates of emotional expresión and supresión: Do content and gender contex matter?. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 771-792.

Menéndez, C., Montes, A., Gamarra, T., Núñez, C., Alonso, A. y Bujan, S. (2003). Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Atención Primaria, 8*, 506-13.

Molina, J. y Andrade, C. (2002). The factor structure of the GHQ-60 in a community sample: A scaled version for the Spanish population. *Advances in Relational Mental Health, 1*, 51-69.

Mongrain, M. y Vettese, L. (2003). Conflict over emotional expression: implications for interpersonal communication. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 545-555.

Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.

Moss, R. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well-being. *Psychological Assessment, 4*, 133-158.

Musitú, G. y Cava, M. (2002). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial, 12*, 179 – 192.

Nebot, M., Lafuente, J., Tomas, Z. y Ferrando, J. (2002). Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: Un estudio longitudinal. *Revista de Salud Pública, 76*, 673-682.

- Nyklicek, I., Vingerhoets, A. y Denollet, J. (2002). Emotional (non-)expression and health: Data, questions and challenges. *Psychology and Health, 17*, 517 - 528.
- Pacheco, A., Suárez, L. y Angelucci, L. (1998) Diagrama de ruta del efecto de los factores sociodemográficos, depresión y apoyo social sobre la salud percibida en estudiantes universitarios. *Suma Psicológica, 5*, 149 - 191.
- Panagopoulou, E., Kersbergen, B. y Maes, S. (2002). The effects of emotional (non)expression in (chronic) disease: A meta-analytic review. *Psychology and Health, 17*, 529 - 545.
- Pennebaker, J. (1995). Emotion, disclosure and health: An overview. En J. Pennebaker, (Ed.). *Emotion, Disclosure and Health* (pp. 11 – 23). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ramírez, M. (2000). *Red de relaciones entre la expresividad emocional, la ambivalencia en la expresión de las emociones, el sexo, el rol sexual y la extreversión*. Tesis de Licenciatura no publicada. Escuela de Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas-Venezuela.
- Romaguera, F. y Uzcátegui, A. (2001). *Análisis de ruta del efecto del locus de control de salud: apoyo social y factores sociodemográficos sobre la salud física y percibida*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Salkind, N. (1999). *Métodos de Investigación* (3ª ed.). México: Prentice Hall.
- Sánchez, F., Zech, E. y Rovira, D. (2004). Adaptación española del cuestionario de creencias sobre los efectos del comportamiento social de las emociones, BSEQ. *Ansiedad y Estrés, 10*, 1- 23.
- Santacreu, J. (1991). Psicología clínica y de la salud, marco teóricos y modelos. *Revista de psicología de la salud, 3*, 3-20.

Sarafino, E. (1990/1994). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (2ª.ed). New York: John Wiley & Sons, INC.

Sarason, B., Shearin, E., Pierce, G. y Sarason, I. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.

Shaw, W., Patterson, T., Shirley, S. y Dimsdale, A. (2002). Emotional expressiveness, hostility and blood pressure in a longitudinal cohort of alzheimer caregivers. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 293 – 302.

Sebastián, R., Pelicioni, M y Chiatton, H. (2002). *La psicología de la salud latinoamericana hacia la promoción de la salud*. Recuperado en Noviembre 9, 2003, de <http://www.psicologiacientifica.com>.

Schafer, H. (1976). Término salud. *Sacramentum mundi* (Vol. 6, pp. 190-196). Barcelona: Herder.

Sepúlveda, R., Troncoso, M. y Álvarez, C. (1998). *Psicología y salud: El papel del apoyo social*. Recuperado en Marzo, 9, 2005, de http://www.rms.cl/Numeros_anteriores/RMS_2/psicologia_y_salud_R2.htm

Sierra Bravo, R. (1981). *Ciencias Sociales: Análisis estadístico y modelos matemáticos*. (1º ed.) España: Paraninfo

Symister, P. y Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as mediator. *Health Psychology*, 22, 123-129.

Taylor, S. (1999). *Health Psychology* (4ta. Ed.). Los Ángeles: McGraw-Hill.

Trirweiler, L., Eid, M. y Lischetzke, T. (2002). The structure of emotional expressivity: Each emotion counts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1023 – 1040.

Tugade, M. y Fredrickson, B. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320 – 333.

Van Hermert, A., Heijer, M., Vorstenbosch, M. y Bolk, J. (1995). Detecting psychiatric disorders in medical practice using the general health questionnaire. Why do cut-off scores vary. *Psychological Medicine*, 25, 165-170.

Wills, T. y Fegan, M. (2001). Social networks and social support. En: A. Baum, T. Revenson y J. Singer (Edit). *Handbook of Health Psychology* (pp. 209 – 234). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Zakowski, S., Harris, C., Krueger, N., Laubmeier, K., Garrett, S., Flanigan, R. y Johnson, P. (2003). Social barriers to emotional expression and their relations to distress in male and female cancer patients. *British Journal of Health Psychology*, 8, 271 - 286.

ANEXO 4
QUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE HOLBEG
(GHQ-28)

EDAD: _____
 SEXO: M _____ F _____
 ESTADO CIVIL: Casado (a) _____ No casado (a) _____

INSTRUCCIONES:

Nos gustaría saber cómo ha percibido su salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando con una "X" la respuesta, que según su criterio mejor se adapte a su situación. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas actuales, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que indique contestar a TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

ULTIMAMENTE:

1. ¿Se ha sentido peor (menos bien) de salud y en menos energía?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Pocos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho que lo habitual
2. ¿Ha tenido la sensación de que peor debe ir recientemente?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
3. ¿Se ha sentido más cansado (o cansada) recientemente?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
ANEXO A CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLBERG (GHQ-28)				
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido la sensación de cansado en la cabeza, o de que la cabeza se va a resquebrajar?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha tenido obsesiones de cosas o pensamientos?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
9. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
10. ¿Se ha sentido constantemente agitado y excitado?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
11. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
12. ¿Se ha asustado o ha estado temeroso (o temerosa)?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
13. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
14. ¿Se ha estado nervioso y "temeroso de volar" constantemente?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
15. ¿Se ha interesado por más cosas ocupado y activo?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual

EDAD: _____

SEXO: M _____ F _____

ESTADO CIVIL: Casado (a) _____ No casado (a) _____

INSTRUCCIONES:

Nos gustaría saber cómo ha percibido su salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a **TODAS** las preguntas subrayando con una "X" la respuesta, que según su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar **TODAS** las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
9. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
10. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
11. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
12. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
13. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
14. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
15. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual

16. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual
17. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual
18. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho menos Satisfecho que lo habitual
19. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	<input type="checkbox"/> Más útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> Menos útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho menos útil que lo habitual
20. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual
21. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual
22. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
23. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
24. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
25. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	<input type="checkbox"/> Claramente, no	<input type="checkbox"/> Me parece que no	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente	<input type="checkbox"/> Claramente lo he pensado
26. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
27. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	<input type="checkbox"/> Claramente, no	<input type="checkbox"/> Me parece que no	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente	<input type="checkbox"/> Claramente lo he pensado

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta un conjunto de preguntas que le describen en alguna medida y a las cuales deberá responder con la mayor sinceridad posible. Marque con una "X" la opción de su preferencia y **NO** deje preguntas sin contestar. No los respuestas verdaderas o falsas.

TD = Totalmente en Desacuerdo (1)

MD = Moderadamente en Desacuerdo (2)

MA = Moderadamente de Acuerdo (3)

TA = Totalmente de Acuerdo (4)

	TD	MD	MA	TA
1. Oculto mis emociones a las demás personas.	1	2	3	4
2. Aún cuando esté experimentando fuertes sentimientos, evito expresarlos abiertamente.	1	2	3	4
3. Mis sentimientos son sólo para mí.	1	2	3	4
4. A las personas se les hace difícil ver lo que estoy sintiendo.	1	2	3	4
5. Emocionalmente soy muy poco expresivo.	1	2	3	4
6. Manifiesto mis emociones a otras personas.	1	2	3	4
7. La gente me considera una persona poco emocional.	1	2	3	4
8. Me desagrada que las demás personas sepan que se lo que siento.	1	2	3	4
9. La gente puede reconocer mis emociones.	1	2	3	4
10. Para mí es importante expresar mis emociones.	1	2	3	4
11. Con frecuencia los demás me consideran indiferente.	1	2	3	4
12. Soy capaz de mostrar frente a otras personas.	1	2	3	4
13. Aún cuando estoy muy emocionado como que los demás saben cuáles son mis sentimientos.	1	2	3	4
14. Me considero una persona expresiva emocionalmente.	1	2	3	4
15. Retengo mis sentimientos.	1	2	3	4
16. Otras personas consideran que soy muy emotivo.	1	2	3	4
17. La forma en que siento es diferente a la manera que los demás creen que siento.	1	2	3	4

ANEXO B

ESCALA DE EXPRESIVIDAD EMOCIONAL (EES)

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta un conjunto de preguntas, que le describen en alguna medida, y a las cuales deberá responder con la mayor sinceridad posible. Marque con una "X" la opción de su preferencia y **NO** deje preguntas sin contestar. No hay respuestas verdaderas o falsas.

TD = Totalmente en Desacuerdo (1)

MD = Medianamente en Desacuerdo (2)

MA = Medianamente de Acuerdo (3)

TA = Totalmente de Acuerdo (4)

	TD	MD	MA	TA
1. Oculto mis emociones a las demás personas.	1	2	3	4
2. Aún cuando esté vivenciando fuertes sentimientos evito expresarlos abiertamente.	1	2	3	4
3. Mis sentimientos son sólo para mí.	1	2	3	4
4. A las personas se les hace difícil ver lo que estoy sintiendo.	1	2	3	4
5. Emocionalmente soy muy poco expresivo.	1	2	3	4
6. Manifiesto mis emociones a otras personas.	1	2	3	4
7. La gente me considera una persona poco emotiva.	1	2	3	4
8. Me desagrada que las demás personas vean qué es lo que siento.	1	2	3	4
9. La gente puede reconocer mis emociones.	1	2	3	4
10. Para mí es imposible ocultar cómo me siento.	1	2	3	4
11. Con frecuencia los demás me consideran indiferente.	1	2	3	4
12. Soy capaz de llorar frente a otras personas.	1	2	3	4
13. Aún cuando esté muy emocionado evito que los demás sepan cuáles son mis sentimientos.	1	2	3	4
14. Me considero una persona expresiva emocionalmente.	1	2	3	4
15. Retengo mis sentimientos.	1	2	3	4
16. Otras personas consideran que soy muy emotivo.	1	2	3	4
17. La forma en que siento es diferente a la manera que los demás creen que siento.	1	2	3	4

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta un conjunto de preguntas que le describen en alguna medida, y a las cuales deberá responder con la mayor sinceridad posible. Marque con una "X" la opción de su preferencia y **NO** deje preguntas sin contestar. No hay respuestas verdaderas o falsas.

- TD = Totalmente en Desacuerdo (1)
- MD = Medianamente en Desacuerdo (2)
- MA = Medianamente de Acuerdo (3)
- TA = Totalmente de Acuerdo (4)

	TD	MD	MA	TA
1. Quisiera expresar mis emociones abiertamente, pero temo que esto me pueda avergonzar o hacer sufrir.	1	2	3	4
2. Trato de controlar mis celos hacia mi novio/a a pesar de que me gustaría hacerle saber lo herido/a que estoy.	1	2	3	4
3. Siempre hago un esfuerzo para controlar mi temperamento, a pesar de que a veces me gustaría actuar de acuerdo a mis sentimientos.	1	2	3	4
4. Evito posarme de mal humor hacia alguien en privado, pero me malhumoro.	1	2	3	4
5. Cuando realmente me siento orgulloso de algo que he logrado, me gustaría decirle a alguien, pero temo parecer presuntuoso.	1	2	3	4
6. Me gustaría expresar mi afecto libremente, pero temo causar una impresión equivocada de mí.	1	2	3	4

ANEXO C

CUESTIONARIO DE LA AMBIVALENCIA EN LA EXPRESIVIDAD EMOCIONAL (AEQ)

7. La verdad				
8. Con frecuencia me gustaría hacerle saber a los demás cómo me siento pero algo me lo impide.	1	2	3	4
9. Trato de mantenerme sonriente para que le guste creer que estoy más feliz de lo que realmente me siento.	1	2	3	4
10. Trato de mantener mis miedos y mis sentimientos más profundos ocultos pero a veces desearía abrirme a los demás.	1	2	3	4
11. Me gustaría hablar de mis problemas con los demás, pero a veces simplemente no puedo.	1	2	3	4
12. Cuando alguien me molesta apunto indiferencia a pesar de que me gustaría decirle lo que siento.	1	2	3	4
13. Trato de no enojarme con mis padres, a pesar de que algunas veces quisiera hacerlo.	1	2	3	4
14. Trato de mostrarme a las personas que las quiero, sin embargo, algunas veces temo parecer débil o demasiado sensible.	1	2	3	4
15. Trato de disculparme cuando he hecho algo equivocando pero me preocupa que me vean como incompetente.	1	2	3	4
16. Cuando estoy enojado me gustaría hacer algo pero me disciplino.	1	2	3	4

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta un conjunto de preguntas, que le describen en alguna medida, y a las cuales deberá responder con la mayor sinceridad posible. Marque con una "X" la opción de su preferencia y **NO** deje preguntas sin contestar. No hay respuestas verdaderas o falsas.

- TD** = Totalmente en Desacuerdo (1)
- MD** = Medianamente en Desacuerdo (2)
- MA** = Medianamente de Acuerdo (3)
- TA** = Totalmente de Acuerdo (4)

	TD	MD	MA	TA
1. Quisiera expresar mis emociones abiertamente, pero temo que esto me pueda avergonzar o hacer sufrir.	1	2	3	4
2. Trato de controlar mis celos hacia mi novio/a a pesar de que me gustaría hacerle saber lo herido/a que estoy.	1	2	3	4
3. Siempre hago un esfuerzo para controlar mi temperamento, a pesar de que a veces me gustaría actuar de acuerdo a mis sentimientos.	1	2	3	4
4. Evito ponerme de mal humor hasta cuando me provoca estar malhumorado.	1	2	3	4
5. Cuando realmente me siento orgulloso de algo que he logrado, me gustaría decírselo a alguien, pero temo parecer presumido.	1	2	3	4
6. Me gustaría expresar mi afecto físicamente, pero temo causar una impresión equivocada de mí.	1	2	3	4
7. Trato de preocupar a los demás a pesar de que, a veces, deberían saber la verdad.	1	2	3	4
8. Con frecuencia me gustaría hacerle saber a los demás cómo me siento pero algo me lo impide.	1	2	3	4
9. Trato de mantenerme sonriente para que la gente crea que estoy más feliz de lo que realmente me siento.	1	2	3	4
10. Trato de mantener mis miedos y mis sentimientos más profundos ocultos pero a veces desearía abrirme a los demás.	1	2	3	4
11. Me gustaría hablar de mis problemas con los demás, pero a veces simplemente no puedo.	1	2	3	4
12. Cuando alguien me molesta aparento indiferencia a pesar de que me gustaría decirle lo que siento.	1	2	3	4
13. Trato de no enojarme con mis padres, a pesar de que algunas veces quisiera hacerlo.	1	2	3	4
14. Trato de mostrarle a las personas que las quiero, sin embargo, algunas veces temo parecer débil o demasiado sensible.	1	2	3	4
15. Trato de disculparme cuando he hecho algo equivocado pero me preocupa que me conciban como incompetente.	1	2	3	4
16. Cuando estoy enojado me gustaría hacer algo pero me controlo.	1	2	3	4

	TD	MD	MA	TA
17. Con frecuencia me doy cuenta de mi incapacidad para decirle a los demás lo que realmente significan para mí.	1	2	3	4
18. Me gustaría decirle a alguien que lo quiero pero me es difícil encontrar las palabras adecuadas.	1	2	3	4
19. Me gustaría expresar mi decepción cuando las cosas no resultan como las planeé, pero no quiero parecer vulnerable.	1	2	3	4
20. Puedo encontrar que alguna vez deseé haberle dicho a alguien lo importante que era para mí.	1	2	3	4
21. Trato de ocultar mis sentimientos negativos frente a los demás, aunque no sea justo con aquellos que me son cercanos.	1	2	3	4
22. Me gustaría ser más espontáneo en mis reacciones emocionales pero parece que no puedo lograrlo.	1	2	3	4
23. Trato de esconder mi enfado, pero desearía que los demás supieran cómo me siento.	1	2	3	4
24. Me es difícil encontrar las palabras apropiadas para decirle a los demás lo que realmente estoy sintiendo.	1	2	3	4
25. Me preocupa que si expreso emociones negativas como el miedo y la rabia, las personas me desapruében.	1	2	3	4
26. Me siento culpable después de haberle expresado rabia a alguien.	1	2	3	4
27. Con frecuencia no puedo lograr expresar lo que realmente siento.	1	2	3	4

QUESTIONARIO DE APOYO SI...

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una serie de situaciones relacionadas con el apoyo social. Le pedimos que piense cada una de ellas y marque con una "X" la respuesta que se aplique a su caso.

1. Tengo amigos que me apoyarán sin importar lo que esté haciendo y cómo me siento.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
2. Cuando tengo el apoyo de mi familia me siento más preocupado con lo que estoy haciendo.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
3. Pienso que la gente no necesita a otros y que uno puede solucionar las cosas uno mismo.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
4. Puedo contar con los compañeros que viven cerca de mí para que me ayuden cuando me siento preocupado.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
5. Recibo apoyo por parte de mis padres.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
6. Soy miembro de un grupo social (religioso, clubes, equipos, etc.).	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
7. Pido el apoyo de los amigos.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
8. Aunque mi estado de ánimo, mis amigos me hacen sentir alegre e importante.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
9. Tengo en quien confiar.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
10. Mi familia me proporciona satisfacciones y un sentimiento de firmeza.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
11. Las personas debían poder contar con orientación religiosa para obtener apoyo y tranquilidad.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
12. Creo en mí mismo y en mi habilidad para manejar situaciones nuevas sin la ayuda de los otros.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
13. Cuando me siento infeliz o bajo estrés, cuento con gente alrededor a quien recurrir.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
14. Mi relación con mis compañeros me hacen sentir bien.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
15. Durante mi crecimiento siempre había gente a mi alrededor a quien recurrir cuando lo necesitaba.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
16. Comparto actividades religiosas con mis compañeros.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
17. Para mí es importante contar con el apoyo emocional de la comunidad religiosa a la cual pertenecen.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
18. Me siento bien cuando le pido apoyo a mi familia.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
19. Para mí es importante contar con el apoyo emocional de mis amigos.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
20. Siento que los que están cerca de mí me hacen sentir importante.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
21. Puedo recurrir a mis padres cuando tengo un problema.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
22. Me siento solo, como si no tuviera a nadie cerca.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre

ANEXO D CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una serie de situaciones relacionadas con el apoyo social, le pedimos que piense cada una de ellas y marque con una "X" la respuesta que se aplique a su caso.

1. Tengo amigos que me apoyarán sin importar lo que esté haciendo o cómo me siento	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
2. Cuando tengo el apoyo de mi familia me siento más preocupado con lo que estoy haciendo.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
3. Pienso que la gente no necesita a otros y que uno puede solucionar las cosas uno mismo.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
4. Puedo contar con los compañeros que viven cerca de mí para que me ayuden cuando me siento preocupado.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
5. Recibo apoyo por parte de mis padres.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
6. Soy miembro de un grupo social (religioso, clubes, equipos, etc.)	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
7. Pido el apoyo de los otros.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
8. Aunque me sienta muy mal, mis amigos me hacen sentir alegre e importante.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
9. Tengo en quien confiar.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
10. Mi familia me proporciona satisfacciones y un sentimiento de fortaleza.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
11. Las personas debería poder contar con orientación religiosa para obtener apoyo y tranquilidad.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
12. Creo en mí mismo y en mi habilidad para manejar situaciones nuevas sin la ayuda de los otros.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
13. Cuando me siento infeliz o bajo estrés cuento con gente alrededor a quien recurrir.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
14. Mi relación con mis compañeros me hacen sentir bien.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
15. Durante mi crecimiento siempre había gente a mi alrededor a quien recurrir cuando lo necesitaba.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
16. Comparto actividades religiosas con mis compañeros.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
17. Para mí es importante contar con el apoyo emocional de la comunidad religiosa a la cual pertenezco.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
18. Me siento bien cuando le pido apoyo a mi familia.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
19. Para mí es importante contar con el apoyo emocional de mis amigos.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
20. Siento que los que están cerca de mí me hacen sentir importante.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
21. Puedo recurrir a mis padres cuando tengo un problema.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
22. Me siento solo, como si no tuviera a nadie cerca.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre

23. Los compañeros que están cerca de mí me hacen sentir que hay alguien que se preocupa por mí.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
24. Tengo amigos que me apoyarán, no importa lo que haga.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
25. Mis hermanos y hermanas me brindan apoyo.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
26. Mis jefes me ayudan cuando lo necesito.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
27. Cuando tengo problemas me los guaro para mí mismo.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
28. En mi organización prefiero trabajar en equipo.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre

ANEXO F
INSTRUMENTO FINAL

EDAD: _____
 SEXO: M _____ F _____
 ESTADO CIVIL: Casado (a) _____ No casado (a) _____

INSTRUCCIONES:

Nos gustaría saber cómo ha percibido su salud en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando con una "X" la respuesta que según su criterio, mejor se ajuste a su situación. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar TODAS las preguntas. Su participación es una colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y de plena forma?	<input type="checkbox"/> Siempre así lo habitual	<input type="checkbox"/> Casi que habitual	<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual
2. ¿Ha sentido la sensación de estar acelerado/a o reconstituyéndose?	<input type="checkbox"/> Sí, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
3. ¿Se ha sentido agotado/a y sin fuerzas para nada?	<input type="checkbox"/> Sí, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba cansado/a?	<input type="checkbox"/> Sí, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/> Sí, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a explotar?	<input type="checkbox"/> Sí, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha tenido "ondas" de calor o sofocación?	<input type="checkbox"/> Sí, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	<input type="checkbox"/> Sí, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
9. ¿Ha tenido dificultades para dormir durmiendo de un lado u otro, o no se puede?	<input type="checkbox"/> Sí, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
10. ¿Se ha notado constantemente agobiado/a o ansioso/a?	<input type="checkbox"/> Sí, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
11. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado/a?	<input type="checkbox"/> Sí, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
12. ¿Se ha asustado o ha tenido "pánico" sin motivo?	<input type="checkbox"/> Sí, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
13. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	<input type="checkbox"/> Sí, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
14. ¿Se ha notado nervioso/a y "a punto de explotar" constantemente?	<input type="checkbox"/> Sí, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
15. ¿Se le ha arreglado para establecerse en estado y activo?	<input type="checkbox"/> Sí, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual

**ANEXO E
INSTRUMENTO FINAL**

EDAD: _____

SEXO: M _____ F _____

ESTADO CIVIL: Casado (a) _____ No casado (a) _____

INSTRUCCIONES:

Nos gustaría saber cómo ha percibido su salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a **TODAS** las preguntas subrayando con una "X" la respuesta, que según su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar **TODAS** las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
9. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
10. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
11. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
12. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
13. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
14. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
15. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual

16. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual
17. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual
18. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual
19. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	<input type="checkbox"/> Más útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> Menos útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho menos útil que lo habitual
20. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual
21. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual
22. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
23. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
24. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
25. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	<input type="checkbox"/> Claramente, no	<input type="checkbox"/> Me parece que no	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente	<input type="checkbox"/> Claramente lo he pensado
26. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
27. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	<input type="checkbox"/> Claramente, no	<input type="checkbox"/> Me parece que no	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente	<input type="checkbox"/> Claramente lo he pensado

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta un conjunto de preguntas, que le describen en alguna medida, y a las cuales deberá responder con la mayor sinceridad posible. Marque con una "X" la opción de su preferencia y **NO** deje preguntas sin contestar. No hay respuestas verdaderas o falsas.

- TD** = Totalmente en Desacuerdo (1)
- MD** = Medianamente en Desacuerdo (2)
- MA** = Medianamente de Acuerdo (3)
- TA** = Totalmente de Acuerdo (4)

	TD	MD	MA	TA
1. Oculto mis emociones a las demás personas.	1	2	3	4
2. Aún cuando esté vivenciando fuertes sentimientos evito expresarlos abiertamente.	1	2	3	4
3. Mis sentimientos son sólo para mí.	1	2	3	4
4. A las personas se les hace difícil ver lo que estoy sintiendo.	1	2	3	4
5. Emocionalmente soy muy poco expresivo.	1	2	3	4
6. Manifiesto mis emociones a otras personas.	1	2	3	4
7. La gente me considera una persona poco emotiva.	1	2	3	4
8. Me desagrada que las demás personas vean qué es lo que siento.	1	2	3	4
9. La gente puede reconocer mis emociones.	1	2	3	4
10. Para mí es imposible ocultar cómo me siento.	1	2	3	4
11. Con frecuencia los demás me consideran indiferente.	1	2	3	4
12. Soy capaz de llorar frente a otras personas.	1	2	3	4
13. Aún cuando esté muy emocionado evito que los demás sepan cuáles son mis sentimientos.	1	2	3	4
14. Me considero una persona expresiva emocionalmente.	1	2	3	4
15. Retengo mis sentimientos.	1	2	3	4
16. Otras personas consideran que soy muy emotivo.	1	2	3	4
17. La forma en que siento es diferente a la manera que los demás creen que siento.	1	2	3	4

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta un conjunto de preguntas, que le describen en alguna medida, y a las cuales deberá responder con la mayor sinceridad posible. Marque con una "X" la opción de su preferencia y NO deje preguntas sin contestar. No hay respuestas verdaderas o falsas.

TD = Totalmente en Desacuerdo (1)

MD = Medianamente en Desacuerdo (2)

MA = Medianamente de Acuerdo (3)

TA = Totalmente de Acuerdo (4)

	TD	MD	MA	TA
1. Quisiera expresar mis emociones abiertamente, pero temo que esto me pueda avergonzar o hacer sufrir.	1	2	3	4
2. Trato de controlar mis celos hacia mi novio/a a pesar de que me gustaría hacerle saber lo herido/a que estoy.	1	2	3	4
3. Siempre hago un esfuerzo para controlar mi temperamento, a pesar de que a veces me gustaría actuar de acuerdo a mis sentimientos.	1	2	3	4
4. Evito ponerme de mal humor hasta cuando me provoca estar malhumorado.	1	2	3	4
5. Cuando realmente me siento orgulloso de algo que he logrado, me gustaría decirselo a alguien, pero temo parecer presumido.	1	2	3	4
6. Me gustaría expresar mi afecto físicamente, pero temo causar una impresión equivocada de mí.	1	2	3	4
7. Trato de preocupar a los demás a pesar de que, a veces, deberían saber la verdad.	1	2	3	4
8. Con frecuencia me gustaría hacerle saber a los demás cómo me siento pero algo me lo impide.	1	2	3	4
9. Trato de mantenerme sonriente para que la gente crea que estoy más feliz de lo que realmente me siento.	1	2	3	4
10. Trato de mantener mis miedos y mis sentimientos más profundos ocultos pero a veces desearía abrirme a los demás.	1	2	3	4
11. Me gustaría hablar de mis problemas con los demás, pero a veces simplemente no puedo.	1	2	3	4
12. Cuando alguien me molesta aparento indiferencia a pesar de que me gustaría decirle lo que siento.	1	2	3	4
13. Trato de no enojarme con mis padres, a pesar de que algunas veces quisiera hacerlo.	1	2	3	4
14. Trato de mostrarle a las personas que las quiero, sin embargo, algunas veces temo parecer débil o demasiado sensible.	1	2	3	4
15. Trato de disculparme cuando he hecho algo equivocado pero me preocupa que me conciban como incompetente.	1	2	3	4
16. Cuando estoy enojado me gustaría hacer algo pero me controlo.	1	2	3	4

INSTRUCCIONES:

	TD	MD	MA	TA
17. Con frecuencia me doy cuenta de mi incapacidad para decirle a los demás lo que realmente significan para mí.	1	2	3	4
18. Me gustaría decirle a alguien que lo quiero pero me es difícil encontrar las palabras adecuadas.	1	2	3	4
19. Me gustaría expresar mi decepción cuando las cosas no resultan como las planeé, pero no quiero parecer vulnerable.	1	2	3	4
20. Puedo encontrar que alguna vez deseé haberle dicho a alguien lo importante que era para mí.	1	2	3	4
21. Trato de ocultar mis sentimientos negativos frente a los demás, aunque no sea justo con aquellos que me son cercanos.	1	2	3	4
22. Me gustaría ser más espontáneo en mis reacciones emocionales pero parece que no puedo lograrlo.	1	2	3	4
23. Trato de esconder mi enfado, pero desearía que los demás supieran cómo me siento.	1	2	3	4
24. Me es difícil encontrar las palabras apropiadas para decirle a los demás lo que realmente estoy sintiendo.	1	2	3	4
25. Me preocupa que si expreso emociones negativas como el miedo y la rabia, las personas me desapruében.	1	2	3	4
26. Me siento culpable después de haberle expresado rabia a alguien.	1	2	3	4
27. Con frecuencia no puedo lograr expresar lo que realmente siento.	1	2	3	4

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una serie de situaciones relacionadas con el apoyo social, le pedimos que piense cada una de ellas y marque con una "X" la respuesta que se aplique a su caso.

1. Tengo amigos que me apoyarán sin importar lo que esté haciendo o cómo me siento	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
2. Cuando tengo el apoyo de mi familia me siento más preocupado con lo que estoy haciendo.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
3. Pienso que la gente no necesita a otros y que uno puede solucionar las cosas uno mismo.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
4. Puedo contar con los compañeros que viven cerca de mí para que me ayuden cuando me siento preocupado.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
5. Recibo apoyo por parte de mis padres.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
6. Soy miembro de un grupo social (religioso, clubes, equipos, etc.)	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
7. Pido el apoyo de los otros.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
8. Aunque me sienta muy mal, mis amigos me hacen sentir alegre e importante.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
9. Tengo en quien confiar.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
10. Mi familia me proporciona satisfacciones y un sentimiento de fortaleza.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
11. Las personas debería poder contar con orientación religiosa para obtener apoyo y tranquilidad.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
12. Creo en mí mismo y en mi habilidad para manejar situaciones nuevas sin la ayuda de los otros.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
13. Cuando me siento infeliz o bajo estrés cuento con gente alrededor a quien recurrir.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
14. Mi relación con mis compañeros me hacen sentir bien.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
15. Durante mi crecimiento siempre había gente a mi alrededor a quien recurrir cuando lo necesitaba.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
16. Comparto actividades religiosas con mis compañeros.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
17. Para mí es importante contar con el apoyo emocional de la comunidad religiosa a la cual pertenezco.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
18. Me siento bien cuando le pido apoyo a mi familia.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
19. Para mí es importante contar con el apoyo emocional de mis amigos.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
20. Siento que los que están cerca de mí me hacen sentir importante.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
21. Puedo recurrir a mis padres cuando tengo un problema.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
22. Me siento solo, como si no tuviera a nadie cerca.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre

23. Los compañeros que están cerca de mí me hacen sentir que hay alguien que se preocupa por mí.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
24. Tengo amigos que me apoyarán, no importa lo que haga.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
25. Mis hermanos y hermanas me brindan apoyo.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
26. Mis jefes me ayudan cuando lo necesito.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
27. Cuando tengo problemas me los guano para mí mismo.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre
28. En mi organización prefiero trabajar en equipo.	<input type="checkbox"/> Nunca, nada	<input type="checkbox"/> Muy poco	<input type="checkbox"/> Regular, moderado	<input type="checkbox"/> Mucho, siempre

¡Gracias por tu colaboración y disponibilidad!

ANEXO F
INDICADORES DE CONFIABILIDAD DE LA PSICOLA DE GOLIVIA

ESTADÍSTICOS ÍTEM - TOTAL

Ítem de la escala	Medida de la escala si el ítem es borrado	Varianza de la escala si el ítem es borrado	Correlación del ítem con la escala total	Índice de confiabilidad (Alpha) si el ítem es borrado
GOL1	19,4679	266,2565	,5118	,8914
GOL2	19,4897	266,0543	,5137	,8916
GOL3	19,4320	267,0046	,5117	,8914
GOL4	19,4130	267,0043	,5120	,8914
GOL5	19,4717	266,9386	,5115	,8914
GOL6	19,4917	266,9386	,5115	,8914
GOL7	19,4804	266,9379	,5115	,8914
GOL8	19,4840	266,9379	,5115	,8914
GOL9	19,4917	266,9386	,5115	,8914
GOL10	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL11	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL12	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL13	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL14	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL15	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL16	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL17	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL18	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL19	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL20	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL21	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL22	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL23	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL24	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL25	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL26	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL27	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL28	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL29	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL30	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL31	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL32	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL33	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL34	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL35	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL36	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL37	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL38	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL39	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL40	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL41	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL42	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL43	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL44	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL45	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL46	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL47	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL48	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL49	19,4817	266,9379	,5115	,8914
GOL50	19,4817	266,9379	,5115	,8914

**ANEXO F
INDICADORES DE CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE GOLBERG**

Definiciones de normalización
 n de ítems = 48
 Alpha = ,8961

ESTADÍSTICOS ÍTEM - TOTAL

Ítems de la escala	Media de la escala si el ítem es borrado	Varianza de la escala si en ítem es borrado	Correlación del ítem con la escala total	Índice de confiabilidad (Alpha) si el ítem es borrado
GHQ1	19,4439	146,2905	,5148	,8919
GHQ2	19,4893	141,0543	,5137	,8918
GHQ3	19,4320	140,1168	,5732	,8901
GHQ4	19,7733	140,4293	,5623	,8904
GHQ5	19,6706	143,8386	,4478	,8932
GHQ6	19,9427	143,3986	,5013	,8919
GHQ7	20,0525	148,4470	,3066	,8960
GHQ8	19,5298	141,6421	,5114	,8917
GHQ9	19,5776	142,9288	,4603	,8931
GHQ10	19,2124	139,3112	,6022	,8894
GHQ11	19,4487	138,3197	,6531	,8881
GHQ12	20,1169	143,8116	,5662	,8906
GHQ13	19,8282	139,8221	,5567	,8906
GHQ14	19,7757	138,1936	,6733	,8876
GHQ15	19,7088	152,6040	,1427	,8988
GHQ16	19,4320	147,6192	,4976	,8924
GHQ17	19,7685	149,7764	,3923	,8941
GHQ18	19,6754	147,4351	,4611	,8928
GHQ19	19,8520	148,1264	,4243	,8935
GHQ20	19,8687	149,6454	,2854	,8961
GHQ21	19,5274	146,1350	,5061	,8919
GHQ22	20,4344	150,0549	,4377	,8937
GHQ23	20,3795	148,5518	,4506	,8932
GHQ24	20,4916	151,1883	,4455	,8941
GHQ25	20,4368	152,6963	,2808	,8957
GHQ26	20,2840	147,2565	,4766	,8926
GHQ27	20,4940	151,4850	,4200	,8943
GHQ28	20,4630	152,6894	,2810	,8957

Coefficientes de confiabilidad

N de Casos = 419,0

N de Items = 28

Alpha = ,8962

Componentes	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	7,827	25,952	25,952	8,174	24,921	24,921
2	2,857	10,294	36,247	3,061	9,241	34,162
3	1,664	5,361	41,607	1,776	5,323	39,485
4	1,496	4,701	46,308	1,589	4,817	44,302
5	1,187	3,691	50,000			
6	1,063	3,311	53,311			
7	982	3,061	56,372			
8	961	2,941	59,313			
9	877	2,721	62,034			
10	826	2,550	64,584			

**ANEXO G
ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA ESCALA DE GOLBERG**

11	785	2,391	66,975			
12	671	2,039	69,014			
13	604	1,839	70,853			
14	565	1,709	72,562			
15	555	1,682	74,144			
16	495	1,511	75,655			
17	452	1,381	77,036			
18	413	1,251	78,287			
19	365	1,121	79,408			
20	305	931	80,339			
21	268	811	81,150			
22	257	779	81,929			
23	234	719	82,648			
24	246	756	83,404			
25	290	875	84,279			
26	269	801	85,080			
27	224	674	85,754			
28	241	731	86,485			

Componentes	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	7,827	27,952	27,952	4,178	14,920	14,920
2	2,857	10,204	38,157	3,681	13,148	28,069
3	2,064	7,371	45,527	3,226	11,522	39,591
4	1,406	5,021	50,548	3,068	10,957	50,548
5	1,137	4,061	54,609			
6	1,068	3,816	58,424			
7	,982	3,509	61,933			
8	,963	3,440	65,373			
9	,933	3,333	68,706			
10	,826	2,950	71,656			
11	,770	2,751	74,406			
12	,705	2,516	76,923			
13	,621	2,219	79,142			
14	,604	2,159	81,301			
15	,565	2,017	83,318			
16	,555	1,982	85,300			
17	,497	1,777	87,077			
18	,452	1,615	88,692			
19	,428	1,527	90,219			
20	,405	1,447	91,666			
21	,368	1,315	92,980			
22	,357	1,276	94,256			
23	,334	1,192	95,449			
24	,296	1,056	96,504			
25	,290	1,035	97,540			
26	,249	,891	98,430			
27	,228	,814	99,245			
28	,211	,755	100,000			

ESTADÍSTICOS ITEM TOTAL

Nombre de la escala	Media de la escala si el ítem es borrado	Varianza de la escala si el ítem es borrado	Correlación del ítem con la escala total	Índice de confiabilidad (Alfa) si el ítem es borrado
EE1	39,4126	4,14117	,714	,875
EE2	39,4126	4,14117	,661	,870
EE3	39,1547	4,14117	,786	,875
EE4	41,2217	4,14117	,721	,870
EE5	46,2278	4,14117	,731	,870
EE6	46,2278	4,14117	,670	,870
EE7	46,0447	4,14117	,711	,870
EE8	46,2278	4,14117	,671	,870
EE9	46,2278	4,14117	,671	,870
EE10	46,2278	4,14117	,671	,870
EE11	46,2278	4,14117	,671	,870
EE12	46,2278	4,14117	,671	,870
EE13	46,2278	4,14117	,671	,870
EE14	46,2278	4,14117	,671	,870
EE15	46,2278	4,14117	,671	,870
EE16	46,2278	4,14117	,671	,870
EE17	46,2278	4,14117	,671	,870

ANEXO H
INDICADORES DE CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE EXPRESIVIDAD EMOCIONAL

Coeficiente de confiabilidad

Alfa Cronbach = 0,875

Alfa = 0,875

ESTADÍSTICOS ÍTEM - TOTAL

Ítems de la escala	Media de la escala si el ítem es borrado	Varianza de la escala si en ítem es borrado	Correlación del ítem con la escala total	Índice de confiabilidad (Alpha) si el ítem es borrado
EE1	46,4206	83,6119	,6378	,8691
EE2	46,4509	83,7564	,6031	,8703
EE3	46,1963	83,6195	,6063	,8701
EE4	46,3762	84,3289	,5894	,8709
EE5	46,2944	82,4143	,6331	,8688
EE6	46,2430	87,9174	,4300	,8768
EE7	46,0935	85,0685	,5449	,8726
EE8	46,2243	85,8793	,4739	,8754
EE9	46,2196	88,5793	,3866	,8783
EE10	46,6659	89,2300	,2811	,8831
EE11	46,0724	86,9057	,4439	,8765
EE12	46,4206	86,3098	,3781	,8803
EE13	46,2407	85,0263	,5628	,8720
EE14	46,3037	83,6546	,6294	,8694
EE15	46,3481	83,8481	,6242	,8696
EE16	46,5467	86,2343	,4953	,8745
EE17	46,3972	86,2821	,4615	,8759

—

Coeficientes de confiabilidad

N de Casos = 428,0

N de Items = 17

Alpha = ,8804

ESTADÍSTICOS ITEM - TOTAL

Ítem de la escala	Media de la escala si el ítem es borrado	Varianza de la escala si el ítem es borrado	Correlación del ítem con la escala total	Índice de confiabilidad (Alpha) si el ítem es borrado
EAG1	56,1218	1,0384	,6110	,937
EAG2	56,7665	1,1711	,4132	,936
EAG3	56,6900	1,0745	,5172	,934
EAG4	56,4791	1,0689	,5197	,933
EAG5	56,4445	1,1701	,5070	,938
EAG6	56,1711	1,0786	,5100	,936
EAG7	56,2170	1,0885	,5100	,934
EAG8	56,3710	1,1189	,5170	,936
EAG9	56,4143	1,0747	,5100	,932
EAG10	56,1977	1,0700	,5100	,934
EAG11	56,2771	1,0790	,5100	,933
EAG12	56,0253	1,1711	,5117	,937
EAG13	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG14	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG15	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG16	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG17	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG18	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG19	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG20	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG21	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG22	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG23	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG24	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG25	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG26	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG27	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG28	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG29	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG30	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG31	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG32	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG33	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG34	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG35	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG36	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG37	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG38	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG39	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG40	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG41	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG42	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG43	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG44	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG45	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG46	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG47	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG48	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG49	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG50	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG51	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG52	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG53	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG54	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG55	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG56	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG57	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG58	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG59	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG60	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG61	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG62	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG63	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG64	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG65	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG66	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG67	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG68	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG69	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG70	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG71	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG72	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG73	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG74	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG75	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG76	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG77	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG78	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG79	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG80	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG81	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG82	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG83	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG84	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG85	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG86	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG87	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG88	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG89	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG90	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG91	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG92	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG93	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG94	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG95	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG96	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG97	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG98	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG99	56,1511	1,0745	,5100	,932
EAG100	56,1511	1,0745	,5100	,932

**ANEXO I
INDICADORES DE CONFIABILIDAD DE
LA ESCALA DE AMBIVALENCIA EMOCIONAL**

Coefficiente de Confiabilidad

N de ítems = 100

R de ítems = .7

Alpha = .9329

ESTADÍSTICOS ÍTEM - TOTAL

Items de la escala	Media de la escala si el ítem es borrado	Varianza de la escala si en ítem es borrado	Correlación del ítem con la escala total	Índice de confiabilidad (Alpha) si el ítem es borrado
EAQ1	56,3279	277,0974	,6103	,9310
EAQ2	56,3605	283,3173	,4132	,9336
EAQ3	55,8000	281,1953	,4972	,9324
EAQ4	55,9791	284,7665	,3726	,9341
EAQ5	56,2465	275,2957	,6208	,9308
EAQ6	56,3791	276,9306	,6252	,9308
EAQ7	56,2116	277,8968	,5497	,9318
EAQ8	56,2605	275,6196	,6702	,9303
EAQ9	56,4163	277,7494	,5973	,9312
EAQ10	56,1907	274,3505	,6938	,9299
EAQ11	56,2302	275,3385	,6661	,9303
EAQ12	56,0233	278,3491	,5217	,9322
EAQ13	56,1512	278,6741	,5196	,9322
EAQ14	56,3465	275,9239	,5619	,9317
EAQ15	56,4651	278,0955	,5627	,9316
EAQ16	55,8721	280,5267	,4541	,9332
EAQ17	56,4140	278,2105	,5898	,9313
EAQ18	56,4302	276,9124	,6329	,9307
EAQ19	56,3628	276,2970	,6861	,9302
EAQ20	55,6302	279,6135	,4964	,9325
EAQ21	56,2093	279,3221	,5814	,9314
EAQ22	56,2814	276,4265	,6210	,9308
EAQ23	56,2791	278,1084	,6203	,9309
EAQ24	56,3000	275,0170	,6802	,9301
EAQ25	56,3744	274,4352	,6699	,9302
EAQ26	55,9721	281,7055	,3211	,9363
EAQ27	56,4023	276,6606	,6418	,9306

Coeficientes de Confiabilidad

N de Casos = 430,0

N de Items = 27

Alpha = ,9339

		Ansiedad e Insomnio	Depresión Grave	Disfunción Social	Síntomas somáticos	No Evitar la expresión	Expresión Abierta	Ambivalencia Emoción +	Ambivalencia Emoción -	Apoyo Amigos	Apoyo Familiar	Apoyo Religioso	EDAD	Estado Civil	Sexo
Ansiedad e Insomnio	Pearson Correlation	1,000	,622**	,383**	,345**	-,108*	,127**	,226**	,231**	-,005	-,073	-,014	-,042	-,005	-,186**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,026	,008	,000	,000	,922	,126	,774	,376	,908	,000
	N	446	437	433	435	423	433	428	432	436	435	435	443	441	445
Depresión Grave	Pearson Correlation	,622**	1,000	,421**	,397**	-,175**	,082	,303**	,280**	-,044	-,104*	-,006	,054	,050	-,019
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,087	,000	,000	,356	,029	,899	,251	,287	,681
	N	437	453	441	442	429	440	435	440	443	442	442	450	448	452
Disfunción Social	Pearson Correlation	,383**	,421**	1,000	,401**	-,251**	-,168**	,252**	,150**	-,126**	-,114*	-,151**	-,033	-,007	-,018
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,002	,008	,017	,002	,493	,885	,711
	N	433	441	449	442	426	436	431	435	438	437	437	446	444	448
Síntomas somáticos	Pearson Correlation	,345**	,397**	,401**	1,000	-,236**	-,078	,251**	,186**	-,159**	-,196**	-,131**	-,029	-,024	,007
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,102	,000	,000	,001	,000	,006	,543	,609	,878
	N	435	442	442	452	427	439	434	437	441	440	440	449	447	451
No Evitar la expresión	Pearson Correlation	-,108*	-,175**	-,251**	-,236**	1,000	,470**	-,676**	-,504**	,338**	,390**	,175**	-,089	-,038	-,199**
	Sig. (2-tailed)	,026	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,065	,435	,000
	N	423	429	426	427	438	428	421	424	428	427	427	435	434	437
Expresión Abierta	Pearson Correlation	,127**	,082	-,168**	-,078	,470**	1,000	-,287**	-,156**	,270**	,253**	,141**	,025	,000	-,193**
	Sig. (2-tailed)	,008	,087	,000	,102	,000		,000	,001	,000	,000	,003	,604	1,000	,000
	N	433	440	436	439	428	450	432	436	440	439	439	448	446	449
Ambivalencia Emoción +	Pearson Correlation	,226**	,303**	,252**	,251**	-,676**	-,287**	1,000	,760**	-,288**	-,340**	-,120*	,076	,042	,159**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,013	,109	,385	,001
	N	428	435	431	434	421	432	444	432	434	433	433	441	439	443
Ambivalencia Emoción -	Pearson Correlation	,231**	,280**	,150**	,186**	-,504**	-,156**	,760**	1,000	-,205**	-,234**	-,032	,089	,004	,199**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,002	,000	,000	,001	,000		,000	,000	,508	,061	,934	,000
	N	432	440	435	437	424	436	432	448	437	436	436	445	444	447
Apoyo Amigos	Pearson Correlation	-,005	-,044	-,126**	-,159**	,338**	,270**	-,288**	-,205**	1,000	,566**	,349**	-,064	-,034	-,232**
	Sig. (2-tailed)	,922	,356	,008	,001	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,173	,475	,000
	N	436	443	438	441	428	440	434	437	452	451	451	449	447	451
Apoyo Familiar	Pearson Correlation	-,073	-,104*	-,114*	-,196**	,390**	,253**	-,340**	-,234**	,566**	1,000	,275**	-,155**	-,046	-,122**
	Sig. (2-tailed)	,126	,029	,017	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,001	,337	,009
	N	435	442	437	440	427	439	433	436	451	451	451	448	446	450
Apoyo Religioso	Pearson Correlation	-,014	-,006	-,151**	-,131**	,175**	,141**	-,120*	-,032	,349**	,275**	1,000	,155**	-,029	,019
	Sig. (2-tailed)	,774	,899	,002	,006	,000	,003	,013	,508	,000	,000		,001	,544	,692
	N	435	442	437	440	427	439	433	436	451	451	451	448	446	450
EDAD	Pearson Correlation	-,042	,054	-,033	-,029	-,089	,025	,076	,089	-,064	-,155**	,155**	1,000	,348**	,174**
	Sig. (2-tailed)	,376	,251	,493	,543	,065	,604	,109	,061	,173	,001	,001		,000	,000
	N	443	450	446	449	435	448	441	445	449	448	448	460	456	459
Estado Civil	Pearson Correlation	-,005	,050	-,007	-,024	-,038	,000	,042	,004	-,034	-,046	-,029	,348**	1,000	,149**
	Sig. (2-tailed)	,908	,287	,885	,609	,435	1,000	,385	,934	,475	,337	,544	,000		,001
	N	441	448	444	447	434	446	439	444	447	446	446	456	458	457
Sexo	Pearson Correlation	-,186**	-,019	-,018	,007	-,199**	-,193**	,159**	,199**	-,232**	-,122**	,019	,174**	,149**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,681	,711	,878	,000	,000	,001	,000	,000	,009	,692	,000	,001	
	N	445	452	448	451	437	449	443	447	451	450	450	459	457	462

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).