TESIS
PS2006
A6

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

INFLUENCIA DE LAS EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS, APOYO SOCIAL, SEXO Y EDAD SOBRE LA SALUD

Trabajo de Investigación presentado por:

Emilia ARAUJO

Y

David MORENO DE CHENE

a la

Escuela de Psicología

Como un requisito parcial para obtener el título de

Licenciado en Psicología

Profesora Guía:

Luisa ANGELUCCI

Caracas, Junio 2006

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
PRESENTACIÓN	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	vii
RESUMEN	ix
I. INTRODUCCIÓN	10
II. MARCO TEÓRICO	12
III. MÉTODO	43
Problema	43
Hipótesis	43
Variables	45
Tipo y Diseño de Investigación	46
Población y Muestra	48
Instrumentos	48
Procedimiento	57
Consideraciones Éticas	58
IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	60
V. DISCUSIÓN	86
VI. CONCLUSIONES	105
VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	107
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
IX. ANEXOS	
Anexo A. Escala de Salud General de Goldberg	
Anexo B. Escala de Afectos. Versión Modificada	
Anexo C. Escala de Apoyo Social	
Anexo D. Ilustración de Estructuras Factoriales de los Afectos	
Anexo E. Escala de Afectos. Versión Piloto	
Anexo F. Análisis de Confiabilidad de los Instrumentos	

Anexo G. Análisis de la Estructura Factorial de los Instrumentos
Anexo H. Verificación de los Supuestos de Normalidad y Media de los Errores
Anexo I. Matriz de Correlaciones entre las variables de Estudio

NDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Diagrama de Ruta Propuesto	44
Tabla 1. Matriz Rotada de la Escala de Salud General de Goldberg	61
Tabla 2. Matriz Rotada de la Escala de Frecuencia de Emociones	62
Tabla 3. Matriz Rotada de la Escala de Intensidad de Emociones	64
Tabla 4. Matriz Rotada de la Escala de Apoyo Social	66
Tabla 5. Estadísticos Descriptivos de las Variables Utilizadas en el Estudio	67
Tabla 6. Coeficientes de Correlación para Ansiedad e Insomnio	71
Tabla 7. Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Ansiedad e Insomnio	72
Tabla 8. Coeficientes de Correlación para Síntomas Depresivos	72
Tabla 9. Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Síntomas Depresivos	73
Tabla 10. Coeficientes de Correlación para Síntomas Somáticos	73
Tabla 11. Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Síntomas Somáticos	74
Tabla 12. Coeficientes de Correlación para Disfunción Social	75
Tabla 13. Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Disfunción Social	75
Tabla 14. Coeficientes de Correlación para Frecuencia de Emociones Positivas	76
Tabla 15. Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Frecuencia de Emociones Positivas	76
Tabla 16. Coeficientes de Correlación para Frecuencia de Emociones Negativas	77
Tabla 17. Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Frecuencia de Emociones Negativas	77
Tabla 18. Coeficientes de Correlación para Apoyo Social de Otros	78
Tabla 19. Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Apoyo Social de Otros	78
Tabla 20. Coeficientes de Correlación para Apoyo Social de Familiares	79

Tabla 21. Coeficientes de Regresión y su Significancia
para la Variable Apoyo Social de Familiares 79
Tabla 22. Coeficientes de Correlación para Apoyo Religioso 80
Tabla 23. Coeficientes de Regresión y su Significancia
para la Variable Apoyo Religioso 80
Tabla 24. Coeficientes de Correlación para Intensidad de Emociones Positivas 81
Tabla 25. Coeficientes de Regresión y su Significancia
para la Variable Intensidad de Emociones Positivas 81
Tabla 26. Coeficientes de Correlación para Intensidad de Emociones Negativas 82
Tabla 27. Coeficientes de Regresión y su Significancia
para la Variable Intensidad de Emociones Negativas 82
Figura 2. Diagrama de Ruta de la Variable Endógena
de Intensidad de las Emociones Positivas y Negativas. 84
Figura 3. Diagrama de Ruta Resultante 85

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo determinar, a través de un diagrama de ruta, la influencia de la frecuencia e intensidad de las emociones positivas y negativas, el apoyo social, la edad y el sexo sobre la salud; tomando en cuenta la relación entre ellas. Para ello, se utilizó una muestra de 406 estudiantes de postgrado de la Universidad (UCAB) con edades comprendidas entre 23 a 50 años. La distribución de la muestra de acuerdo al género fue de 151 hombres y 255 mujeres.

Se encontró que el modelo de ruta planteado resultó adecuado para la explicación de las diferentes dimensiones de la salud. De esta manera, las mujeres son las que reportan mayores síntomas de ansiedad e insomnio, al igual que las personas que experimentan más frecuentemente emociones negativas y menos emociones positivas; mientras que la presencia de síntomas depresivos se ve incrementada a medida que disminuye el apoyo social de otros y las emociones positivas, y aumenta la frecuencia de las emociones negativas; por otro lado, las mujeres y las personas que experimentan menor apoyo social de otros y mayor frecuencia de emociones negativas, reportaron síntomas somáticos. En lo que se refiere a la presencia del factor de disfunción social, el cual indica una peor percepción de salud general, se encontró que las personas que experimentan mayor frecuencia de emociones negativas y menor frecuencia de emociones positivas tienden a presentar un aumento en esta dimensión de la salud.

Por lo tanto, se tiene que el pertenecer al sexo femenino y el experimentar frecuentemente emociones negativas son factores que ejercen un efecto adverso en la percepción de la salud de los individuos. Mientras que el contar con redes de apoyos sociales y el experimentar frecuentemente emociones positivas son factores protectores sobre la salud de las personas. También se evidenció que el contar con redes de apoyo social en los diferentes contextos, el pertenecer al sexo masculino y tener una mayor edad, son factores protectores de la salud, en cuanto aumentan la frecuencia de emociones positivas y disminuye la cantidad de experiencias emocionales negativas.

Los resultados de esta investigación pueden funcionar como base de programas de intervención en el área de salud y para aumentar la comprensión del fenómeno.

I. INTRODUCCIÓN

La salud es un tema de gran interés social pues afecta directamente las condiciones y el nivel de vida de toda la población; específicamente, en los últimos años, se ha evidenciado un aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades físicas que podrían estar relacionadas a factores psicosociales. De esta manera, los investigadores se han centrado en el estudio de los factores que afectan a la salud, para poder identificarlos y posteriormente puedan ser prevenidos o intervenidos con el fin de promover el bienestar físico y psicológico de los individuos (Taylor, 1999)

Se ha podido evidenciar que la salud de las personas se encuentra determinada por múltiples variables que pueden ser de carácter biológico, social o psicológico; razón por la cual, el estudio de los factores que afectan a la salud deben abordarse desde una perspectiva biopsicosocial, la cual propone que la salud se ve afectada por una serie de factores biológicos, psicológicos, sociales y no sólo físicos (Pacheco y Suárez, 1997). En este sentido, una de las áreas en las que la salud es abordada desde una perspectiva biopsicosocial es la psicología de la salud, donde se destacan los factores protectores de la salud, término que hace referencia a aquellas variables que disminuyen las influencias negativas de ciertas variables sobre el individuo, y los factores de riesgo, entendidos como aquellos elementos que cuando están presentes aumentan la probabilidad de la incidencia de alguna enfermedad (Davidzon, 1995).

Según la psicología de la salud, uno de los principales fenómenos que puede jugar un papel protector o de riesgo en el continuo salud – enfermedad, es el de las emociones. Esto se debe a los efectos directos que éstas ejercen 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 investigaciones anteriores se ha estudiado cómo influyen diversos elementos de las emociones en la salud percibida de los individuos; de esta manera, se han realizado estudios basados en el componente fisiológico de las emociones (Kring y Gordon, 1998), en el componente motor expresivo (Núñez y Socorro, 2005), y el impacto que tiene el inhibir las emociones en la salud de las personas (Gross, 1998).

Los estudios mencionados han investigado diferentes componentes de las emociones. Sin embargo, no se ha considerado las diferencias existentes que se encuentran marcadas por la valencia positiva o negativa de la emoción; tampoco se ha enfatizado la influencia de las dimensiones de intensidad y frecuencia de las emociones positivas y negativas. Con respecto a las dimensiones de frecuencia e intensidad de emociones positivas y negativas, Palmero y Fernández-Abascal (1998) consideran que si bien se admite que las emociones juegan un importante papel en la adaptación y supervivencia, no se debe dejar de enfatizar que la cantidad de veces y el grado de intensidad con el que se experimente la emoción, puede conllevar a efectos positivos o negativos, sobre el funcionamiento homeostático de los organismos. Por esta razón, en la presente investigación se intenta establecer más claramente la medición de las dimensiones de frecuencia e intensidad de las emociones, para luego, poder evidenciar el efecto que esta variable genera en el estado de salud de las personas.

Además de estudiar la relación directa entre las emociones y la salud; hay que considerar la asociación entre emociones y apoyo social ya que existe evidencia empírica de la importancia que ejerce el mantenimiento de las redes de apoyo social en el manejo de las experiencias emocionales positivas y negativas (McCaskill y Lakey, 2000).

De esta manera, con esta investigación se pretende tener una mejor comprensión de la función mediadora que ejercen la intensidad y frecuencia de emociones positivas y negativas en la relación entre la salud y el apoyo social. Además, se reconoce la influencia de variables sociodemográficas como la edad y el sexo en el apoyo social, la intensidad y frecuencia de emociones positivas y negativas y en el estado de salud percibido.

En este sentido, el presente estudio se centrará en determinar el rol que ejercen variables como la intensidad y frecuencia de las emociones positivas y negativas, el apoyo social percibido, la edad y el sexo sobre la salud. Además, por tratarse de una investigación de carácter multivariado, también se evaluará la influencia que tienen entre sí el conjunto de variables que inciden sobre la salud. La presente investigación permitirá obtener información para diseñar estrategias avanzadas para la prevención de enfermedades y promover el bienestar físico y psicológico de los individuos.

II. MARCO TEÓRICO

Hoy en día la psicología cuenta con una extensa gama de áreas que tratan diversos aspectos de la actividad humana, entre las que se encuentra la salud. Específicamente, es a partir de 1960 en donde se comienza un trabajo más sistemático que ha comprometido a la psicología con el estudio del proceso salud – enfermedad. A partir de los esfuerzos realizados y de los resultados encontrados por este tipo de investigaciones, se ha desarrollado una rama de la psicología denominada psicología de la salud, la cual se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud – enfermedad. La psicología de la salud es considerada como una disciplina aplicada que se interesa por aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación (Morales, 1999).

Sin embargo, lo que hoy se conoce como psicología de la salud, ha sido el resultado de la evolución del pensamiento científico y la práctica profesional tanto en psicología como en otras disciplinas como la medicina y la sociología. En específico, es necesario señalar tres modelos que, en su momento, dieron explicación al proceso salud – enfermedad.

El primer modelo que se destaca es el biomédico, el cual es propuesto originalmente por Hipócrates (460 – 377 a.C) quien afirmó que la enfermedad era una manifestación de la vida del organismo, como resultados de cambios en su sustrato material. Además, Hipócrates creó la doctrina de la influencia del medio externo en la producción de la enfermedad y reconoció la importancia de diversas características personales. Esta concepción fue sustituida en poco tiempo por los planteamientos de Platón (428 – 374 a.C), quien estableció que la salud y la enfermedad se determinan por un principio no material; específicamente, consideraba que la causa de la enfermedad consistía en un castigo divino. Sin embargo, el proceso cultural y científico que se produce durante el Renacimiento, permitió retomar los planteamientos de Hipócrates en los que se reconoce a la enfermedad como el resultado de desbalances bioquímicos o anormalidades neurofisiológicas; mientras que la salud es definida como

la ausencia de enfermedad y por lo tanto, la presencia de un equilibrio de los componentes bioquímicos y neurofisiológicos. Pero no fue sino hasta el siglo XIX donde estos fundamentos del modelo biomédico penetraron en el ambiente científico y académico (Morales, 1999).

Cuando en el siglo XX el vínculo entre la medicina y la biología se hizo más estrecho, aumentaron notablemente los conocimientos acerca del sustrato material de la enfermedad, y fue expuesta una variedad de procesos que ocurren a nivel de órganos, tejidos, células y componentes bioquímicos del organismo humano, sano o enfermo (Morales, 1999). Luego, empezó a surgir cierta evidencia que sugería la influencia de factores psicológicos y sociales en el desarrollo de enfermedades y en la preservación de la salud. De esta manera, surge el segundo modelo denominado psicosomático, el cual propone que los factores psicológicos y somáticos interactúan para producir la enfermedad (Taylor, 1999).

Si bien ambos modelos de la enfermedad han formado parte de la visión predominante en la medicina, muchos psicólogos y algunos sociólogos han comenzado a cuestionarse la utilidad de estos modelos. Básicamente cuestionan su limitada definición de salud, entendida sólo como la ausencia de enfermedad, y su grado de utilidad en lo que respecta a la consideración de los actuales patrones que son considerados tanto en la enfermedad como en la muerte. A partir de esto se considera que es necesario que surja un modelo en el que se potencien los dos antiguos enfoques y con el que se tenga la facultad de resolver problemas donde los viejos modelos fracasaban. El modelo alternativo propuesto es el biopsicosocial, el cual presenta un enfoque holístico en relación con la medicina, es decir, aquel que tiene en cuenta los aspectos sociales, psicológicos y fisiológicos de la salud de una persona; este modelo, concibe al individuo como un subsistema que forma parte de un sistema social en el que se incluye a la familia, la comunidad y a la sociedad en general (Brannon y Feist, 2001).

Debido a la necesidad de estudiar la salud como un fenómeno integral, se hace necesario ampliar el ámbito de la salud hacia áreas de conocimiento como las ciencias sociales y humanas, en donde se destaca la psicología de la salud, la cual surge bajo

las demandas y requerimientos de la práctica; más específicamente, su origen se debe a los cambios que se han operado en el estado de salud de la población y en las prioridades de los servicios de salud (Morales, 1999).

En términos generales, la psicología de la salud desarrolla una nueva perspectiva en lo que se refiere al abordaje del continuo salud – enfermedad. En este sentido, Morales (1999) destaca que la psicología de la salud se interesa primordialmente por diferentes variables que explican multicausalmente el contínuo salud – enfermedad. Desde esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como un estado completo de bienestar físico, psicológico y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (Taylor, 1999). Así, la salud estaría conformada por factores fisiológicos, perceptuales, cognitivos, interpersonales y ecológicos.

Actualmente se considera a la psicología de la salud como una rama de la psicología cuya preocupación se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas. Más especificamente, implica la aplicación de principios psicológicos a áreas relacionadas con la salud física de esta manera incluye una serie de contribiciones de la psicología a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la mejora del sistema sanitario y la identificaciòn de factores de riesgo y factores protectores para la salud (Brannon y Feist, 2001).

Dentro de la psicología de la salud, se considera que la salud es un fenómeno multicausal que puede verse influido por una serie de factores protectores y de riesgo. En específico, los factores protectores de la salud hacen referencia a aquellos que disminuyen las influencias negativas de ciertas variables sobre el individuo y por tanto ejercen un efecto positivo sobre la salud; mientras que los factores de riesgo son variables que cuando están presentes aumentan la probabilidad de la incidencia de alguna enfermedad (Davidzon, 1995).

En este sentido, una de las variables que se han estudiado para evaluar la influencia que tiene como factor protector o de riesgo sobre la salud son las emociones, las cuales pueden influenciar los niveles de salud de las personas dependiendo de su tipología, frecuencia e intensidad (Davidzon, 1995).

De esta manera, Wukmir (1967; cp. González, Barrull, Pons y Marteles, 1998) planteó que siendo la vida y la supervivencia lo positivo para un ser vivo, la emoción es el resultado de una medida subjetiva de la probabilidad de supervivencia del organismo en una situación dada o frente a unos estímulos determinados; específicamente, el autor plantea que a cada estado del organismo le corresponde una emoción, que es más positiva cuando se trata de un estado más saludable y es más negativa cuando el estado se acerca más a la enfermedad. Por lo tanto, se considera que la emoción es una variable con dos dimensiones bien definidas, emociones positivas y emociones negativas, las cuales podrían estar acompañando los niveles de bienestar o malestar físico y psicológico del individuo.

Por otro lado, en cuanto a la conceptualización de las emociones, tradicionalmente, se han utilizado con bastante flexibilidad un gran número de términos para referirse a los procesos emocionales. Las denominaciones de afecto, humor, sentimiento y emoción son las que han sido consideradas como intercambiables; sin embargo, se pudieran introducir algunas diferencias para obtener una mayor claridad. En primer lugar, el afecto es el concepto más primitivo y posee tanto valencia como intensidad; tiene que ver con la preferencia, permite el conocimiento del valor que tienen para el sujeto las distintas situaciones a las que se enfrenta. En segundo lugar, el humor implica la existencia de tono e intensidad y supone la existencia de un conjunto de creeencias acerca de la probabilidad que tiene el sujeto de experimentar placer o dolor en el futuro, es decir, de experimentar el afecto positivo o el negativo. En tercer lugar, el sentimiento, es la experiencia subjetiva de la emoción; se refiere a la evaluación, minuto a minuto, que un sujeto realiza cada vez que se enfrenta a un evento (Palmero y Fernández-Abascal, 1998). En cuarto lugar, González, Barrull, Pons y Marteles (1998) consideran que la emoción es un proceso multifactorial o multidimensional, reconociendo en toda emoción dos componentes bien diferenciados; un componente

cualitativo, que se expresa mediante las palabras utilizadas para describir la emoción (amor, temor, tristeza, felicidad) y que determina su signo positivo o negativo; y otro componente cuantitativo, que se expresa mediante palabras de magnitud (poco, bastante, mucho, gran), tanto para las emociones positivas como negativas.

Otros autores se han centrado en verificar si las distinciones entre los términos sentimiento y emoción se realiza de forma natural o si es una categorización artificial. En este sentido, Ekman (1992; cp. Rodríguez-Torres y cols., 2005) propone una distinción entre emociones (emociones primarias) y sentimientos (emociones secundarias); las primeras hacen referencia a experiencias humanas y no humanas como miedo, alerta, rabia, sorpresa y tensión; mientras que las emociones secundarias son evaluadas como más humanas, más cognitivas, más morales, menos visibles, menos intensas, de mayor duración y causadas internamente; entre éstas se destacan el odio, la esperanza, la envidia, el resentimiento, la culpa y el amor.

A partir de este planteamiento, Rodríguez-Torres y cols. (2005) consideran que la distinción entre emociones (emociones primarias) y sentimientos (emociones secundarias) es implícita y que las personas la usan espontáneamente, sin que deba mediar una demanda experimental. A pesar de que los dos términos son aparentemente intercambiables entre sí, los sentimientos se utilizan para describir experiencias básicamente humanas; mientras que las emociones son comunes hacia humanos y animales; esta observación se realiza para las personas de habla hispana, ya que en otros idiomas como el inglés no existe el término sentimientos.

Por otro lado, Palmero, Fernández-Abascal, Martínez y Chóliz (2002), se focalizan en las diferencias existentes entre afectos y emociones; específicamente, plantean que la emoción es una forma concreta de afecto, y el afecto tiene que ver con la valoración que hace la persona de las distintas situaciones a las que se enfrenta. En este sentido, investigaciones como la de Zevon y Tellegen (1982) apuntan a la existencia de dos dimensiones afectivas: una positiva (placer) y otra negativa (displacer). Siguiendo esta misma línea, Fredrickson y Losada (en prensa) plantean que las personas experimentan un rango placentero y displacentero de emociones y estados

de ánimo, y expresan una variedad de evaluaciones positivas y negativas sobre sentimientos y actitudes. Los autores utilizan la palabra "afecto" para representar este espectro de actitudes y estados sentimentales valorados por las personas; específicamente, utilizan el término "afecto positivo" para representar los sentimientos placenteros, y "afecto negativo", para representar los displacenteros.

A través de lo planteado anteriormente es posible tener una visión más clara de las diferencias existentes entre los términos de emociones, sentimientos y afectos; aunque el común de las personas los utilizan de forma intercambiable, pareciera que los sentimientos tienen un carácter más personal ya que son causadas internamente; mientras que los afectos tienen una característica de preferencia y del valor que el individuo le da a esa preferencia; por último, las emociones poseen la subjetividad del sentimiento y la valoración del afecto. De esta manera, las emociones pueden ser descritas como procesos que implican la consideración de áreas fisiológicas, expresivo-motoras y cognitiva-subjetivas con el objetivo de movilizar al organismo para enfrentarse a diferentes situaciones (Palmero y Fernández-Abascal, 1998).

En cuanto a la conceptualización de las emociones, varios autores han desarrollado diferentes planteamientos. Especificamente, Reeve (1999) plantea que las emociones son fenómenos caracterizados por incluir estados afectivos subjetivos y reacciones fisiológicas que preparan al cuerpo para la acción adaptativa. En base a esta definición, el autor señala que las emociones concilian cuatro aspectos generales de la experiencia de cada individuo; el primer aspecto es el componente cognitivo – subjetivo, el segundo es el funcional, el tercero es el expresivo y por último, está el componente fisiológico; el cual incluye la actividad de los sistemas autonómicos y hormonal. Para Palmero y cols. (2002) las emociones son procesos que permiten realizar una evaluación de una situación interna o externa que es capaz de producir un desequilibrio en el organismo, luego de esta evaluación es que se dan una serie de cambios o respuestas subjetivas, cognitivas, fisiológicas y motor expresivas.

Consecuentemente, Reeve (1999) considera que los elementos subjetivos, cognitivos, fisiológicos y motor expresivos son estímulos necesarios para la formación

de las emociones; por lo tanto, estos elementos constituyen la primera respuesta del organismo que generan un tipo de emoción determinada. Mientras que, Palmero y cols. (2002) establecen que estos aspectos son el resultado del proceso de evaluación que realiza el individuo en base a una experiencia previa; por lo tanto, esta segunda posición sostiene que, estos factores subjetivos, cognitivos, fisiológicos y motor expresivos son consecuencia de una primera reacción del organismo, la cual es la evaluación de una experiencia. De esta manera, es posible evidenciar las diferencias entre dichos autores para conceptualizar a las emociones como la consecuencia de un proceso, de acuerdo con Reeve (1999) o la causa del mismo, como lo establecen Palmero y cols. (2002).

Si se toma en consideración que las emociones son el resultado de un proceso evaluativo, es posible clasificarlas en función de las sensaciones experimentadas por el individuo, es decir; aquellas que dan una sensación de agradabilidad y cuyas consecuencias son satisfactorias, han sido consideradas emociones positivas, entre las que se encuentran: la alegría, interés, amor y gratitud. En el otro grupo se destacan aquellas emociones consideradas negativas, las cuales dan una sensación desagradable y generalmente están acompañadas de consecuencias no satisfactorias, entre las que se destacan: hostilidad, ira, angustia y tristeza (Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003).

Más específicamente, Watson, Clark y Tellegen (1988) consideran que las emociones positivas están caracterizadas por afectos que reflejan entusiasmo, activación y estados de alerta en las personas, las cuales poseen un estado de energía y concentración; además, estos afectos se encuentran fuertemente correlacionados con la actividad social, la satisfacción y los eventos placenteros. Mientras que, las emociones negativas estarían conformadas por afectos más generales en los que se integran los estados aversivos del humor, incluyendo rabia, disgusto, miedo, angustia y nerviosismo.

Para lograr evaluar la magnitud de las emociones positivas y negativas en cuanto a intensidad y frecuencia se parte de la idea de Palmero y cols. (2002), en la que

la emoción tiene que ver con la valoración que hace la persona de las distintas situaciones a las que se enfrenta; junto con las nociones de Shaver, Schwartz, Kirson y O´Connor (1987, cp. Reeve 1999), quienes consideran que los individuos van adquiriendo información sobre las emociones por medio de la repetición de experiencias en las que se evalúan distintas situaciones y se experimentan distintas emociones. A través de la experiencia, el individuo construye una representación mental de las distintas emociones y la manera en la que cada una se relaciona con las demás. Esta representación mental es manifestada por diversos adjetivos que componen la descripción detallada de una emoción particular. Específicamente, se plantea la existencia de un primer nivel de comprensión en el que se encuentra una serie de categorías básicas de emociones supraordenadas (amor, alegría, tristeza, rabia, miedo), pero luego hay un nivel de comprensión más específico, donde se encuentran las emociones subordinadas (por ejemplo, cariño, lujuria, frustración, anhelo).

En base a las afirmaciones realizadas por diversos autores en cuanto a la medición de las emociones; en la presente investigación se considera a la emoción como una variable de estudio que se encuentra compuesta por dos dimensiones; la primera, que hace referencia a las emociones positivas y la segunda, a las emociones negativas. A su vez, cada una de estas dimensiones es descrita a través de dos componentes cuantitativos, la intensidad, la cual hace referencia a la fuerza con que se experimentan las emociones positivas y negativas, y la frecuencia, la cual hace referencia a la cantidad de veces que se experimenta cada dimensión de la emoción.

En esta línea, autores como Diener, Larsen, Levine y Emmons (1985) se centraron en el estudio de estos componentes cuantitativos de las emociones. El objetivo de los autores consistía en evaluar la relación de la intensidad de afectos positivos y negativos, además de verificar la relación entre las variables de intensidad y frecuencia; para ello, los autores utilizaron una muestra de 11 hombres y 15 mujeres, quienes completaron un formulario de humor con 41 escalas relevantes a la experiencia subjetiva de afecto todos los días durante 10 semanas. Los resultados obtenidos por el estudio indican que la variable intensidad de las emociones es unipolar y continua, a diferencia de la frecuencia con la que se experimentan diversas emociones;

básicamente estos autores encontraron una relación fuerte y positiva entre intensidad positiva e intensidad negativa ($r= 0.70$; $p< 0.01$); pero al mismo tiempo, los resultados arrojaron una relación significativamente inversa entre la frecuencia de las emociones positivas y la frecuencia de las emociones negativas ($r= -0.46$; $p< 0.05$). Generalmente, las personas que vivencian emociones positivas más intensas, reportarán emociones negativas más intensas. Mientras que, las personas que generalmente experimentan gran cantidad de emociones positivas, no parecen vivenciar una gran cantidad de emociones negativas.

Posteriormente, Fujita, Diener y Sandvik (1991) trabajaron sobre la misma temática, agregando la variable sexo, con una muestra de 100 estudiantes de la Universidad de Illinois, de los cuales 34 eran sujetos de sexo femenino y 66 de sexo masculino; todos completaron medidas de autorreporte de la intensidad de las experiencias emocionales en un periodo de 42 días. En términos generales estos autores coinciden con Diener y cols. (1985) al considerar que la intensidad de las emociones es unitaria y continua. Específicamente, en cuanto al sexo, Fujita y cols. (1991), concluyeron que las personas de sexo femenino tienden a experimentar las emociones con mayor intensidad y frecuencia en comparación con las personas de sexo masculino; sin embargo la valencia de la variable intensidad es la misma tanto para hombres como para mujeres. Mientras que la medida de frecuencia de los afectos positivos y negativos parecieran constituir una dimensión bipolar del afecto independientemente del sexo de los sujetos.

Siguiendo esta misma línea, Grossman y Wood (1993), realizaron una investigación cuya finalidad era examinar cómo las diferencias de sexo afectan la experiencia emocional y el grado de intensidad y frecuencia de estas emociones. Para ello, utilizaron una muestra de 48 sujetos masculinos y 37 sujetos femeninos, todos se encontraban en estudios de pregrado; la muestra clasificó la intensidad y frecuencia de sus experiencias emocionales típicas tomando en cuenta los cuestionarios referentes a cinco emociones básicas: miedo, alegría, tristeza, rabia y amor.

Grossman y Wood (1993) encontraron que las mujeres experimentaban con mayor frecuencia ($F= 11.20$; $p< 0.01$) e intensidad ($F= 4.04$; $p< 0.05$) las emociones de amor, miedo, alegría y tristeza en comparación con los hombres. Específicamente, las mujeres reportaron más expresividad emocional y niveles más altos de felicidad y satisfacción; con respecto a las emociones negativas, las mujeres también reportaron mayores niveles de afecto negativo y depresión en comparación con los hombres; mientras que las emociones como la ira y hostilidad son reportadas más frecuentemente por los hombres ($F= 23.28$; $p< 0.001$). Los autores añaden que las mujeres viven más intensamente aquellas emociones que están más relacionadas con roles de cuidado (alegría, amor, miedo, tristeza); mientras que los hombres vivenciaban con más intensidad las experiencias hostiles. Además, estos autores plantean la existencia de una asociación entre las emociones y la salud, ya que encontraron que las mujeres también generaban mayores reacciones fisiológicas que los hombres ante experiencias emocionales intensas.

En otros estudios también se han encontrado diferencias de sexo con respecto a las experiencias emocionales vivenciadas, Kring y Gordon (1998) realizaron un estudio con el objetivo de examinar los aspectos experienciales, expresivos y fisiológicos de las emociones en hombres y mujeres, para determinar si las mujeres son más emocionales o si sólo son más expresivas emocionalmente. Para ello se utilizó una muestra compuesta por 22 mujeres y 21 hombres, todos estudiantes de pregrado, con edades promedio de 19 años. El estudio consistió en observar seis videos que representaban tres emociones dominantes: felicidad, tristeza y miedo; estos estímulos elicitaban la experiencia y la expresión emocional de los sujetos.

Kring y Gordon (1998) utilizaron tres medidas para evaluar la experiencia emocional de cada sujeto, en la primera se tomó un pre test de la respuesta galvánica del sujeto en estado de relajación y otra medida durante la presentación de los videos. En la segunda, se aplicó una escala tipo lickert de cuatro opciones para evaluar el reporte escrito de la intensidad con la que experimentaron las emociones. En la tercera medida se observó la expresión emocional de los participantes durante la presentación

de los videos. Entre cada presentación, luego de que se aplicara la escala tipo lickert, se daba un período de descanso de 150 segundos.

En términos generales, Kring y Gordon (1998) encontraron que las mujeres son más expresivas en cuanto a emociones identificadas como disgusto, tristeza, miedo sorpresa, alegría e ira. Específicamente, en cuanto a la medida de expresión facial, los autores encontraron que las mujeres tuvieron una mayor expresión facial que los hombres en todos las videos presentados ($F= 7.17$; $p= 0.011$). Tanto hombres como mujeres exhibieron mayores expresiones positivas en respuesta a los videos que elicitaban felicidad en comparación con los videos que estimulaban la manifestación de emociones negativas como miedo y tristeza ($F= 61.58$; $p< 0.001$). Además, ambos sexos manifestaron mayor expresión negativa en respuesta a los videos de miedo que a los videos de tristeza ($F= 6.70$; $p= 0.013$).

En cuanto al reporte realizado por los sujetos acerca de la emoción experienciada, los autores encontraron que no hubo una diferencia de sexo significativa en cuanto a la experiencia emocional reportada ($F= 1.04$; ns); sin embargo, los videos si tuvieron un efecto elicitador de emociones sobre los participantes ($F= 23.23$; $p< 0.001$). Tanto los hombres como las mujeres reportaron experiencias de tristeza ante los videos que representaban esta emoción en comparación a la respuesta de miedo ante los videos de miedo ($t= 5.92$; $p< 0.001$), y de felicidad ante los videos que estimulaban la experiencia de esta emoción ($t= 5.04$; $p< 0.001$).

En lo que se refiere a los resultados fisiológicos, se encontró que no hubo diferencias significativas generales en la respuesta galvánica de hombres y mujeres ($F=0.94$; ns); sin embargo, los hombres demostraron mayor respuesta galvánica en comparación con las mujeres ante los videos que estimulaban la experiencia de miedo ($F= 5.26$; $p= 0.028$).

Kring y Gordon (1998), discuten estos resultados planteando que los hombres podían tener un menor umbral para la experiencia emocional que para la expresión facial; en este sentido, los autores sugieren que los hombres y mujeres aprenden reglas

distintas para la expresión de las emociones pero no necesariamente para la experiencia emocional; los varones aprenden a ocultar sus sentimientos mientras que las mujeres aprenden a expresar más libremente sus sentimientos, a la vez que aprenden a controlar la conducta expresiva; por lo que, la expresión de las emociones parece estar más fuertemente socializada que la experiencia de las emociones.

Por otra parte, la emoción ha sido evaluada como variable dependiente, ya que se considera que las emociones pueden variar en intensidad y frecuencia en un grupo de personas específicas; de esta manera es posible suponer que los aspectos subjetivos, cognitivos, motor expresivos y en especial fisiológicos que las componen también varían dependiendo de la experiencia del sujeto. Sin embargo, en diversos trabajos se ha puesto de relieve la importancia de la emoción como variable independiente, observando sus efectos sobre las conductas del sujeto y su proceso de adaptación, dentro de estas conductas la salud aparece como relevante en las investigaciones sobre el tema (Palmero y Fernández-Abascal, 1998).

Según Fredrickson y Losada (en prensa) más allá del sentimiento subjetivo de placer, las emociones positivas y los estados de ánimo positivos conllevan múltiples beneficios interrelacionados. Primero, estos sentimientos positivos alteran los "estados mentales" de la persona; específicamente, el inducir afectos positivos permite ampliar las posibilidades de atención, incrementa el repertorio conductual, la intuición y la creatividad. Segundo, estos sentimientos positivos alteran el sistema corporal de las personas; de esta manera, el inducir afectos positivos acelera la recuperación de efectos cardiovasculares, modifica la asimetría frontal del cerebro e incrementa la función inmune. Tercero, los afectos positivos predicen una buena salud física y psicológica; así, la frecuencia de afectos positivos predice resiliencia a la adversidad, incremento en la felicidad, crecimiento psicológico, reducción de los niveles de cortisol, reducción de inflamaciones producidas por estrés, reducción del dolor físico y reducción de derrames cerebrales. Cuarto, los sentimientos positivos predicen el nivel de longevidad de las personas; en este sentido, se plantea la existencia de un vínculo entre afectos positivos y longevidad.

Para sistematizar los efectos de las emociones positivas y negativas, Fredrickson (1998, cp. Tugade y Fredrickson, 2004) desarrolla la teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas; específicamente, el autor sostiene que a través del tiempo el ampliar y aumentar el uso de emociones positivas construye un rango de recursos personales, incluyendo recursos físicos (por ejemplo, salud y longevidad), recursos sociales (por ejemplo, amistades y apoyo social), recursos intelectuales y recursos psicológicos, entre los que se destaca, optimismo, creatividad y resiliencia; éste último termino hace referencia a la presencia de rasgos de personalidad relativamente estables, entre cuyas habilidades destacan el "dejar atrás" experiencias negativas y responder de manera efectiva a los cambios producidos por las demandas de la vida.

Basados en la teoría de ampliación y construcción, Fredrickson y Losada (en prensa) señalan que los afectos positivos amplían momentáneamente los repertorios de acción y pensamiento, mientras que los afectos negativos reducen estos repertorios; además, los afectos positivos, a través del tiempo, contribuyen a la creación de mapas cognitivos en los que el individuo define lo que es bueno y lo que es malo. De esta manera, los autores proponen que el experimentar intensas emociones positivas en gran cantidad ayuda al individuo a ampliar su repertorio cognitivo y conductual, por lo que aumentará su capacidad de encontrar variedad de alternativas ante situaciones desagradables, esto a su vez, contribuye con el aumento de los niveles de resiliencia de las personas.

Siguiendo con la linea de los efectos de las emociones positivas, Danner, Snowdon y Friesen (2001) verificaron las consecuencias benéficas de las emociones al analizar reportes autobiográficos de 180 monjas con edades comprendidas entre 75 y 95 años, estas biografías fueron escritas por los mismos sujetos cuando tenían un promedio de 22 años de edad. Esta investigación longitudinal se enmarca en la idea de que existe un patrón universal de respuestas emocionales que afectan la fisiología de las personas en maneras que son potencialmente dañinas o benéficas. Específicamente, la investigación tenía como objetivo encontrar alguna relación entre las experiencias emocionales positivas en la vida temprana y la longevidad.

Los resultados encontrados por dichos autores sugieren que existe una fuerte asociación inversa entre el contenido emocional positivo en las escrituras y el riesgo de mortalidad en la vida tardía (b= -1.4; p< 0.01), es decir, que el haber experimentado emociones positivas durante la vida temprana está fuertemente asociado con la longevidad seis décadas después (Danner y cols., 2001).

Por otro lado, Fredrickson y cols, (2003) corroboraron la idea de que las emociones positivas poseen efectos benéficos sobre las personas; el estudio de los autores tenía como objetivo evaluar el efecto de las emociones positivas en personas resilientes para superar una depresión producto de una situación de crisis. Los autores realizaron una evaluación previa a una situación de crisis, donde evaluaron la resiliencia de los sujetos y la personalidad de los mismos. Luego del acto terrorista del 11 de Septiembre de 2001 en la ciudad de Nueva York, se contactaron a 43 sujetos de la muestra utilizada anteriormente a los que se les aplicó la Escala Diferencial de Emociones de Izard (DES); se les preguntó sobre la presencia de síntomas depresivos y, por último; se readministraron los instrumentos utilizados en la pre crisis. Los resultados del estudio comprobaron la hipótesis de que los sujetos con resiliencia psicológica experimentaron mayor número de emociones positivas luego de la situación de crisis (β= 0.59; p< 0.001); a su vez, las personas que experimentaron mayor número de emociones positivas en post crisis, presentaron menor cantidad y gravedad de síntomas depresivos (β= -0.45; p< 0.01).

De esta manera, Fredrickson y cols, (2003) plantean que las emociones positivas alivian las sensaciones displacenteras producidas por las emociones negativas. Específicamente, estos investigadores afirman que las emociones negativas generan un fuerte impacto en el Sistema Nervioso Autónomo de las personas produciendo incrementos en el ritmo cardíaco, en la vasoconstricción y la presión cardiaca. Mientras que las experiencias de emociones positivas pueden aliviar los efectos cardiovasculares que son producidos por las emociones negativas. De esta forma, los autores reportan que las emociones positivas funcionan como factores protectores al actuar entre las emociones negativas y la salud, por lo que la relación entre emociones positivas y salud se puede dar tanto de manera directa como indirecta.

Otro factor que ha sido incluido, al igual que las emociones, como predictor de la salud, es la consideración del estilo de vida relacionado con el bienestar físico y psicológico de las personas. En este sentido, Jamal (2004) investigó la relación existente entre el trabajo laboral, el cansancio emocional, el estrés laboral y la salud; para ello, utilizó una muestra de 376 empleados canadienses, de los cuales el 75% eran de sexo masculino y el resto femenino, con una edad promedio de 40 años. El autor encontró que los empleados con exceso de trabajo reportaron niveles más altos de cansancio emocional ($F= 6.29$; $p< 0.01$) y problemas psicosomáticos ($F= 4.89$; $p< 0.01$), en comparación con otros empleados. Además encontró una asociación positiva y significativa entre cansancio emocional y el reporte de problemas psicosomáticos ($r= 0.58$; $p< 0.01$). De esta manera, pareciera que no sólo la sobrecarga laboral ejerce un efecto negativo sobre la experiencia emocional y el estado de salud de los individuos; sino que también el cansancio emocional actúa negativamente sobre la salud de las personas.

En términos generales, pareciera que el cansancio emocional obstruye la búsqueda de herramientas y estrategias eficaces que necesita el individuo para sobrellevar o afrontar la sobrecarga en el trabajo, situaciones de crisis, recurrentes vivencias negativas o problemas físicos (Jamal, 2004). Es por ello que también se hace necesario analizar el efecto positivo que puede ejercer la capacidad de afrontar y solventar situaciones que tienen un efecto negativo sobre el bienestar general del individuo.

En este sentido, Tugade y Fredrickson (2004) realizaron otro estudio con el fin de evaluar la relación entre las emociones positivas y la resiliencia psicológica. Para llevar a cabo el estudio se utilizó una muestra de 57 estudiantes de pregrado con una edad promedio de 19 años, a los que se les administró la escala de afectos positivos y negativos (PANAS), una escala tipo lickert en donde se evaluaba la intensidad de 14 afectos experimentados y una medida cardiovascular, mientras se les daba la tarea de realizar un discurso, esta asignación fue asumida como una amenaza cognitiva.

Los investigadores encontraron que los participantes reportaron más emociones positivas (M= 51.72; DS= 11.66) que emociones negativas (M= 26.68; DS= 6.12); además el rasgo de resiliencia se asoció de manera positiva con el estado de ánimo positivo (r= 0.38; p< 0.01); pero no hubo asociación con el estado de ánimo negativo. Tampoco hubo relaciones significativas entre la resiliencia y varias de las emociones subjetivas reportadas; la única excepción fue que una alta resiliencia estuvo asociada con mayor felicidad (r= 0.47; p< 0.01) y mayor interés (r= 0.33; p< 0.01). Por último, Tugade y Fredrickson (2004), encontraron que la emoción positiva estuvo asociada con la duración de la reactividad cardiovascular en respuesta a la tarea de preparar un discurso (r= - 0.22; p< 0.05); es decir que a mayor experiencia de emociones positivas, menor duración de la reactividad cardiovascular ante la amenaza cognitiva.

A partir de estos resultados, los autores plantearon que la experiencia de emociones positivas es un elemento que ejerce una influencia indirecta al ayudar a los individuos con alta resiliencia psicológica a recuperarse rápidamente de la activación cardiovascular asociada con amenazas cognitivas y con la vivencia de emociones negativas. Por lo tanto, las emociones positivas parecen tener la habilidad de regular los padecimientos fisiológicos prolongados que son producidos por las emociones negativas; además, este efecto aumenta cuando las personas presentan alta resiliencia psicológica. La discusión que presentan los autores de los resultados obtenidos en el estudio se fundamenta en la teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas de Fredrickson, mencionada anteriormente (Tugade y Fredrickson, 2004).

Además de la importancia que tiene la intensidad de las emociones positivas y negativas experimentadas por cada individuo, es necesario considerar la inhibición de esas experiencias emocionales, ya que esto puede dar indicadores del grado de afección del sujeto producto de una emoción específica vivenciada pero no manifestada. De esta manera, Gross (1998) realizó un estudio basado en la idea de que el controlar o regular las emociones lleva a un incremento en los parámetros de respuestas fisiológicas, lo que pudiera, en un periodo prolongado de tiempo, provocar efectos perjudiciales en el estado de salud de las personas. Para comprobar esta idea,

el autor utilizó una muestra de 120 estudiantes de pregrado (60 hombres y 60 mujeres), con un promedio de edad de 21 años.

Estas personas fueron dividas en tres grupos: el primero de ellos se encontraba en condición de reevaluación, es decir, se les solicitó que adoptaran una actitud no emocional en donde no sintieran nada mientras veían los videos (una forma de antecedente focalizado en la regulación emocional). El segundo grupo se encontró en condición de supresión; es decir, se les pidió que se comportaran de manera que si alguien los veía no supiera qué estaban sintiendo (una forma de respuesta focalizada en la regulación emocional); el tercero era el grupo control, quienes vieron los videos sin ninguna condición. A cada grupo se les presentó tres videos cortos: uno que elicitaba emociones de todo tipo, uno de personas quemándose y otro de amputación. Antes de cada video se les daba un minuto de descanso. Durante el experimento se realizó una evaluación de la conducta mediante la observación, se midió la experiencia subjetiva mediante autorreportes y una medida de la conductancia de la piel.

Comparado con el grupo control, tanto los participantes en supresión, ($t= 4.7$; $p< 0.001$), como los de reevaluación ($t= 3.2$; $p< 0.01$), reportaron reaccionar de manera menos espontánea durante el video de amputación, lo cual fue consistente con la petición de regular sus emociones. Además, los participantes en la condición de reevaluación reportaron que trataron de no sentir emociones a un nivel mayor de los del grupo control, ($t= 8.8$; $p< 0.001$) y el grupo de supresión ($t= 2.2$; $p< 0.05$). Por último, el grupo de supresión reportó sentir y esconder las emociones en un mayor grado que el grupo control, ($t= 7.3$; $p< 0.001$) y el grupo de reevaluación ($t= 2.0$; $p< 0.05$).

Los participantes en la condición de supresión presentaron mayor activación simpática, evaluada por los cambios de conductancia de la piel mientras observaban el video ($M= 0.79$; $DS= 0.89$; $p< 0.05$), en comparación con el grupo de reevaluación ($M=0.13$; $DS= 0.87$; $p< 0.05$) y con el grupo control ($M= 0.34$; $DS= 1.28$; $p< 0.05$). Por lo tanto, la existencia de un antecedente focalizado en la regulación emocional ejerce mayor efecto fisiológico en comparación con una forma de respuesta focalizada en la regulación emocional.

De esta manera, el autor concluye que el grupo con menor impacto fisiológico al experimentar la emoción es el grupo de reevaluación, por lo que Gross (1998) sugiere que para obtener una mejor salud física y psicológica es necesario reevaluar las distintas situaciones o experiencias emocionales con el fin de utilizar estrategias cognitivas para manifestar de manera adecuada aquellas emociones que son vividas de manera frecuente e intensamente y que dificultan el bienestar psicológico, en vez de suprimirlas, ya que la supresión de éstas ejerce un efecto negativo en el estado fisiológico del individuo.

Otra vía mediante la cual la salud física y psicológica puede verse comprometida es a través de su relación con el apoyo social. Específicamente, el apoyo social, es definido como los contactos personales disponibles y los recursos brindados durante y después de un evento estresante por parte de otras personas, grupos y sociedades (Bages, 1990). Con respecto a la relación entre apoyo social y salud, en la literatura se reportan dos modelos explicativos, el primero hace referencia al modelo del efecto directo que sostiene que el apoyo social incide directamente sobre la salud, elevando los niveles de bienestar; y el segundo modelo es el del efecto amortiguador del estrés, donde la influencia del apoyo social sobre la salud estaría determinada por su efecto modulador sobre las situaciones adversas que generan estrés (Sepúlveda, Troncoso y Álvarez, 1998).

En cuanto al modelo del efecto directo, Dunn, Putallaz, Sheppard y Linstron (1987), realizaron una investigación que tenía como objetivo principal estudiar el efecto del apoyo social percibido en la facilitación del ajuste psicológico de estudiantes de 14 a 18 años; para ello, utilizaron una muestra de 103 mujeres y 99 hombres a los que se les aplicó un instrumento que evaluaba la percepción del apoyo social general, de la familia y de pares.

Los autores encontraron que, no hubo diferencias significativas en el apoyo social general percibido; sin embargo, se encontró una diferencia entre los sexos que parece indicar que los adolescentes de sexo masculino perciben menos apoyo social que las adolescentes femeninas. Además, se encontró que bajos niveles de apoyo

social general percibido está relacionado con bajos niveles de salud psicológica para los adolescentes (Dunn y cols., 1987).

Por su parte, Barra (2003) se enfoca en el planteamiento del segundo modelo, afirmando que los estados emocionales producto del estrés pueden afectar la salud mediante la interacción que existe entre dichos estados emocionales y la disponibilidad de contactos interpersonales o apoyo social.

En este sentido, autores como McCaskill y Lakey (2000) trabajaron en la relación existente entre las emociones y el apoyo social; para ello, utilizaron una muestra de 50 adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 17 años que habían estado en terapia. Para conocer la relación entre afectos positivos y negativos con el apoyo social; utilizaron la escala de apoyo familiar percibido y una versión modificada de la escala de afectos positivos y negativos (PANAS). Los autores encontraron una relación significativa entre el reporte de los adolescentes del apoyo familiar percibido y las experiencias de emociones positivas ($r= 0.41$; $p< 0.01$); de esta manera, pareciera que altos niveles de apoyo familiar percibido en los asolescentes es asociado con mayor cantidad de experiencias de emociones positivas. Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre los afectos negativos experimentados por los sujetos y el apoyo familiar percibido ($r= -0.26$; ns). Por lo que, el apoyo familiar en los adolescentes pareciera influir directamente en sus experiencias emocionales positivas; mientras que el nivel de frecuencia de emociones negativas experimentadas no es influenciado por el apoyo familiar percibido por los adolescentes.

Por otro lado, los autores consideran la posibilidad de dividir al constructo de apoyo social en dos componentes bien diferenciados, el primero, hace referencia a la validación que hace el entorno del apoyo social que percibe el sujeto, medido a través de un cuestionario de apoyo social aplicado a los familiares de cada adolescente encuestado. El segundo componente, hace referencia al elemento idiosincrático que compone las creencias y expectativas del adolescente en cuanto a su consideración del grado de apoyo social recibido. McCaskill y Lakey (2000) encontraron que la percepción de apoyo idiosincrásico de los adolescentes ejerce un efecto significativo sobre el afecto

positivo (β= 0.45; p= 0.009); es decir, el que un sujeto perciba que tiene mayor apoyo por parte de la familia es uno de los factores que determina la frecuencia de experiencia emocionales positivas. Por lo tanto, los autores afirman que el componente idiosincrático del apoyo social es lo que influye en la experiencia del afecto positivo de los sujetos, independientemente de la realidad social que estos experimenten.

Otras de las variables, que junto con las emociones y el apoyo social, tienen un efecto significativo sobre la salud de las personas, son la edad y el sexo de las mismas. En este sentido, Romaguera y Uzcátegui (2001) realizaron un estudio en donde analizaron la relación existente entre variables sociodemográficas y psicosociales que influyen en la salud física. Para ello utilizaron una muestra de 215 sujetos con edades comprendidas entre 20 y 69 años, quienes eran empleados o profesores de la Universidad Católica Andrés Bello. En el estudio se encontró que las mujeres tienden a presentar más síntomas somáticos (β= 0.27; p< 0.05), mayores síntomas de ansiedad y angustia (β= 0.17; p< 0.05); además, las mujeres fueron las que presentaron mayores síntomas de excitación o tensión nerviosa (β= 0.204; p< 0.05). De esta manera, el pertenecer al sexo femenino pareciera ser un factor de riesgo para la salud. Las autoras explican la diferencia entre los sexos aludiendo a que el impacto del proceso de socialización de los roles sexuales ha llevado a las mujeres a cubrir mayores roles y responsabilidades, lo que incide negativamente sobre su salud, al exponerle a mayores fuentes de estrés y otras variables que afectan la salud.

En lo que se refiere a los síntomas de ansiedad y angustia, las autoras reportaron que otro factor determinante es el de la edad; en específico, los resultados sugieren que a menor edad, mayores síntomas de ansiedad y angustia (β= -0.207; p< 0.05); las autoras argumentan que estos resultados podrían indicar que los jóvenes se ven sometidos a más preocupaciones, como lo puede ser el futuro económico y el establecimiento de una vida independiente de la familia nuclear.

Además, las variables sociodemográficas también ejercen un efecto significativo sobre el apoyo social percibido. Romaguera y Uzcátegui (2001) encontraron que a medida que aumenta la edad, las personas perciben mayor apoyo de sí mismos

(β=0.205; p= 0.008); las autoras plantean que este resultado puede variar en función del contexto y del tipo de apoyo que se evalúe. Otra de las variables sociodemográficas que ejerció un efecto significativo en el apoyo social fue el nivel socioeconómico; en específico, las autoras encontraron que a mayor nivel socioeconómico, mayor apoyo de amigos (β= -0.226; p= 0.003); en este sentido, las autoras plantean que pareciera que las personas que pertenecen a niveles socioeconómicos bajos, debido a la influencia de su estándar de vida, de los estresores a los que se ven expuestos y de la escasa confianza en las mediaciones sociales, tienden a percibir menos apoyo de su entorno entendido en términos de redes más extensas en la comunidad.

Al mismo tiempo, Romaguera y Uzcátegui (2001) encontraron que el apoyo de amigos ejerce un efecto significativo sobre los disturbios del sueño; es decir, a medida que aumenta el apoyo de amigos, los individuos presentarán menores disturbios del sueño (β= -0.23; p< 0.05). Además, a medida que aumentan los niveles de apoyo general percibido, los síntomas de depresión disminuyen (β= -0.29; p< 0.05). Con respecto a la presencia de síntomas de excitación nerviosa, los resultados indicaron que a menor apoyo de sí mismo, hay presencia de mayor excitación o tensión nerviosa (β= -0.287; p= 0.012). A partir de estos resultados, las autoras concluyeron que el apoyo social es un factor que ejerce efectos protectores sobre la salud de las personas; específicamente, plantean que el apoyo social provee a los individuos de ayuda emocional tangible, de oportunidades para compartir y un ambiente de respeto y consideración.

En el mismo año, Angelucci (2001) realiza una investigación que tenía por objetivo evaluar las condiciones de salud en empleados universitarios; para ello, utilizó una muestra constituida por 206 empleados con edades comprendidas entre 20 y 60 años, de los cuales 74 eran hombres y 132 mujeres. Mediante la aplicación del cuestionario de apoyo social y el cuestionario de salud general de Goldberg, la autora obtiene resultados que indican que, en concordancia con las afirmaciones de Romaguera y Uzcátegui (2001), las mujeres presentan mayores síntomas de ansiedad y angustia (β= 0.19; p< 0.05).

Siguiendo con el efecto que ejercen las variables sociodemográficas en la salud, Angelucci (2001), encontró que a menor edad mayores problemas de salud (β=0.237; p= 0.041); y a menor edad mayores síntomas de ansiedad y angustia (β= -0.357; p= 0.001). Para explicar estos resultados la autora plantea varias hipótesis alternativas, una de ellas considera que estas relaciones podrían explicarse debido a que las personas de menor edad perciben y expresan las emociones negativas, como la ansiedad y la depresión, con mayor intensidad que las personas de mayor edad. Otra explicación es que los jovenes posiblemente presentan mayor preocupación por el futuro económico, el asumir más retos y responsabilidades generan mayor incertidumbre, la cual es manifestada en los problemas de salud y los síntomas de ansiedad y angustia.

A pesar de que la mayoría de las investigaciones reportan un efecto negativo de la depresión sobre la presencia de problemas de salud y un efecto benéfico del apoyo religioso en la presencia de síntomas que señalan un malestar físico, Angelucci (2001) encontró que puntajes bajos en la escala de depresión, se asociaban con un mayor reporte de problemas de salud (β= -0.22; p< 0.05); además, el obtener mayor apoyo religioso parece aumentar la presencia de síntomas que señalan malestar físico (β= -0.21; p< 0.05). La autora explica la relación obtenida entre la depresión y los problemas de salud planteando que los resultados se deben a la característica de la muestra, específicamente, argumenta que una variable relacionada como el apoyo institucional o el estrés podrían estar actuando como mediador o moderador de esta relación. Mientras que para la asociación entre el apoyo religioso y la presencia de síntomas graves, la autora plantea, dado el tipo de estudio transversal, que el poseer de antemano los síntomas graves lleve a los sujetos a la búsqueda de apoyo religioso, lo que a su vez, podría reforzar la aceptación y reporte de síntomas.

Otro tipo de apoyo social que parece ejercer una influencia sobre la salud es el familiar. Así, los resultados encontrados por Angelucci (2001) demostraron que a menor apoyo familiar mayor ansiedad y angustia (β= -0.294; p= 0.001) y falta de bienestar (β= -0.294; p< 0.003). Estos resultados confirman el planteamiento de que el apoyo social actúa como factor protector de la salud psicológica; especificamente el percibir

redes de apoyo dentro del contexto familiar tiende a disminuir la ansiedad y a aumentar el bienestar del individuo.

Por otro lado, los hombres perciben mayor apoyo familiar en comparación con las mujeres (β= -0.24; $p< 0.05$); la autora plantea que esto podría deberse al hecho de estar inmersos en una sociedad matricentrada, por lo que se tiende a favorecer y proteger al hombre. Esto conlleva al establecimiento de una mayor necesidad y percepción de apoyo familiar en el hombre en comparación con las necesidades y percepciones de la mujer. Otro de los hallazgos reportados por esta misma autora señalan que poseer un mayor nivel socioeconómico (β= -0.273; $p= 0.001$) se asocia con un mayor apoyo familiar; así se refuerza la relación entre el poseer un nivel alto y la percepción de soporte social, evindenciado en la familia (Angelucci, 2001).

Otro de los factores, que al igual que el apoyo social, ejerce cierto efecto sobre la salud es el nivel socioeconómico el cual actúa como un factor de riesgo en relación a esta. Así, Gallo y Matthews (2003) proponen que, de acuerdo con la perspectiva de causación social, la posición socioeconómica tiene un rol causal en la determinación de la salud y los problemas emocionales; es decir, que aquellos individuos con peor salud física o emocional suelen encontrarse en niveles inferiores dentro de la jerarquía económica.

De esta manera, Gallo y Matthews (2003) plantean que la relación entre nivel socioeconómico y la salud es inversa, es decir, que a medida que los individuos o grupos avanzan en el continuo socioeconómico, los niveles de mortalidad y morbilidad se reducen. Es necesario destacar que diez años antes ya se había reportado que en Estados Unidos las personas de bajo nivel socioeconómico tenían mayor riesgo de sufrir enfermedades coronarias (Bages, 1990).

Gallo y Mathews (2003) también proponen la existencia de una relación directa entre el nivel socioeconómico y las emociones; en este sentido, los autores encontraron que ambientes de nivel socioeconómico bajo pueden causar un aumento significativo de la intensidad de las emociones negativas, y dichas variables pueden provocar efectos

adversos sobre la salud. Por lo tanto, el nivel socioeconómico puede afectar directamente la salud, pero esta relación también puede ser influida por la presencia de emociones negativas intensas y frecuentes.

Siguiendo con la evidencia encontrada que indica una asociación entre el apoyo social y la salud, Schmidt y Andrykowski (2004) se enfocaron en el estudio de la relación entre el apoyo social y el estrés psicológico, que puede causar afecciones importantes en el estado de salud física y psicológica de las personas. Para llevar a cabo la investigación, utilizaron una muestra de 210 mujeres con un promedio de 47 años de edad, que padecían de cáncer de mama y que se encontraban en grupos de apoyo que trabajaban estrategias para afrontar la enfermedad. Para recolectar los datos se utilizaron diferentes instrumentos que aportaban información demográfica y médica. Para medir la extensión en que el ambiente social inhibe la expresión de pensamientos y sentimientos producidos por un evento estresante, se aplicó la escala de restricción social (SCS); luego utilizaron la escala de DUKE-SSQ, un cuestionario de apoyo social que contiene 8 ítems que miden la satisfacción del apoyo social recibido en población médica; luego, aplicaron la escala de rasgos de humor (TMMS) de 30 ítems que mide la "inteligencia emocional", entendida por estos autores como la habilidad de identificar y articular estados emocionales, es decir, como la capacidad de percibir, entender y manejar emociones. Finalmente, aplicaron la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), un instrumento de 7 ítems que evalúa la ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades físicas.

Los resultados de la investigación realizada por Schmidt y Andrykowski (2004) indicaron que las pacientes con mayor satisfacción del apoyo social recibido presentaron menos síntomas depresivos (β= -0.23; $p< 0.001$). Además, aquellos sujetos que inhiben la expresión de pensamientos y sentimientos que se producen por una situación estresante presentaron mayores niveles de depresión (β= 0.31; $p< 0.001$) y ansiedad (β= 0.34; $p< 0.001$). Otros resultados mostraron que los reportes de bajo apoyo social estuvieron claramente asociados con altos niveles de síntomas depresivos; este efecto es menos pronunciado en individuos con alta "inteligencia emocional" (β= 0.15; t= 2.62; $p< 0.01$). Esto sugiere que una alta "inteligencia emocional"

pudiera ser capaz de minimizar el potencial impacto negativo de un ambiente social caracterizado por bajos niveles de apoyo social.

De esta manera, Schmidt y Andrykowski (2004) consideran que el apoyo social es un factor de gran importancia que influye en la manifestación de emociones como la tristeza, la angustia y la ira; es decir, el compartir pensamientos, sentimientos y significados asociados con experiencias traumáticas o emociones negativas intensas es facilitado por el apoyo social del entorno, lo cual alivia la carga emocional negativa que pudiera ocasionar síntomas somáticos. Incluso cuando las capacidades necesarias para el procesamiento efectivo de emociones negativas y situaciones displacenteras están presentes, la falta de un apoyo social por parte del entorno puede dificultar este procesamiento.

Otros autores han investigado la importancia del apoyo social en ambientes médicos; específicamente, Hipkins, Whitworth, Tarrier y Jayson (2004) tenían como objetivo principal describir niveles de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de ovario y los cambios en su estatus de salud psicológica durante un período de 3 meses luego de finalizada quimioterapia, que es cuando la mujer tiene mayor riesgo de morbilidad psicológica. Los autores plantearon que las interacciones sociales negativas y la percepción de éstas han sido asociadas con desórdenes psicológicos y respuestas pobres a los tratamientos.

Hipkins y cols (2004) consideran que a pesar de que los pacientes con cáncer tienen suficiente apoyo de otros significantes, las respuestas de no ayuda a pacientes con cáncer por personas cercanas a ellas han demostrado tener efectos adversos significativos en su bienestar. Además estos sujetos presentan preocupaciones significativas como consecuencia de enfermedad; por lo tanto, un ambiente donde hay apoyo social ayuda a pacientes a procesar ansiedad; mientras que percibir la falta de apoyo pudiera inhibir el procesamiento cognitivo de la experiencia traumática de cáncer resultando en persistentes desórdenes emocionales

Para llevar a cabo la investigación se utilizó una muestra de 63 pacientes femeninos con una edad promedio de 58 años. A los sujetos se les aplicó una entrevista estructurada para obtener información de su historia médica; para medir la ansiedad y la depresión se utilizó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS); para medir los pensamientos intrusivos se utilizó la escala del impacto de los eventos (IES) y se realizó una escala análoga visual de que va de 0% a 100%; (de muy pobre a muy bueno) para medir la calidad del apoyo social y emocional percibido experimentado por los paciente de parte de los otros significativos; luego de finalizada todo el proceso de quimioterapia (Hipkins y cols., 2004)

De la muestra utilizada 38% de los sujetos presentaron ansiedad y otro 33% presentó depresión al final del tratamiento. Además se conoció que percibir una pobre calidad de apoyo social estuvo significativamente asociado con los síntomas de ansiedad (t= -2,95; p= 0,05) y depresión (t= -2,76; p= 0,008). Hipkins y cols. (2004) plantean que esto puede deberse a que el déficit de apoyo social inhibe el procesamiento cognitivo de la enfermedad y esto exacerba o mantiene la ansiedad de los pacientes. El movilizar redes de apoyo social y emocional facilita el procesamiento de las reacciones emocionales al trauma de la enfermedad, regula el arousal emocional y promueven el pensamiento racional.

En este sentido, Barra (2003) plantea que la relación entre apoyo social y salud puede ser mediada en parte por el estado emocional; el apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad, predictibilidad y control que lo lleva a sentirse mejor y a percibir de manera más positiva su ambiente. La combinación de los aspectos proporcionados por el apoyo social tendría efectos positivos en el bienestar emocional y en la salud física de las personas, por una parte aumentando su resistencia a las enfermedades, y por otra reforzando también sus redes sociales de apoyo. Esto último, se debe a que las personas que tienen un estado emocional positivo encuentran más fácil desarrollar y reforzar relaciones personales significativas, en comparación con aquellas personas en quienes predomina un afecto negativo. Por lo tanto, pareciera que las personas que perciben menos apoyo social, están más predispuestas a

experimentar trastornos físicos cuando experimentan emociones negativas muy intensas, en comparación con las personas que sí disponen de apoyo social.

Siguiendo esta línea de investigación; Kidd y Sheffield (2005) realizaron un estudio con 191 participantes, de los cuales 141 mujeres y 50 hombres, con edades comprendidas entre 18 y 60 años; quienes completaron una serie de cuestionarios para medir el apego de los sujetos a través de la Escala de Apego para Adultos Revisada (RAAS), la ira por medio del Inventario de Estados de Ira de Spielberger-2 (SSTAI-2), el apoyo social por medio del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (PSSQ) y una medida de salud a través del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28). Se diferenciaron cuatro estilos de apego, el apego seguro, preocupado, rechazado y miedoso. Los autores plantean que el apego, el cual se forma desde la infancia a través de las relaciones sociales con otros significativos y su habilidad para lidiar con eventos estresantes, pudieran ejercer un efecto significativo en la experiencia de síntomas o tratamientos relacionados con la salud

Por medio de la escala de apego, se diferenciaron cuatro estilos principalmente; los que presentan un apego seguro tienen una visión positiva de sí mismo y de otros gracias a las respuestas de cuidado que recibieron. Los individuos preocupados sostienen una visión negativa de sí mismo, pero una visión positiva de los otros, debido a las inconsistencias de cuidado recibido. El estilo de rechazo incluye a personas que tienen una visión positiva de sí mismo y suficientemente capaces como para no necesitar de otros, por lo que tienen una visión negativa de los demás por la falta de cuidado recibido. Los individuos miedosos tienen una visión negativa tanto de sí mismos como de otros

Entre los resultados obtenidos se destacan que altos niveles de apoyo social percibido fueron asociados con bajos reportes de ansiedad ($r = -0,19$; $p<0,01$), síntomas de disfunción social ($r = -0,32$; $p<0,01$) y síntomas de depresión ($r = -0,40$; $p<0,01$). De esta manera el apoyo social percibido ha sido consistentemente vinculado tanto con salud psicológica como con salud física.

Además, la ira internalizada estuvo significativamente asociada con la presencia de síntomas somáticos (r= 0,22; p<0,01), ansiedad (r= 0,24; p<0,01), disfunción social (r= 0,26; p<0,01) y síntomas depresivos (r= 0,33; p<0,01). Mientras que la ira externalizada se asoció con síntomas depresivos (r= 0,15; p<0,05). Las personas con tendencias extremas de ira externalizada o internalizada presentan conflictos sociales o psicológicos y tienen un mayor riesgo de pobre salud.

Por último, se encontraron diferencias significativas el estilo de apego, la ira internalizada (F= 13,83; p<0,05) y el apoyo social percibido (F= 12,47; p<0,05). Las personas con apego seguro reportaron menores niveles de ira internalizada que los demás estilos de apego; de esta manera, se muestra que los estilos inseguros de apego reportaron mayores niveles de ira internalizada. Aquellos clasificados como preocupados reportaron mayores niveles de ira. Un patrón similar fue encontrado examinando diferencias entre estilos de apego y apoyo social; sin embargo, las diferencias fueron aparentemente entre el apego seguro y el preocupado, entre el miedoso y el rechazado. La ira internalizada y el apoyo social percibido en este estudio parecieron mediar la relación entre estilo de apego y el reporte de varios síntomas.

Autores como Diong y cols. (2005) definen la ira como el afecto experienciado por un individuo cuando se encuentra irritado o frustrado, y esto pareciera estar asociada con cuestiones de salud. Mientras que la hostilidad se refiere a un sistema de creencias negativas sobre otros y se piensa que tiene un impacto en la salud porque hacen a las personas más propensas a la ira. En este sentido, ira y hostilidad son factores de riesgo significativo para enfermedades cardiovasculares y también son un riesgo para cualquier causa de muerte; además, la ira y la hostilidad también están asociadas con la presencia de estrés psicológico y enfermedades físicas comunes que indican problemas de salud.

Diong y cols. (2005) proponen que los individuos hostiles que experimentan la ira frecuentemente presentan mayores niveles de conflictos en sus familias y menos satisfacción marital que aquellos con baja hostilidad. Además proponen que altos niveles de ira están relacionados con bajos niveles de apoyo social. Para comprobar

estos planteamientos, aplicaron a 327 participantes de los cuales 129 eran hombres y 198 mujeres con edades comprendidas entre 17 y 59 años, diferentes escalas para medir las variables de estudio; específicamente, se utilizó el Inventario de Expresión de Estados y Rasgos de Ira (STAXI); la Escala de Experiencias de Vida para medir el estrés (LES); el Cuestionario de Apoyo Social (SSQ); Cuestionario de Salud General (GHQ) y una Escala de Bienestar Psicológico.

Los resultados encontrados por Diong y cols. (2005) muestran que el apoyo social percibido ejerce un efecto significativo en el bienestar psicológico de los sujetos (β=0,19; p< 0,05); de esta manera, mayores niveles de apoyo social percibido propician un mayor ajuste psicológico. Mientras que las personas que se encontraron más predispuestas a experimentar y manifestar la ira, reportaron mayores niveles de estrés (β=0,29; p< 0,05) y bajo apoyo social percibido (β=-0,18; p<0,05). De esta manera, los autores concluyen que los individuos propensos a experimentar ira presentan mayores niveles de estrés; así, la relación entre ira y apoyo sugiere que los individuos que experimentan y expresan frecuentemente la ira pudieran alienar fuentes potenciales de apoyo y pudieran evitar la búsqueda de aceptación de apoyo social debido a la falta de confianza en las interacciones.

Diong y cols. (2005) también sugieren que las personas con alta disposición hacia la ira responden de manera rabiosa a una gran cantidad de situaciones y evocan respuestas similares de otros; ya que la expresión de la ira es una conducta desaprobada socialmente, esto obstaculiza la armonía en las relaciones con los otros. Por último, los autores sugieren que la frecuente expresión de la ira es visto como un determinante a conflictos interpersonales lo que incrementa la exposición a situaciones estresantes.

Otros resultados mostraron que el sufrimiento psicológico se ve incrementado en la medida que aumentan las experiencias de ira (β=0,19; p< 0,05) y el estrés (β=0,30; p< 0,05); mientras que disminuye el apoyo social percibido (β=-0,15; p< 0,05) y el bienestar psicológico (β=-0,32; p< 0,05). Los autores manifiestan que generalmente la experiencia de ira se encuentra relacionada con la presencia de síntomas fisiológicos o

con un pobre ajuste psicológico (Diong y cols., 2005). En este sentido, se encontró que los efectos adversos de la ira sobre la salud se encuentran mediados por factores psicológicos; así, la frecuencia de enfermedades físicas aumenta en la medida en que se ve incrementado el sufrimiento psicológico (β=0,29; $p< 0,05$), éste último se incrementa en la medida en que la frecuencia de experiencias de ira también se ve incrementada (β=0,19; $p< 0,05$); este resultado es consistente con el modelo transaccional de ira-hostilidad propuesto por Smith (1992; cp. Diong, 2005) el cual vincula la relación entre las experiencias de ira y el riesgo de enfermedad por la presencia de vulnerabilidades creadas y mantenidas por la persona hostil a través de la interacción con su ambiente, lo que produce problemas en su bienestar tanto psicológico como físico.

Las investigaciones y los estudios revisados han puesto en evidencia las dimensiones de las emociones positivas y negativas en cuanto a intensidad y frecuencia (Diener y cols., 1985). Por otro lado, se ha relacionado las experiencias emocionales con el reporte de síntomas (Davidzon, 1995). En específico, se ha planteado que las emociones positivas contribuyen a la longevidad en las personas (Danner y cols., 2001) y ayudan a formar recursos personales que pueden ser utilizados para combatir problemas de salud y estrés (Fredrickson y Losada, en prensa). Mientras que las emociones negativas generan un fuerte impacto en la salud de las personas, aumentando el reporte de síntomas y el malestar físico y psicológico (Fredrickson y cols., 2003).

Por otro lado, se han planteado los efectos del apoyo social percibido; específicamente, se ha reportado que altos niveles de apoyo social se asocian con una mejor salud física y psicológica (Dunn y cols., 1987; Angelucci, 2001; Romaguera y Uzcátegui, 2001; Hipkins y cols., 2004). Además, el apoyo social influye en la experiencia del afecto positivo de los sujetos (McCaskill y Lakey, 2000). De igual manera, en las investigaciones revisadas se destacó la importancia de la relación entre el apoyo social y la manifestación de las emociones (Schmidt y Andrykowski, 2004); además, se considera que la interacción existente entre el apoyo social percibido y el

nivel de intensidad de las emociones positivas y negativas puede generar un efecto significativo en la salud de las personas (Barra, 2003).

De esta manera, se ha considerado que las emociones positivas y el apoyo social general actúan como factores protectores de la salud de las personas (Bages, 1990; Davidzon, 1995; Danner y cols., 2001; Fredrickson y cols., 2003); mientras que las emociones negativas actúan como factores de riesgo de la salud (Grossman y Wood, 1993; Danner y cols., 2001).

Por otra parte, se ha resaltado la importancia de variables sociodemográficas al ejercer un efecto significativo sobre la salud. En específico, se ha planteado que las diferencias de sexo afectan la salud física y psicológica de las personas (Bages, 1990; Grossman y Wood, 1993; Romaguera y Uzcátegui, 2001). Además, existe evidencia de que las mujeres suelen reportar mayores niveles de intensidad y frecuencia al momento de experimentar emociones de tipo positivas o negativas (Fujita y cols, 1991; Grossman y Wood, 1993; Romaguera y Uzcátegui, 2001).

Como es posible evidenciar, las investigaciones y los estudios reportados evalúan el efecto independiente y en conjunto de diferentes variables psicosociales y sociodemográficas sobre el reporte de síntomas físicos y psicológicos; de esta manera, se enfoca a la salud como un fenómeno integral y multideterminado que requiere ser estudiado para su mejor comprensión. En este sentido, la presente investigación tiene por objetivo determinar, a través de un diagrama de ruta, la influencia de la frecuencia e intensidad de las emociones positivas y negativas, el apoyo social, la edad y el sexo sobre la salud; tomando en cuenta los posibles efectos de cada una de las variables de estudio así como la relación entre ellas.

III. MÉTODO

Problema

¿Cómo influyen el apoyo social percibido, el sexo, la edad y la frecuencia e intensidad de las emociones positivas y negativas sobre la salud de las personas, y cómo se relacionan entre sí estas variables?

Hipótesis

Se verificarán las relaciones planteadas en el diagrama de ruta que se presenta a continuación:

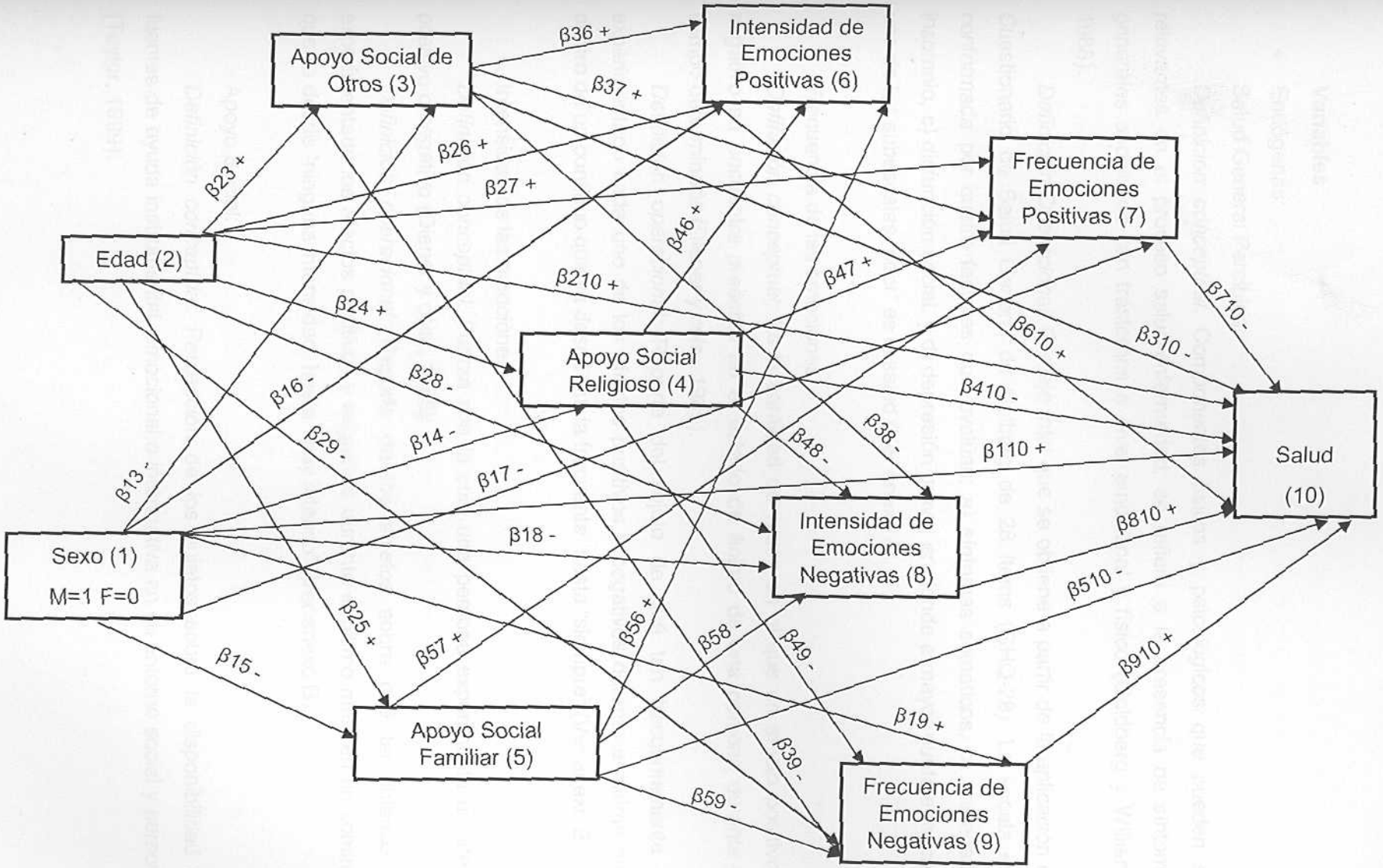


Figura 1. Diagrama de ruta propuesto.
Nota: A mayor puntaje en la escala de salud, "peor" es la salud percibida.

Variables

- Endógenas:

Salud General Percibida:

Definición conceptual: Componentes físicos y 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 (Goldberg y Williams, 1988).

Definición Operacional: Puntaje total que se obtiene a partir de la aplicación del Cuestionario de Salud General de Golberg de 28 ítems (GHQ-28). La escala está conformada por cuatro factores 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 la salud (Ver anexo A).

Frecuencia de las emociones:

Definición conceptual: Es la cantidad de veces en el que un afecto positivo o negativo se encuentra presente en el estado de ánimo de una persona durante un tiempo determinado (Diener y cols., 1985).

Definición operacional: Reporte del sujeto de qué tan frecuentemente ha experimentado cada uno de los afectos positivos y negativos durante el último mes, dentro de un continuo que va desde "nada frecuente" hasta "siempre" (Ver anexo B).

Intensidad de las emociones:

Definición conceptual: Fuerza con la cual una persona experimenta un afecto positivo o negativo (Diener y cols., 1985).

Definición operacional: Reporte de los sujetos sobre qué tan intenso ha experimentado los afectos positivos y negativos durante el último mes, en un continuo que va desde "ninguna intensidad" hasta "muy intenso" (Ver anexo B).

Apoyo Social:

Definición conceptual: Percepción de los sujetos sobre la disponibilidad de fuentes de ayuda instrumental, emocional o informativa en su entorno social y personal (Taylor, 1999).

Definición Operacional: Puntaje obtenido en la versión corregida y en castellano del cuestionario de Apoyo Social de Dunn, Putallaz, Sheppard y Linstron (1987), el cual está compuesto por tres factores que evalúan: a) apoyo de amigos y cercanos, b) apoyo familiar y, c) apoyo religioso; en donde a mayor puntaje, mayor apoyo social percibido (Ver anexo C).

- Exógenas:

Sexo:

Sexo asignado por los sujetos según marquen con una "M" (masculino) o "F" (femenino), en los datos de identificación (Ver anexo A). Será codificado como Femenino =0 y Masculino =1.

Edad:

Edad cronológica expresada por los sujetos en los datos de identificación (Ver anexo A).

Tipo y Diseño de Investigación

El tipo de investigación es no experimental dado que "no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o tratamientos debido a que la naturaleza de las variables es tal que imposibilita su manipulación. Los participantes llegan al investigador con sus características distintivas intactas" (Kerlinger y Lee, 2002, p. 420). La medición de las variables salud, intensidad y frecuencia de afectos positivos y negativos, apoyo social y sexo incluidas en el diseño se llevará a cabo a partir del reporte que den los sujetos en las escalas empleadas.

El diseño es de tipo explicativo, basado en un modelo de ruta donde se utiliza un diagrama para representar gráficamente las relaciones de causalidad que se suponen existen en un conjunto de variables (Kerlinger y Lee, 2002). Según Sierra (1992), las condiciones que debe reunir un modelo de ruta para que sea aplicable son:

1.- Modelos o sistemas de variables cerrados o completos. En este tipo de modelos cada variable dependiente debe ser considerada explícitamente como

completamente determinada por alguna combinación de las variables incluidas en el sistema.

2.- *El modelo debe ser recursivo*. Un modelo es recursivo cuando las relaciones entre las variables que lo forman son o se supone que son asimétricas.

3.- *El modelo debe ser lineal*. Esto quiere decir que las relaciones que unen las variables que lo forman se deben poder representar por ecuaciones lineales.

4.- *Relaciones de causa-efecto entre las variables del modelo*. El análisis de ruta exige como condición que todas las variables estén unidas por relaciones de causalidad.

5.- *Nivel de medida de intervalo o de razón*. Requiere para su empleo que las variables sean de tipo cuantitativo, continuas, y que sus valores formen por tanto escalas de intervalo o de razón. También se pueden emplear variables cualitativas pero a condición de dicotomizarlas y cuantificarlas según el álgebra de Boole.

6.- *Las variables residuales*, también llamadas errores, que representan bien los errores de medición o las variables que pueden influir en el sistema pero no están incluidas en él, se supone que no están correlacionados entre sí y que ejercen una influencia aleatoria sobre sólo una variable del modelo y no sobre varias.

Así mismo, el diseño planteado es de corte transversal, ya que las respuestas de los sujetos se registraron en un solo momento en el tiempo (Kerlinger y Lee, 2002).

En el planteamiento del presente diseño, se utilizaron diferentes estrategias de control: en primer lugar, las pruebas fueron administradas en igualdad de condiciones físicas y con un rango de tiempo determinado para todos los sujetos. En segundo lugar, al haber usado estudiantes de postgrado como muestra del presente estudio fue posible controlar el efecto de variables extrañas como lo son el grado de instrucción, ya que se seleccionaron estudiantes de primero, segundo y tercer semestre de postgrado, y el nivel socioeconómico de los sujetos, el cual se supone es medio y medio-alto; variables que podrían afectar los resultados de la investigación.

Por último, se controló el orden en que se presentaron los instrumentos, este fue: 1°) Datos de identificación, conformados por la edad y el sexo del sujeto que

responde, 2°) Cuestionario General de Salud de Golberg (GHQ-28), 3°) Escalas de afectos positivos y negativos, y 4°) Escala de Apoyo Social.

Población y Muestra

Para llevar a cabo la presente investigación, se utilizaron dos muestras análogas de la población de estudio. La primera muestra, definida como piloto, estuvo constituida por 138 sujetos de sexo femenino y masculino, con edades comprendidas entre 20 y 30 años, de nivel socioeconómico medio y medio-alto y que pertenecen al último año de las carreras de psicología, ingeniería, educación y comunicación social a nivel de pregrado. Esta prueba piloto sirvió para determinar la confiabilidad y estructura factorial de la escala de afectos positivos y negativos, la cual mide la intensidad y la frecuencia de las emociones.

Luego del estudio piloto, se procedió a aplicar todos los instrumentos a la muestra definitiva de la presente investigación. Dicha muestra se extrajo de la población de estudiantes de postgrado, de los primeros tres semestres del período académico 2005 - 2006, de la Universidad Católica Andrés Bello. Específicamente, se seleccionó una muestra de 406 sujetos (151 hombres y 255 mujeres), con un rango aproximado de 23 a 50 años de edad y una media de 31 años de edad.

El tipo de muestreo que se utilizó, tanto para la muestra final como para la piloto, es no aleatorio y de tipo intencional por conveniencia, en el cual se utilizan sujetos de grupos preexistentes a los que usualmente tiene acceso el investigador y que cumplen las características relevantes para la investigación (Kerlinger y Lee, 2002). Todos los sujetos participaron de manera voluntaria.

Instrumentos

Cuestionario de Salud General:

Golberg en 1972 desarrolló el "General Health Questionnaire" (GHQ) con el fin de evaluar el grado de salud general de las personas. Este cuestionario fue concebido

como un instrumento autoadministrado, dirigido a la evaluación de la situación actual del examinado. Es una escala de síntomas generales, autoadministrada para detectar patología psiquiátrica no psicótica. Puede ser utilizado para establecer la frecuencia de enfermedad en una población general al identificar individuos con problemas mentales y físicos así como también su calidad de vida (Romaguera y Uzcátegui, 2001).

Inicialmente el GHQ constaba de 93 ítems, pero posteriormente se realizaron versiones más cortas: GHQ-60, GHQ-30, GHQ-20, GHQ-12. En la presente investigación se utilizó la escala que consta de 28 ítems (GHQ-28). Los ítems de esta última escala 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.

Molina y Andrade (2002) evaluaron el comportamiento de la escala GHQ 28 encontrando una elevada confiabilidad test–retest ($\alpha = 0.90$), es decir, el instrumento tiende a ser muy estable a lo largo del tiempo. En otro estudio, Núñez y Socorro (2005) obtuvieron, a través del coeficiente Alfa de Cronbach, una alta consistencia ($\alpha = 0.90$).

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. En su procedimiento, en vez de realizar una traducción literal de la versión original (inglesa), utilizaron la misma metodología empleada por Goldberg, es decir, realizaron el análisis de los componentes principales a la versión de los 60 ítems (Puntuación escala tipo 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 obtenidos los resultados, procedieron a compararlos con la GHQ–28 de la 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 un autovalor de igual o mayor a 1, que explicaban el 59.9% de la varianza (solución no rotada), pero de estos componentes sólo los seis 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 Suárez, 1997; Angelucci, 2001), pero difieren de la versión original de Goldberg, en donde se reportan 11 componentes que explican 63.4% de la varianza total.

La siguiente etapa de la investigación de Molina y Andrade (2002) consistió en tomar los primeros cuatro componentes que explicaban 50.2% de la varianza explicada (solución de rotación varimax); y seleccionar de cada componente los siete ítems que más cargaban en sus respectivos factores. De esta manera, los cuatro factores 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). Así, los autores finalizan las adaptaciones realizadas a la escala de salud elaborada inicialmente por Goldberg y realizan un instrumento que con un menor número de ítems logra medir el estado de salud general de las personas.

Por otro lado, los resultados obtenidos en Venezuela por Núñez y Socorro (2005) utilizando una muestra de estudiantes de postgrado son consistentes con los obtenidos por Molina y Andrade (2002). Específicamente, los autores venezolanos realizaron una descripción exhaustiva de los componentes de la escala GHQ 28, utilizando una rotación Varimax, con punto de corte 0.40, encontrando cuatro factores. El primer factor está compuesto por los ítems 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, el cual hace referencia a la subescala denominada 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, se refiere a Disfunción Social. Finalmente, el cuarto factor está compuesto por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, se denomina Síntomas Somáticos. Es necesario destacar que Núñez y Socorro (2005) puntualizan una revisión del ítem 15 por su baja correlación con el puntaje total y por no cargar, según el criterio establecido, en ningún factor.

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 Molina y Andrade (2002) encontraron una alta y positiva correlación con la escala de depresión de Beck (r = 0,92), y con la escala de ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger (IDARE) (r = 0,85). De esta manera, es posible afirmar que la adaptación española del GHQ-28 presenta una alta confiabilidad y validez, lo cual permite que sea aplicada a la muestra de la presente investigación.

El instrumento se puntúa según una escala tipo Lickert de cuatro opciones que van desde "no, en absoluto" hasta "mucho más que lo habitual" (0, 1, 2, 3), donde obtener un mayor puntaje indica un mayor reporte de problemas de salud (Ver anexo A).

Escala de Afectos:

Watson y cols. (1988), diseñaron una escala denominada PANAS (Positive and Negative Affect Scale), con el fin de obtener un instrumento en el que se evaluaran los afectos positivos y negativos. Para lograr tal objetivo, se tomaron inicialmente 12 términos que describían afectos positivos y 25 que describían los afectos negativos. Luego de haber realizado varios análisis de componentes principales, los autores decidieron tomar 10 términos que son utilizados por las personas para describir las emociones negativas experimentadas (preocupado, triste, hostil, irritable, asustado, miedoso, avergonzado, culpable, nervioso e inquieto) y otros 10 términos que funcionan como descriptores de la vivencia de un estado de ánimo positivo (atento, interesado, alerta, excitado, entusiasta, inspirado, orgulloso, determinado, fuerte y activo) para evaluar la medida de la intensidad de las emociones positivas y negativas y la

frecuencia de las mismas (medida a través de la cantidad de veces que la persona presenta estas emociones). En el análisis factorial, los autores encontraron dos factores principalmente; el primero estaba cargado por los términos que contenían los afectos positivos y el segundo por los afectos negativos.

Es necesario destacar que en estudios previos a la realización de la escala, Zevon y Tellegen (1982), utilizaron 60 términos para realizar un análisis factorial y desarrollar dos categorías que permitieran describir las emociones, una de afectos positivos y otra de afectos negativos, cada una de estas categorías estuvo compuesta por los términos que cargaron positivamente por encima de 0.40. (Ver Anexo D). A partir del estudio realizado por Zevon y Tellegen en 1982, se seleccionaron los 35 términos que fueron utilizados por Watson y cols. (1988) en el proceso de elaboración de la escala PANAS.

En la presente investigación se realizaron algunas adaptaciones a la escala PANAS, debido a las limitaciones que presenta, ya que se ha considerado que añadiendo términos que amplíen la descripción de los estados afectivos positivos y negativos se logrará una mejor representación de los mismos. En este sentido, se han modificado siete ítems redactados en inglés de la escala original por dos razones principales: primero, para lograr una mayor concordancia con el afecto a describir y un mejor entendimiento por parte de los sujetos de la muestra y; en segundo lugar, porque los afectos positivos y negativos agregados se corresponden fielmente con los adjetivos incluidos en el modelo de Shaver, Schwartz, Kirson y O´Connor (1987; cp. Reeve, 1999) para representar el conocimiento emocional de la persona. Específicamente se cambiaron los adjetivos descriptivos hostil, atento, interesado, alerta, inspirado, determinado y fuerte por furioso, animado, optimista, satisfecho, aliviado, dispuesto y triunfador.

Por otro lado, fueron agregados seis ítems que fueron extraídos del estudio de Zevon y Tellegen (1982). Los ítems que se anexan en la presente investigación no

fueron seleccionados por Watson y cols. (1988); sin embargo, presentaron cargas factoriales muy elevadas al momento de describir las emociones positivas y negativas. Los descriptores agregados fueron: feliz (carga factorial para emociones positivas=0.73), amistoso (carga factorial para emociones positivas = 0.68), amoroso (carga factorial para emociones positivas = 0.72), disgustado (carga factorial para emociones negativas = 0.78), decepcionado (carga factorial para emociones negativas=0.75) y melancólico (carga factorial para emociones negativas = 0.82).

De esta manera, el instrumento quedó constituido por 26 ítems, 13 que describen un estado emocional positivo y otros 13 que hacen referencia al estado emocional negativo. Esta escala tipo lickert mide la frecuencia y la intensidad con la que cada sujeto ha experimentado los afectos positivos y negativos en las últimas cuatro semanas. En específico, los códigos a utilizar para medir frecuencia son: 1= nada frecuente, 2= a veces, 3= a menudo, 4= siempre. Mientras que los códigos a utilizar para medir la intensidad son: 1= ninguna intensidad, 2= poca intensidad, 3= medianamente intenso, 4= muy intenso. Un mayor puntaje indica mayor frecuencia y/o intensidad de las emociones positivas o negativas, mientras que un menor puntaje indica menor frecuencia y/o intensidad de las emociones experimentadas como positivas o negativas (Ver Anexo E).

La presente escala fue administrada a una muestra piloto con el fin de estudiar su confiabilidad y validez. La muestra estuvo compuesta por 138 estudiantes de quinto año de pregrado de los cuales 34 fueron de Psicología, 59 de Ingeniería, 23 de Educación y 22 de Comunicación Social de la Universidad Católica Andrés Bello. En total la muestra estuvo conformada por 88 personas de sexo femenino y 50 de sexo masculino, todos se encontraban en un rango de edad de 20 a 30 años.

Los resultados de la aplicación a la muestra piloto arrojaron una confiabilidad alta, a través del coeficiente alpha de Cronbach de 0.72 para medir la frecuencia de los

afectos. Mientras que la confiabilidad para medir la intensidad de los afectos positivos y negativos fue de 0.80 a través del mismo coeficiente.

Para obtener un indicador de la validez del instrumento se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax para la escala de frecuencia y otro para la escala de intensidad. Para la dimensión de frecuencia, se obtuvieron dos factores que explican el 35.92% de la varianza total; mientras que en la dimensión de intensidad, se encontraron dos factores que explican el 34.06% de la varianza total. Se utilizó el criterio de carga factorial de 0.40 para identificar los ítems que componen cada factor. De esta manera, el primer factor mide la intensidad y la frecuencia de los "Afectos Positivos" y se encuentra compuesto por los ítems 1, 3, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 19, 21, 24 y 26; este factor explica el 19.22% de la varianza total de la dimensión frecuencia en la escala y el 17.39% de la varianza total de la dimensión de intensidad. Mientras que el segundo factor que mide la intensidad y la frecuencia de los "Afectos Negativos" se compone de los siguientes ítems, 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 20, 22, 23 y 25: este factor explica el 16.70% de la varianza total de la dimensión frecuencia en la escala y 16.67% de la varianza total de la dimensión de intensidad.

A través del análisis de resultados, se decidió eliminar el ítem 5 (Aliviado), que de acuerdo a la teoría pertenecía al factor de medida de los Afectos Positivos; específicamente, en la dimensión de frecuencia el ítem no cumple el criterio de 0.40 en ningún factor y además presenta una correlación negativa en cuanto a su confiabilidad. También se eliminó el ítem 18 (Inquieto) por no cumplir el criterio de carga mínima de 0.40 en las dos dimensiones; además, en la dimensión de frecuencia, el ítem carga de forma positiva y significativa en el factor que mide los Afectos Positivos, lo cual no es congruente con el planteamiento teórico en donde se plantea que el ítem debe constituir el factor de Afectos Negativos.

De esta manera, la escala final quedó compuesta por 24 ítems; 12 que conforman la medida de la intensidad y frecuencia de los afectos positivos y 12 que miden la intensidad y la frecuencia de los afectos negativos (Ver Anexo B).

Cuestionario de Apoyo Social:

Este cuestionario fue elaborado por Dunn y cols (1987) con el fin de evaluar el apoyo social percibido por los sujetos.

El cuestionario está compuesto por 28 ítems, 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. La corrección de la escala se realiza obteniendo un puntaje para cada factor, a fin de conocer la cuantía del apoyo social percibido por el sujeto de parte de cada una de las fuentes. A mayor puntaje en la escala, mayor apoyo percibido (Ver Anexo C).

Originalmente, los ítems del cuestionario representaban cinco factores o subescalas que hacen referencia a 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. Para estudiar la validez del cuestionario, Pacheco y Suárez (1997) aplicaron la escala a estudiantes universitarios y realizaron un análisis factorial del que se obtuvieron tres factores que explican el 49% de la varianza total. Los factores encontrados fueron: un factor de apoyo social general, un factor de apoyo de amigos y un factor de apoyo de sí mismo y figuras importantes.

Los ítems que conformaban cada factor en la investigación de Pacheco y Suárez (1997) fueron:

a) Apoyo general: Compuesto por los ítems 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 27, 28, los cuales se corrigen como se indicó anteriormente y por los ítems 2 y 3 que se puntúan de forma inversa es decir, se asigna el valor 3 al marcar "nada" o "nunca" y 0 al marcar "mucho o siempre".

b) Apoyo de amigos: Conformado por los ítems 1, 4, 8, 20, 22 que se corrigen de forma inversa, por lo que se puntúan 3 al marcar "nada" o "nunca" y 0 al marcar "mucho o siempre" y por los ítems 23 y 24 que se corrigen de forma directa.

c) Apoyo de sí mismo y figuras importantes: Compuesto por los ítems 7, 11, 12, 16, 17, 26 que se corrigen de forma directa.

En cuanto a la confiabilidad, Pacheco y Suárez (1997) obtuvieron en su investigación un coeficiente alpha de Cronbach de 0.88; este indicador permite corroborar la alta consistencia interna del instrumento.

Más recientemente, Angelucci (2001), utilizando una muestra de empleados universitarios, obtuvo un coeficiente alpha de 0.85 y correlaciones ítem-total positivas y mayores a 0.25; a excepción de los ítems 2, 3, 12, 22 y 27, los cuales obtuvieron correlaciones más bajas. Mediante el análisis de componentes principales, tomando como corte un autovalor de 1.5, la autora obtuvo tres componentes que explicaban el 41.04% de la varianza total. El primer componente explica el 24.91%, el segundo el 8.84% y el tercero explica el 7.29%.

Los ítems 1, 4, 8, 9, 13, 14, 19, 20, 23, 24 conforman el factor denominado "apoyo de amigos y cercanos". En el segundo factor denominado "apoyo familiar" se agrupan los ítems 3, 5, 9, 10, 15, 18, 21, 25, 26 y 27 (éste último se corrige de forma inversa). En el tercer factor denominado "apoyo religioso" se encuentran los ítems 6, 7, 11, 16 y 17. Por lo tanto, es posible afirmar que la investigación realizada por Pacheco y Suárez (1997) y por Angelucci (2001) aporta indicadores consistentes en cuanto a la confiabilidad y validez del instrumento que se utilizará como medida de apoyo social en la presente investigación.

Es necesario destacar que para el análisis de los datos, se utilizó la clasificación factorial realizada por Angelucci (2001) ya que esta investigación es más reciente y el instrumento fue aplicado a una muestra con características similares a la que será utilizada en la presente investigación.

Procedimiento

La población sobre la cual se realizó la investigación, se definió de dos formas. En primer lugar, se utilizó una muestra de 138 estudiantes de pregrado para la obtención de la confiabilidad y de la estructura factorial de la escala de afectos positivos y negativos. La confiabilidad se calculó mediante el coeficiente Alpha de Cronbach y se realizó un análisis de componentes principales con rotación Varimax para determinar la estructura factorial como indicador de la validez de constructo del instrumento. La aplicación de la prueba piloto se llevó a cabo en el mes de Enero del presente año.

Una vez realizadas las correcciones pertinentes de la escala de afectos positivos y negativos en base a los resultados obtenidos de la aplicación de la muestra piloto, se procedió, en segundo lugar, a aplicar todos los instrumentos a las 406 personas que conformaron la muestra definitiva del presente estudio. Esta muestra fue definida de forma intencional con el siguiente criterio: ser estudiante de postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello.

Se realizaron citas previas con los profesores de postgrado para poder contactar a los alumnos y se les aplicó el instrumento de manera colectiva, de acuerdo a la disponibilidad de cada profesor, antes o después de alguna de sus clases. La aplicación de la batería de pruebas a la muestra final de investigación se realizó durante los meses de Marzo y Abril del presente año.

Luego de la aplicación de los instrumentos, se construyó una base de datos y se realizó el análisis estadístico con el uso del programa estadístico para ciencias sociales (SPSS) versión 10.0.

Además, se llevó a cabo un análisis psicométrico de los instrumentos utilizados en la presente investigación, en éste se evaluó la confiabilidad mediante el coeficiente alpha de Cronbach y se analizó la estructura factorial a través de un análisis de componentes principales.

Adicionalmente, se realizó un análisis descriptivo de las variables continuas por medio del cálculo de la media, la mediana, la desviación, el coeficiente de variación, la asimetría, la curtosis, el puntaje mínimo y el puntaje máximo; y de las variables categóricas con el uso de la frecuencia y el porcentaje. Todo esto para poder conocer el comportamiento de la muestra en cada una de las variables a estudiar.

Para verificar las hipótesis planteadas en el presente estudio, se utilizó un diagrama de ruta, el cual es definido como la representación gráfica de las influencias causales obtenidas a partir de las variables involucradas en la presente investigación (Kerlinger y Lee, 2002). Este análisis de ruta se basa en el modelo de regresión que permite determinar en qué medida cada variable independiente influye en las variables dependientes y así poder realizar la verificación de los supuestos. Se obtuvo un análisis de regresión múltiple para cada una de las variables endógenas y se interpretaron. Esto se analiza a partir de coeficientes de correlación múltiple (R), de determinación múltiple (R^2), la prueba de significancia del modelo, los coeficientes de regresión (b y β) y su significancia, los cuales fueron obtenidos una vez procesados los datos (Kerlinger y Lee, 2002).

Con los resultados obtenidos fue posible realizar afirmaciones acerca de la existencia, dirección y signo de las relaciones entre las variables propuestas en el presente estudio.

Consideraciones éticas

La presente investigación se rigió por los lineamientos establecidos en el código de ética emanado de la Escuela de Psicología de la UCAB (2002). De esta manera, en el presente estudio:

a) Se contó con el consentimiento informado de forma clara y explícita por parte de los sujetos que participaron en la investigación.

b) Se respetó la confidencialidad de los datos, resguardando de este modo la información obtenida acerca de los sujetos

c) Los investigadores asumen que son los responsables de todos los aspectos de la investigación.

d) Se aseguró de que los participantes estuviesen libres de toda coacción.

e) Se garantizó que una vez finalizada la investigación, si el participante lo deseaba, se compartirán los resultados con éste y se aclararían las discrepancias percibidas por él, en caso de que existieran.

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

De los instrumentos, se realizó un análisis de confiabilidad y estructura factorial de todas las escalas utilizadas en el estudio; específicamente, la confiabilidad fue evaluada a partir del coeficiente Alpha de Cronbach; mientras que para la estructura factorial de cada instrumento se utilizó el método de componentes principales.

De esta manera, para la escala de Salud General de Goldberg se obtuvo un nivel de confiabilidad elevado y positivo (rtt= 0.91); todos los ítems que componen el instrumentos presentan una correlación positiva con el puntaje total de la prueba; con correlaciones que van desde 0.04 (ítem 15) hasta 0.73 (ítem 14) (Ver Anexo F1).

Al realizar el análisis de componentes principales, fijado a cuatro factores siguiendo los lineamientos de la teoría, con rotación varimax se encontró que el primer componente con un autovalor de 8.74 explica el 31.21% de la varianza total de la variable, el segundo componente presenta un autovalor de 3.16 y explica el 11.28% de la varianza total, el tercer componente con un autovalor de 1.93 explica el 6.91% de la varianza total de la variable, y el cuarto factor con un autovalor de 1.39 explica el 4.99% de la varianza total. De esta manera los cuatro factores establecidos explican en total el 54.40% de la varianza total (Ver Anexo G1)

Se utilizó como criterio una carga factorial mayor o igual a 0.40 para identificar los ítems que componen cada factor; considerándose que la carga del ítem 16 en el factor 4 llega al criterio de 0.40 por aproximación (Ver Tabla 1). Al igual que los resultados obtenidos por Núñez y Socorro (2005), el primer factor se denominó síntomas de ansiedad e insomnio, dado que se encuentra compuesto por los ítems 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14. El segundo factor se denominó síntomas depresivos y está compuesto por los ítems 22, 23, 24, 25, 26, 27 y 28. El tercer factor se denominó síntomas somáticos y se encuentra compuesto por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7. Por último, el cuarto factor denominado disfunción social está compuesto por los ítems 16, 17, 18, 19, 20 y 21. Tanto el ítem 3 como el ítem 26 cargan en dos factores (el ítem 3

carga en el factor 1 y en el 3; el ítem 26 carga en el factor 1 y en el 2), por lo que se colocaron en el factor donde su carga fue mayor. Es necesario destacar que el ítem 15 presentó una baja correlación con el puntaje total y no cargó, según el criterio, en algún factor; por lo que se considera la revisión del mismo.

Tabla 1. *Matriz Rotada de la Escala de Salud General de Goldberg*

Componentes	1	2	3	4
Ítem 1	0.232	7.862E-02	0.590*	9.058E-02
Ítem 2	0.284	1.374E-02	0.578*	0.111
Ítem 3	0.436	9.497E-02	0.592*	0.175
Ítem 4	0.290	0.131	0.626*	0.196
Ítem 5	6.286E-02	8.015E-02	0.786*	8.269E-02
Ítem 6	0.196	0.133	0.762*	0.110
Ítem 7	0.283	0.134	0.427*	4.980E-02
Ítem 8	0.644*	1.930E-02	0.359	-1.642E-02
Ítem 9	0.627*	2.843E-02	0.369	5.252E-02
Ítem 10	0.784*	0.109	0.251	0.223
Ítem 11	0.757*	0.135	0.238	0.117
Ítem 12	0.567*	0.213	0.181	3.080E-02
Ítem 13	0.687*	0.252	0.166	0.195
Ítem 14	0.725*	0.217	0.282	0.197
Ítem 15	-1.291E-02	-9.393E-02	5.328E-02	0.192
Ítem 16	0.180	-3.598E-02	0.137	0.393*
Ítem 17	0.100	0.150	0.131	0.717*
Ítem 18	0.259	0.171	5.105E-02	0.743*
Ítem 19	-4.734E-02	0.317	0.104	0.676*
Ítem 20	-6.480E-03	0.272	-4.430E-03	0.690*
Ítem 21	0.333	0.102	0.115	0.571*
Ítem 22	0.128	0.774*	0.125	0.187
Ítem 23	0.211	0.714*	7.486E-02	0.174
Ítem 24	6.031E-02	0.864*	0.108	5.778E-02
Ítem 25	0.176	0.730*	5.576E-02	7.698E-02
Ítem 26	0.530	0.534*	3.266E-02	0.128
Ítem 27	9.757E-02	0.814*	0.151	2.834E-02
Ítem 28	0.108	0.767*	8.423E-02	8.507E-02

* carga factorial ≥a 0.40.

Para la escala de Frecuencia de Emociones Positivas y Negativas se obtuvo un nivel de confiabilidad elevado y positivo (rtt= 0.70); todos los ítems que componen el instrumento presentan una correlación positiva con el puntaje total de la prueba, con correlaciones que van desde 0.10 (ítem 4) hasta 0.39 (ítem 8) (Ver Anexo F2).

Al realizar el análisis de componentes principales y utilizando un autovalor de 1.5, se obtuvieron dos factores. El primer factor, con un autovalor de 7.67 explica el 31.98% de la varianza total de la variable, y el segundo factor con un autovalor de 3.05 explica el 12.72% de la varianza total. De esta manera los dos factores encontrados explican un total de 44.71% de la varianza total (Ver Anexo G2). Al utilizar una rotación varimax y un criterio de carga factorial mayor o igual 0.40, los factores quedaron de la siguiente forma (Ver Tabla 2): el primero se compone por los ítems 1, 3, 8, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 22 y 24 y se denominó frecuencia de emociones positivas; es necesario destacar que el ítem 3 tiene una carga factorial cercana a 0.40 y por tanto se decide incluirlo en este factor. El segundo se encuentra compuesto por los ítems 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 14, 18, 20, 21 y 23, el cual hizo referencia a la frecuencia de emociones negativas experimentada por los sujetos.

Tabla 2. *Matriz Rotada de la Escala de Frecuencia de Emociones*

Componentes	1	2
Ítem1	0.666*	-0.264
Ítem 2	-0.173	0.512*
Ítem 3	0.362*	7.658E-02
Ítem 4	-0.279	0.602*
Ítem 5	-0.170	0.597*
Ítem 6	-0.127	0.704*
Ítem 7	-1.694E-02	0.667*
Ítem 8	0.786*	-0.161
Ítem 9	0.573*	-6.792E-02
Ítem 10	-0.131	0.677*
Ítem 11	0.684*	-0.265
Ítem 12	-4.597E-02	0.487*
Ítem 13	0.708*	-0.178
Ítem 14	-0.146	0.665*
Ítem 15	0.643*	-6.554E-02
Ítem 16	0.804*	-0.212
Ítem 17	0.666*	-0.213
Ítem 18	-7.151E-02	0.658*
Ítem 19	0.689*	-0.300
Ítem 20	-0.100	0.701*
Ítem 21	-9.878E-02	0.593*
Ítem 22	0.645*	-0.127
Ítem 23	-0.218	0.667*
Ítem 24	0.619*	-8.404E-02

*carga factorial ≥a 0.40.

En el caso de la escala de Intensidad de Emociones Positivas y Negativas se obtuvo un nivel de confiabilidad elevado y positivo (rtt= 0.78); todos los ítems que componen el instrumento presentan una correlación positiva con el puntaje total de la prueba, con correlaciones que van desde 0.17 (ítem 1) hasta 0.44 (ítem 7) (Ver Anexo F3).

Al realizar el análisis de componentes principales y utilizando un autovalor de 1.5, se obtuvieron dos factores. El primer factor, con un autovalor de 6.52 explica el 27.16% de la varianza total de la variable, y el segundo factor con un autovalor de 3.93 explica el 16.38% de la varianza total. De esta manera los dos factores encontrados explican un total de 43.54% de la varianza total (Ver Anexo G3). Al utilizar una rotación varimax y un criterio de carga factorial mayor o igual 0.40, los factores quedaron de la siguiente forma (Ver Tabla 3); el primero se compone por los ítems 1, 3, 8, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 22 y 24 y se denominó intensidad de emociones positivas; es necesario destacar que el ítem 3 tiene una carga factorial cercana a 0.40 y por tanto se decide incluirlo en este factor. El segundo se encuentra compuesto por los ítems 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 14, 18, 20, 21 y 23, el cual hizo referencia a la intensidad de emociones negativas experimentada por los sujetos.

Tabla 3. *Matriz Rotada de la Escala de Intensidad de Emociones*

Componentes	1	2
Ítem 1	0.634*	-0.220
Ítem 2	-2.739E-02	0.540*
Ítem 3	0.310*	0.147
Ítem 4	-0.129	0.639*
Ítem 5	-0.143	0.621*
Ítem 6	-0.188	0.699*
Ítem 7	1.601E-02	0.696*
Ítem 8	0.741*	-6.409E-02
Ítem 9	0.556*	3.258E-02
Ítem 10	-7.228E-02	0.697*
Ítem 11	0.667*	-0.152
Ítem 12	-9.747E-02	0.565*
Ítem 13	0.696*	-0.110
Ítem 14	-5.960E-02	0.697*
Ítem 15	0.634*	-6.920E-02
Ítem 16	0.792*	-0.161
Ítem 17	0.651*	-0.171
Ítem 18	-2.232E-02	0.625*
Ítem 19	0.744*	-0.136
Ítem 20	1.772E-02	0.674*
Ítem 21	-7.015E-02	0.590*
Ítem 22	0.628*	-8.230E-02
Ítem 23	-9.116E-02	0.691*
Ítem 24	0.666*	4.951E-03

* carga factorial ≥a 0.40.

Para la escala de Apoyo Social Percibido, se obtuvo un nivel de confiabilidad alto y positivo (rtt= 0.89). Todos los ítems que componen el instrumento presentan una correlación positiva con el puntaje total de la prueba, con correlaciones que van desde 0.02 (ítem 2) hasta 0.66 (ítem 13) (Ver Anexo F4).

Al realizar el análisis de componentes principales y utilizando un autovalor de 1.5, se obtuvieron tres factores. El primer factor, con un autovalor de 8.51 explica el 30.38% de la varianza total de la variable; el segundo factor con un autovalor de 2.38 explica el 8.51% de la varianza total; y el tercer factor con un autovalor de 1.72 explica el 6.14% de la varianza total. De esta manera los tres factores encontrados explican un total de 45.04% de la varianza total (Ver Anexo G4).

Al utilizar una rotación varimax y un criterio de carga factorial mayor o igual 0.40, los factores quedaron de la siguiente forma, el primero se denominó apoyo social de otros y se compone por los ítems 1, 4, 7, 8, 9, 13, 14, 19, 20, 22, 23, 24 y 26. El segundo factor se denominó apoyo social familiar y se compone de los ítems 5, 10, 15, 18, 21 y 25; en particular el ítem 15 también carga en el primer factor, sin embargo se decidió incluirlo en el segundo factor por poseer mayor carga en éste y por que así lo indica la teoría. El tercer factor se denominó apoyo religioso y se compone de los ítems 3, 6, 11, 16, 17 y 28 (Ver Tabla 4). Es necesario destacar que los ítems 3, 22 y 26 tienen una carga factorial cercana a 0.40 y por ello se decidió incluirlos dentro de los factores correspondientes.

Además, cabe destacar que los ítems 2, 12 y 27 no cumplen con el criterio establecido, ya que poseen cargas factoriales menores a 0.40; por lo que es necesario realizar una revisión de los mismos.

Tabla 4. *Matriz Rotada de la Escala de Apoyo Social*

Componentes	1	2	3
Ítem 1	0.710*	2.107E-02	-0.114
Ítem 2	-7.857E-02	0.132	4.938E-03
Ítem 3	0.203	0.175	0.314*
Ítem 4	0.622*	5.193E-02	0.250
Ítem 5	0.255	0.795*	-1.783E-02
Ítem 6	0.105	6.762E-02	0.556*
Ítem 7	0.469*	0.175	0.377
Ítem 8	0.710*	0.115	0.101
Ítem 9	0.670*	0.335	8.787E-02
Ítem 10	0.312	0.666*	0.195
Ítem 11	1.844E-02	8.080E-02	0.693*
Ítem 12	0.167	0.109	1.345E-02
Ítem 13	0.755*	0.216	0.129
Ítem 14	0.634*	0.200	0.218
Ítem 15	0.484	0.550*	0.137
Ítem 16	4.360E-03	4.105E-02	0.809*
Ítem 17	-2.220E-02	6.436E-02	0.814*
Ítem 18	0.284	0.710*	0.248
Ítem 19	0.631*	0.273	0.126
Ítem 20	0.654*	0.196	0.169
Ítem 21	0.234	0.813*	6.472E-02
Ítem 22	0.308*	0.254	-2.198E-02
Ítem 23	0.736*	0.130	0.172
Ítem 24	0.742*	0.172	-5.888E-02
Ítem 25	0.252	0.589*	0.212
Ítem 26	0.370*	0.283	.273
Ítem 27	0.227	0.215	8.481E-02
Ítem 28	0.313	0.108	0.431*

* carga factorial ≥a 0.40.

Después de obtener la confiabilidad y las cargas factoriales en cada una de las escalas utilizadas, se llevó a cabo una estimación de los estadísticos descriptivos con el fin de estudiar la distribución y el comportamiento de la muestra en cada variable contemplada en el diagrama de ruta, tomando en cuenta cada una de las dimensiones de cada una de las mismas (Ver Tabla 5).

Tabla 5. *Estadísticos Descriptivos de las Variables Utilizadas en el Estudio*

Escalas	Dimensiones	M	S	CV (%)	As	K	Mín	Máx	Mínimo esperado	Máximo esperado
Cuestionario de Salud General de Goldberg	Ansiedad e insomnio	6.31	4.92	24.28	0.705	-0.100	0	21	0	21
	Síntomas depresivos	1.45	2.87	8.27	2.734	8.073	0	19	0	21
	Síntomas somáticos	6.91	4.26	18.16	0.639	0.079	0	21	0	21
	Disfunción social	6.52	2.70	7.29	0.436	1.066	0	17	0	18
Escala de Frecuencia de Emociones	Frecuencia de emociones positivas	35.56	6.06	36.81	-0.235	-0.368	18	48	12	48
	Frecuencia de emociones negativas	22.10	5.50	30.29	0.907	1.159	12	43	12	48
Escala de Intensidad de Emociones	Intensidad de emociones positivas	36.36	5.74	33.04	-0.396	-0.050	18	48	12	48
	Intensidad de emociones negativas	25.11	6.76	45.70	0.323	-0.322	12	45	12	48
Escala de Apoyo Social	Apoyo social de otros	30.25	6.37	40.63	-0.982	0.798	6	39	0	39
	Apoyo social familiar	14.91	3.59	12.91	-1.472	2.147	0	18	0	18
	Apoyo religioso	9.71	3.47	12.02	0.023	-0.336	0	18	0	18

En lo que se refiere a la escala de Salud General de Goldberg, en donde un mayor puntaje indica mayores problemas de salud, se encontró que en la subescala de ansiedad e insomnio el puntaje mínimo fue de 0 mientras que el máximo fue de 21, con una media aritmética de 6.31; una asimetría positiva (As= 0.71), lo cual indica que los datos tendieron a agruparse en puntuaciones inferiores de manera platicurtica (K= -0.10) y con tendencia a la homogeneidad (CV= 24.28%). Por lo que, los sujetos evaluados tendieron a reportar pocos síntomas de ansiedad e insomnio.

Mientras que en la subescala que hace referencia a los síntomas depresivos, el puntaje mínimo obtenido fue de 0 y el máximo de 19, con una media aritmética de 1,45 y una tendencia a agruparse en puntuaciones inferiores por ser altamente simétrica

(As= 2.73), leptocúrtica (K= 8.07) y homogénea (CV= 8.27%). Esto indica que los sujetos, prácticamente, no reportaron síntomas depresivos.

En la subescala de síntomas somáticos el puntaje mínimo fue de 0 y el máximo de 21, obteniéndose una media de 6.91. La asimetría positiva (As= 0.64), revela que los sujetos reportaron pocos síntomas somáticos y se agruparon de manera mesocúrtica (K= 0.079) y homogénea (CV= 18.16).

La última subescala, disfunción social, presentó un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 17, una media aritmética de 6.52, una asimetría (As= 0.43) que revela que los sujetos manifestaron pocos síntomas de disfunción social por estar agrupados en los puntajes inferiores, de manera leptocúrtica (K= 1.06) y homogénea (CV= 7.29%).

En la escala de Frecuencia de Emociones, compuesta por dos dimensiones, se encontró que, con respecto a la dimensión denominada frecuencia de emociones positivas, se halló una puntuación mínima de 18 y máxima de 48, con una media aritmética de 35.56 y una asimetría baja y negativa que revela que los sujetos experimentaron en mayor frecuencia las emociones positivas (As= -0.24), por predominar los valores más altos de manera platicúrtica (K= -0.37) y moderadamente heterogénea (CV= 36.81%)

Mientras que, en la subescala de frecuencia de emociones negativas se encontró un valor mínimo de 12 y un máximo de 45, con una media aritmética de 22,10 y una asimetría positiva que muestra que los sujetos reportan poca frecuencia de las emociones negativas (As= 0.91) en una distribución altamente leptocúrtica (K= 1.16) y moderadamente heterogénea (CV= 30.29%).

En lo que se refiere a la escala de Intensidad de las Emociones, compuesta igualmente por dos dimensiones, se encontró que, el factor denominado intensidad de las emociones positivas obtuvo un puntaje mínimo de 18 y máximo de 48, con un valor promedio de 36.36 y una asimetría negativa (As= -0.40), lo cual indica que los sujetos se agrupan en los puntajes altos de una distribución mesocúrtica (K= -0.05) y

moderadamente heterogénea (CV= 33.04%). Por lo tanto, pareciera que los sujetos encuestados tienden a experimentar con gran intensidad las emociones positivas.

Con respecto al factor denominado intensidad de las emociones negativas, se obtuvo un valor mínimo de 12 y máximo de 45, con una media aritmética de 25.11 y una alta asimetría positiva que muestra que los sujetos dieron puntajes que se agruparon en los valores inferiores (As= 3.23) de una distribución platicurtica (K= -0.32) y heterogénea (CV= 45.70%). Por lo tanto, los sujetos experimentan con baja intensidad las emociones negativas.

En cuanto a la escala de Apoyo Social, en la cual obtener un mayor puntaje indica mayor apoyo percibido, se encontró específicamente que el factor de apoyo social de otros obtuvo una puntuación mínima de 6 y una máxima de 39, la media aritmética es igual a 30.25 y la asimetría negativa (As= -0.98) indica que los sujetos se agruparon en los puntajes mayores de una distribución leptocurtica (K= 0.79) y moderadamente heterogénea (CV= 40.63). Esto indica que los individuos evaluados muestran un alto grado de apoyo por parte de otros.

Por otro lado, el apoyo social de familiares presentó un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 18, una media de 14.91 y una distribución con una asimetría alta y negativa (As= -1.47), dando lugar a una distribución marcadamente leptocúrtica (K= 2.14) y homogénea (CV= 12.91%), 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, el factor de apoyo social religioso obtuvo una puntuación mínima de 0 y máxima de 18, con un valor promedio de 9.71 y una asimetría baja y positiva (As= 0.023) en una distribución platicúrtica (K= -0.34) y homogénea (CV= 12%). Indicando que los sujetos tendieron a reportar puntajes medios del grado de apoyo social percibido en el ámbito religioso.

De esta manera es posible evidenciar que la muestra evaluada en el presente estudio presenta una buena salud, ya que tiende a reportar pocos síntomas de ansiedad e insomnio, ninguna o poca depresión, escasos síntomas de disfunción social y pocos síntomas somáticos. Además experimentan en mayor frecuencia e intensidad las emociones positivas, mientras que hay poca frecuencia e intensidad de emociones negativas. Por último perciben en mayor nivel el apoyo social de familiares y otros, y en un grado intermedio perciben el apoyo social religioso.

Por otra parte, con la finalidad de verificar los diferentes supuestos del análisis de regresión múltiple, el cual es la base del análisis de ruta propuesto, se evaluaron los criterios de normalidad de las variables endógenas, los supuestos de los errores y la multicolinealidad entre las variables independientes del modelo de regresión planteado. De esta manera se observó (Ver Anexo H) que la mayoría de las variables se distribuyen normalmente, exceptuando la subescala de depresión de la escala de Salud General de Goldberg, y los factores de apoyo social de otros y apoyo familiar, por lo que hay que tomar con cautela los resultados obtenidos a partir de estas variables. Además, se pudo observar que los errores en cada uno de los modelos no se hayan correlacionados entre sí (Durbin-Watson cercanos a 2), la media de los errores es cero y los límites de la distribución indican normalidad y homocedasticidad.

En lo que respecta a la presencia o ausencia de multicolinealidad, se observó (Ver Anexo I) que la mayoría de los coeficientes de correlación producto momento de Pearson de las variables independientes incluidas en el estudio son inferiores a 0.70; exceptuando la relación encontrada entre los factores de frecuencia de emociones positivas con la subescala de intensidad de las emociones positivas (r= 0.781); igualmente, se encontró una asociación alta y positiva entre el factor de frecuencia de emociones negativas y la subescala de intensidad de emociones negativas (r= 0.778). Por esta razón se decidió eliminar la escala de Intensidad de Emociones Positivas y Negativas del modelo propuesto y verificar la influencia de las variables exógenas sobre ésta de manera aislada (Ver Figura 2).

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 moderadamente alta (R= 0.66) entre ésta y las variables sexo, edad, apoyo social y frecuencia de emociones positivas y negativas que conforman el modelo de la presente investigación, las cuales explican de manera significativa el 42% de la varianza total del factor ansiedad e insomnio (F= 43.15; p= 0.000) (Ver Tabla 6).

Tabla 6. *Coeficientes de Correlación para Ansiedad e Insomnio*

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
0.658	0.433	0.423	3.7468	2.156

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	4240.121	7	605.732	43.147	0.000
Residual	5545.338	395	14.039		
Total	9785.459	402			

Al observar el aporte de cada una de las variables del modelo, se encontró que ansiedad e insomnio correlacionan de manera significativa positiva y alta con la frecuencia de emociones negativas (β= 0.59; p= 0.000), y de forma negativa y baja, pero significativa con la frecuencia de emociones positivas (β= -0.09; p= 0.048). También se encontró una correlación con un monto bajo y negativo pero estadísticamente significativo con el sexo (β= -0.09; p= 0.013). De esta manera, se evidencia que el experimentar mayor frecuencia de emociones positivas y menor frecuencia de emociones negativas da como resultado un menor reporte de síntomas de ansiedad e insomnio; dado que la codificación del sexo fue hombres igual a 1 y mujeres

igual a 0, son las mujeres las que reportan mayores síntomas de ansiedad e insomnio (Ver Tabla 7).

Tabla 7. *Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Ansiedad e Insomnio*

	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	-2.254	2.280		-0.988	0.324
Frec. emociones negativas	0.530	0.039	0.591	13.704	0.000*
Frec. emociones positivas	-7.109E-02	0.036	-0.088	-1.979	0.048*
Apoyo familiar	6.297E-02	0.069	0.046	0.907	0.365
Apoyo de otros	-6.810E-02	0.040	-0.088	-1.705	0.089
Apoyo religioso	4.159E-02	0.060	0.029	0.694	0.488
Edad	1.471E-02	0.029	0.020	0.509	0.611
Sexo	-1.000	0.401	-0.098	-2.495	0.013*

* Significativa al 0.05

Con respecto al segundo factor correspondiente a síntomas depresivos se obtuvo una correlación múltiple alta (R= 0.64) entre ésta y la combinación lineal de edad, sexo, apoyo social y la frecuencia de emociones, dicha combinación explica el 40% de la varianza total de depresión de manera significativa (R^2 ajustado= 0.40; F= 39.98; p= 0.000) (Ver Tabla 8).

Tabla 8. *Coeficientes de Correlación para Síntomas Depresivos*

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
0.644	0.415	0.404	2.2266	1.951

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	1387.699	7	198.243	39.987	0.000
Residual	1958.291	395	4.958		
Total	3345.990	402			

Específicamente, se obtuvo que los síntomas depresivos correlacionan de forma baja y negativa, pero significativa (β= -0.16; p= 0.003) con el apoyo social de otros.

Además correlaciona significativa, moderada y positivamente con la frecuencia de emociones negativas (β= 0.46; p= 0.000); por último, los síntomas depresivos correlacionaron con la frecuencia de emociones positivas de manera baja y negativa, pero significativa (β= -0.11; p= 0.014). Por lo tanto, a medida que aumenta el apoyo social de otros, la frecuencia de emociones positivas y disminuye la frecuencia de emociones negativas se obtienen menores puntajes en la escala de salud, lo cual indica menor depresión (Ver Tabla 9).

Tabla 9. *Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Síntomas Depresivos*

	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	2.085	1.355		1.539	0.125
Apoyo familiar	-6.968E-02	0.041	-0.087	-1.688	0.092
Apoyo de otros	-7.219E-02	0.024	-0.160	-3.042	0.003*
Apoyo religioso	-3.433E-02	0.036	-0.041	-0.965	0.335
Edad	-1.307E-02	0.017	-0.031	-0.761	0.447
Sexo	-0.261	0.238	-0.044	-1.097	0.273
Frec. emociones negativas	0.240	0.023	0.457	10.436	0.000*
Frec. emociones positivas	-5.286E-02	0.021	-0.111	-2.477	0.014*

* Significativa al 0.05

En cuanto al tercer factor encontrado para la variable salud, denominado síntomas somáticos, se obtuvo una correlación múltiple media (R= 0.55) entre éste y la combinación lineal de edad, sexo, apoyo social y la frecuencia de emociones, dicha combinación explica el 29% de la varianza total de manera significativa (R^2 ajustado= 0.29; F= 24.94; p= 0.000) (Ver Tabla 10).

Tabla 10. *Coeficientes de Correlación para Síntomas Somáticos*

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
0.554	0.307	0.294	3.5920	2.053

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	2252.881	7	321.840	24.945	0.000
Residual	5096.345	395	12.902		
Total	7349.226	402			

Específicamente, se encontró que los síntomas somáticos correlacionan de manera baja y negativa pero significativamente con el apoyo social de otros (β= -0.25; p= 0.000), también correlaciona con un monto bajo y negativo pero estadísticamente significativo con el sexo (β= -0.19; p= 0.000); por último, los síntomas somáticos correlacionan de forma moderada, positiva y significativa con la frecuencia de emociones negativas (β= 0.39; p= 0.000). Esto quiere decir que a menor presencia de apoyo social por parte de otros y a mayor frecuencia de emociones negativas, las personas reportarán mayores puntajes en la escala de salud, lo cual indica mayores síntomas somáticos. Además se encontró que las mujeres son las que reportan mayores síntomas somáticos (Ver Tabla 11).

Tabla 11. *Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Síntomas Somáticos*

	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	4.697	2.186		2.149	0.032
Apoyo familiar	6.155E-02	0.067	0.052	0.925	0.356
Apoyo de otros	-0.169	0.038	-0.253	-4.420	0.000*
Apoyo religioso	9.814E-02	0.057	0.080	1.709	0.088
Edad	2.656E-02	0.028	0.042	0.959	0.338
Sexo	-1.654	0.384	-0.187	-4.304	0.000*
Frec. emociones negativas	0.309	0.037	0.398	8.345	0.000*
Frec. emociones positivas	-4.486E-02	0.034	-0.064	-1.303	0.193

* Significativa al 0.05

Por último, el cuarto factor denominado disfunción social dio lugar a una correlación múltiple media (R= 0.52) entre éste y la combinación lineal de edad, sexo, apoyo social y la frecuencia de emociones positivas y negativas, dicha combinación explica el 25% de la varianza total de manera significativa (R^2 ajustado= 0.25; F= 20.39; p= 0.000) (Ver Tabla 12).

Tabla 12. *Coeficientes de Correlación para Disfunción Social*

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
0.515	0.265	0.252	2.3432	1.944

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	783.780	7	111.969	20.394	0.000
Residual	2168.696	395	5.490		
Total	2952.476	402			

Específicamente, se encontró que la disfunción social correlaciona de manera baja, positiva y significativa con la frecuencia de emociones negativas (β= 0.30; p= 0.000) y con la frecuencia de emociones positivas de forma moderada, negativa y estadísticamente significativa (β= -0.27; p= 0.000). Estos resultados muestran que las personas que experimentan mayor frecuencia de emociones negativas y menor frecuencia de emociones positivas tienden a presentar disfunción social (Ver Tabla 13).

Tabla 13. *Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Disfunción Social*

	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	9.284	1.426		6.510	0.000
Apoyo familiar	-9.494E-03	0.043	-0.013	-0.219	0.827
Apoyo de otros	-7.822E-03	0.025	-0.018	-0.313	0.754
Apoyo religioso	-5.016E-02	0.037	-0.064	-1.339	0.181
Edad	-2.716E-02	0.018	-0.068	-1.504	0.133
Sexo	-2.859E-02	0.251	-0.005	-0.114	0.909
Frec. emociones negativas	0.146	0.024	0.295	6.017	0.000*
Frec. emociones positivas	-0.120	0.022	-0.269	-5.341	0.000*

* Significativa al 0.05

Para la variable de Frecuencia de Emociones Positivas y Negativas, se obtuvo que, el primer factor denominado frecuencia de emociones positivas presenta una correlación múltiple media (R= 0.41) entre éste y la combinación lineal de edad, sexo y apoyo social; las cuales explican el 16% de la varianza total de la variable frecuencia de emociones positivas (R^2 ajustado= 0.16; F= 16.36; p= 0.000) (Ver Tabla 14).

Tabla 14. *Coeficientes de Correlación para Frecuencia de Emociones Positivas*

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
0.413	0.171	0.160	5.5669	1.726

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	2535.647	5	507.129	16.364	0.000
Residual	12334.043	398	30.990		
Total	14869.691	403			

Específicamente, la variable frecuencia de emociones positivas correlaciona de modo bajo y positivo, pero estadísticamente significativo con la percepción de apoyo social familiar (β= 0.19; p= 0.000), apoyo religioso (β= 0.17; p= 0.05) y apoyo social de otros (β= 0.22; p= 0.000). Además se encontró una correlación significativa, baja y positiva entre este factor y el sexo (β= 0.13; p= 0.005). De esta manera, es posible afirmar que aquellos que perciben mayor apoyo social familiar y de otros, reportan mayor frecuencia de emociones positivas. Además, se encontró que los hombres reportan mayor frecuencia de emociones positivas (Ver Tabla 15).

Tabla 15. *Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Frecuencia de Emociones Positivas*

	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	22.309	2.074		10.757	0.000
Edad	8.536E-04	0.042	0.001	0.020	0.984
Sexo	1.670	0.587	0.133	2.846	0.005*
Apoyo familiar	0.317	0.101	0.187	3.124	0.002*
Apoyo de otros	0.205	0.058	0.215	3.534	0.000*
Apoyo religioso	0.173	0.088	0.099	1.955	0.05*

* Significativa al 0.05

Con respecto al segundo factor denominado frecuencia de emociones negativas, se encontró que tiene una correlación múltiple moderadamente baja (R= 0.35) con la combinación lineal de la edad, el sexo y el apoyo social. Todas las variables incluidas

en el modelo explican el 11% de la varianza total de la frecuencia de emociones negativas (R^2 ajustado= 0.11; F= 11.20; p= 0.000) (Ver Tabla 16).

Tabla 16. *Coeficientes de Correlación para Frecuencia de Emociones Negativas*

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
0.351	0.123	0.112	5.1782	2.006

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	1502.002	5	300.400	11.203	0.000
Residual	10671.810	398	26.814		
Total	12173.812	403			

Específicamente, la variable frecuencia de emociones negativas correlaciona de modo bajo y negativo, pero estadísticamente significativo con la edad (β= -0.14; p= 0.004), el sexo (β= -0.13; p= 0.008), la percepción de apoyo social familiar (β= -0.17; p= 0.005) y apoyo social de otros (β= -0.21; p= 0.001). De esta manera, es posible afirmar que aquellos que perciben mayor apoyo social familiar y de otros, reportan menor frecuencia de emociones negativas. Además, se encontró que a medida que aumenta la edad, disminuye el reporte de frecuencia de emociones negativas, y que las mujeres reportan mayor frecuencia de emociones negativas (Ver Tabla 17).

Tabla 17. *Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Frecuencia de Emociones Negativas*

	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	35.156	1.929		18.229	0.000
Edad	-0.113	0.039	-0.139	-2.858	0.004*
Sexo	-1.460	0.545	-0.128	-2.680	0.008*
Apoyo familiar	-0.265	0.094	-0.173	-2.806	0.005*
Apoyo de otros	-0.178	0.054	-0.207	-3.301	0.001*
Apoyo religioso	3.326E-02	0.082	0.021	0.405	0.686

* Significativa al 0.05

Para la variable de Apoyo Social Percibido se obtuvo que, el primer factor denominado apoyo social de otros mostró una correlación múltiple baja (R= 0.22) con

las variables de edad y sexo, las cuales explican de manera significativa el 4% de la varianza total del apoyo social de otros (R^2 ajustado= 0.04; F= 10.26; p= 0,000) (Ver Tabla 18).

Tabla 18. *Coeficientes de Correlación para Apoyo Social de Otros*

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
0.220	0.049	0.044	6.2335	1.769

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	798.024	2	399.012	10.269	0.000
Residual	15620.287	402	38.856		
Total	16418.311	404			

En concreto se obtuvo que el apoyo social de otros tiene una correlación negativa y baja, pero significativa, con la edad (β= -0.13; p= 0.008); y una correlación también negativa y baja, aunque significativa, con el sexo (β= -0.16; p= 0.001). Es decir que, a mayor edad menor percepción de apoyo social de otros; mientras que por otro lado, las mujeres reportan tener mayor grado de apoyo social por parte de otros en comparación con los hombres (Ver Tabla 19).

Tabla 19. *Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Apoyo Social de Otros*

	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	34.807	1.444		24.106	0.000
Edad	-0122	0.046	-0.130	-2.648	0.008*
Sexo	-2.145	0.646	-0.163	-3.318	0.001*

* Significativa al 0.05

Con respecto al apoyo social familiar, se tiene que existe una correlación múltiple baja (R= 0.17) entre ésta y la combinación lineal de la edad y el sexo; dichas variables explican de manera significativa el 3% de la varianza total del apoyo social de familiares (R^2 ajustado= 0.02; F= 5.75; p= 0.003) (Ver Tabla 20).

Tabla 20. *Coeficientes de Correlación para Apoyo Social de Familiares*

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
0.167	0.028	0.023	3.5510	1.881

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	145.003	2	72.501	5.750	0.003
Residual	5081.805	403	12.610		
Total	5226.808	405			

Específicamente el efecto de la edad sobre el apoyo social de familiares es negativo y bajo, pero significativo (β= -0.12; p= 0.017) y la influencia del sexo sobre la misma variable es negativa, baja y estadísticamente significativa (β= -0.10; p= 0.040). Es decir que, las personas de edades mayores poseen una menor percepción de apoyo social familiar y que las mujeres reportan tener mayor grado de apoyo social por parte de sus familiares (Ver Tabla 21).

Tabla 21. *Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Apoyo Social de Familiares*

	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	17.136	0.820		20.886	0.000
Edad	-6.311E-02	0.026	-0.119	-2.407	0.017*
Sexo	-0.756	0.368	-0.102	-2.057	0.040*

* Significativa al 0.05

Por último, el apoyo religioso presentó una correlación múltiple baja (R= 0.12) con las variables edad y sexo, las cuales explican de manera significativa el 1% de la varianza total del apoyo social religioso (R^2 ajustado= 0.01; F= 3.01; p= 0.051) (Ver Tabla 22).

Tabla 22. *Coeficientes de Correlación para Apoyo Religioso*

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
0.121	0.015	0.010	3.4492	1.782

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	71.511	2	35.756	3.005	0.05
Residual	4794.609	403	11.897		
Total	4866.121	405			

En concreto, se obtuvo que el apoyo social religioso tiene una correlación positiva, baja y significativa con la edad (β= 0.12; p= 0.02); es decir que las personas de mayor edad perciben un mayor grado de apoyo religioso (Ver Tabla 23).

Tabla 23. *Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Apoyo Religioso*

	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	7.989	0.797		10.024	0.000
Edad	6.002E-02	0.025	0.118	2.356	0.019*
Sexo	-0.349	0.357	-0.049	-0.976	0.329

* Significativa al 0.05

Por otra parte, como se mencionó anteriormente, las variables de intensidad de emociones positivas e intensidad de emociones negativas fueron eliminadas del modelo propuesto por presentar multicolinealidad con las variables de frecuencia de emociones positivas y negativas. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta cuáles variables ejercieron un efecto significativo sobre la intensidad de emociones positivas y negativas.

En cuanto al primer factor, denominado intensidad de emociones positivas, se encontró una correlación múltiple media (R= 0.41) entre éste y la combinación lineal de edad, sexo y apoyo social; las cuales explican el 16% de la varianza total de la variable intensidad de emociones positivas (R^2 ajustado= 0.16; F= 16.40; p= 0.000) (Ver Tabla 24).

Tabla 24. *Coeficientes de Correlación para Intensidad de Emociones Positivas*

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
0.413	0.170	0.160	5.2721	1.904

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	2278.567	5	455.713	16.396	0.000
Residual	11090.134	399	27.795		
Total	13368.701	404			

Específicamente, la variable intensidad de emociones positivas correlaciona de modo bajo y positivo, pero estadísticamente significativo con la percepción de apoyo social familiar (β= 0.18; p= 0.002) y apoyo social de otros (β= 0.23; p= 0.000). Además se encontró una correlación significativa, baja y positiva entre este factor y el sexo (β= 0.10; p= 0.032). De esta manera, es posible afirmar que aquellos que perciben mayor apoyo social familiar y de otros, reportan mayor intensidad de emociones positivas. Además, se encontró que los hombres reportan mayor intensidad de emociones positivas (Ver Tabla 25).

Tabla 25. *Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Intensidad de Emociones Positivas*

	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	23.848	1.963		12.152	0.000
Edad	-2.610E-04	0.040	0.000	-0.007	0.995
Sexo	1.196	0.554	0.101	2.158	0.032*
Apoyo familiar	.0.293	0.096	0.183	3.052	0.002*
Apoyo de otros	0.208	0.055	0.231	3.786	0.000*
Apoyo religioso	0.146	0.084	0.088	1.749	0.081

* Significativa al 0.05

Con respecto al segundo factor denominado intensidad de emociones negativas, se encontró que tiene una correlación múltiple moderadamente baja (R= 0.30) con la combinación lineal de la edad, el sexo y el apoyo social. Todas las variables incluidas

en el modelo explican el 8% de la varianza total de la intensidad de emociones negativas (R^2 ajustado= 0.08; F= 7.81; p= 0.000) (Ver Tabla 26).

Tabla 26. *Coeficientes de Correlación para Intensidad de Emociones Negativas*

R	R Cuadrado	R Cuadrado Ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
0.299	0.089	0.078	6.4926	2.018

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	1646.281	5	329.256	7.811	0.000
Residual	16777.026	398	42.153		
Total	18423.307	403			

Específicamente, la variable intensidad de emociones negativas correlaciona de modo bajo y negativo, pero estadísticamente significativo con la edad (β= -0.12; p= 0.013), la percepción de apoyo social familiar (β= -0.14; p= 0.029) y apoyo social de otros (β= -0.19; p= 0.003). De esta manera, es posible afirmar que aquellos que perciben mayor apoyo social familiar y de otros, reportan menor intensidad de emociones negativas. Además, se encontró que a medida que aumenta la edad, disminuye el reporte de intensidad de emociones negativas (Ver Tabla 27).

Tabla 27. *Coeficientes de Regresión y su Significancia para la Variable Intensidad de Emociones Negativas*

	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	38.995	2.419		16.120	0.000
Edad	-0.124	0.049	-0.124	-2.502	0.013*
Sexo	-1.277	0.683	-0.091	-1.870	0.062
Apoyo familiar	-0.259	0.118	-0.137	-2.187	0.029*
Apoyo de otros	-0.200	0.068	-0.189	-2.959	0.003*
Apoyo religioso	3.444E-02	0.103	0.018	0.334	0.738

* Significativa al 0.05

En función a los resultados obtenidos para el modelo propuesto en la hipótesis, se observa que la percepción de salud general se encuentra explicada por la frecuencia

de emociones positivas y negativas, el apoyo social percibido de la familia y de otros, y el sexo. Específicamente, los factores de frecuencia de emociones positivas, frecuencia de emociones negativas y el sexo ejercen un efecto directo sobre el factor de síntomas de ansiedad e insomnio. Mientras que la presencia de síntomas depresivos se encuentra explicada por la frecuencia de emociones negativas, el apoyo social de otros y la frecuencia de emociones positivas. Además, se encontró que la frecuencia de emociones negativas, el apoyo social de otros y el sexo ejercen un efecto directo y significativo sobre la presencia de síntomas somáticos. Por último, la disfunción social es explicada por la frecuencia de emociones positivas y negativas.

Atendiendo a lo planteado anteriormente, es posible evidenciar que los sujetos perciben menores problemas de salud en lo que se refiere a la presencia de síntomas depresivos; mientras que donde pareciera existir mayores problemas físicos es en la variable que hace referencia a la presencia de síntomas somáticos. Además se puede evidenciar que la variable que mejor explica la presencia de problemas de la salud es la frecuencia de emociones negativas, en segundo lugar, la variable que ejerce un mayor efecto es la frecuencia de emociones positivas, seguido del factor apoyo social de otros y por último, el sexo.

Las otras variables incluidas en el modelo como la edad, el apoyo social religioso y el apoyo social familiar no ejercen un efecto directo significativo sobre la percepción de salud general. Sin embargo, el apoyo social familiar ejerce un efecto indirecto a través de la frecuencia de emociones positivas y negativas. El apoyo social religioso ejerce un efecto sobre la salud percibida a través de su relación directa con la frecuencia de emociones positivas. Mientras que la edad ejerce un efecto indirecto a través del apoyo social percibido por parte de los familiares, el apoyo social de otros y la frecuencia de emociones negativas (Ver Figura 3).

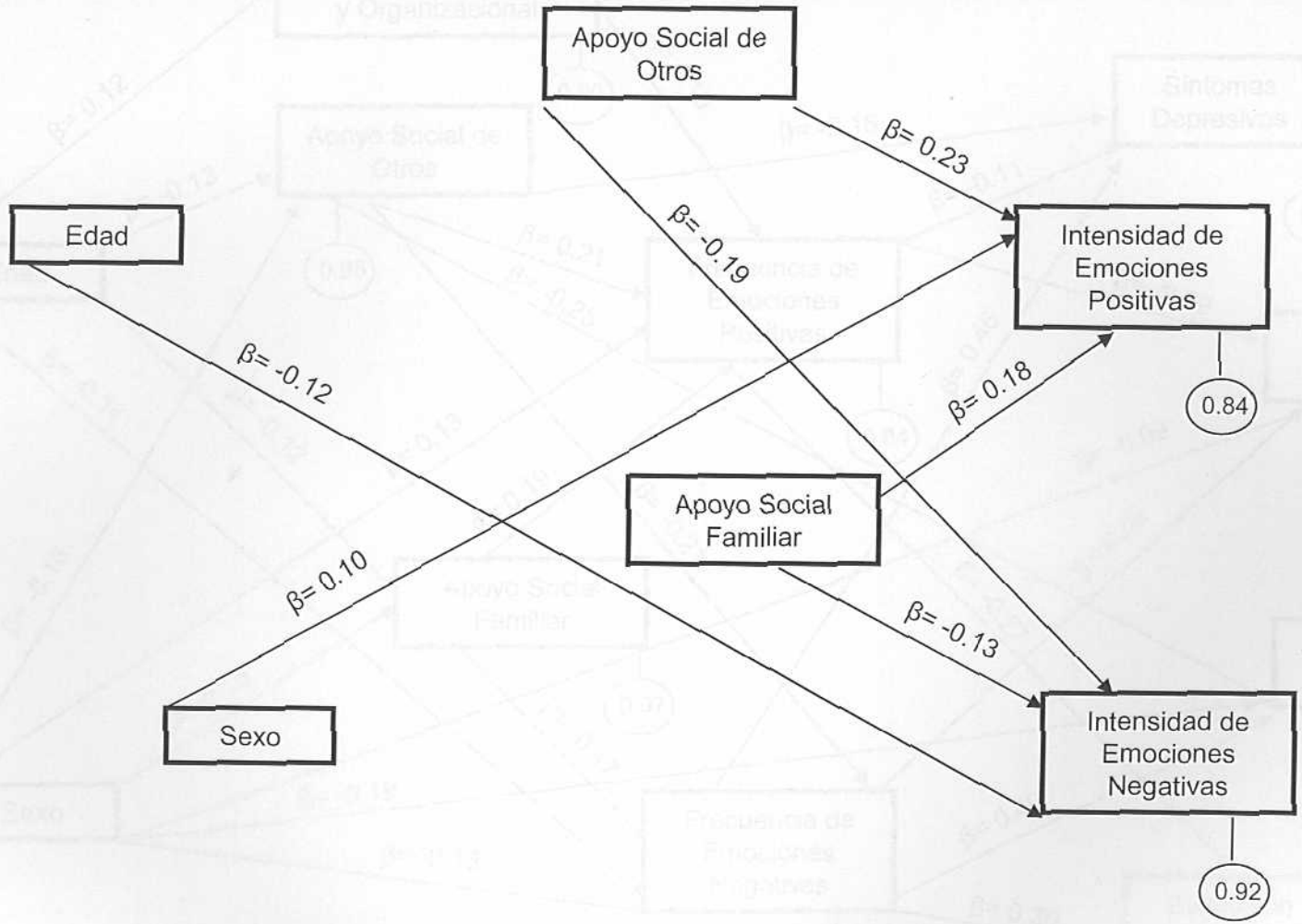


Figura 2. Diagrama de ruta de la variable endógena intensidad de las emociones positivas y negativas.

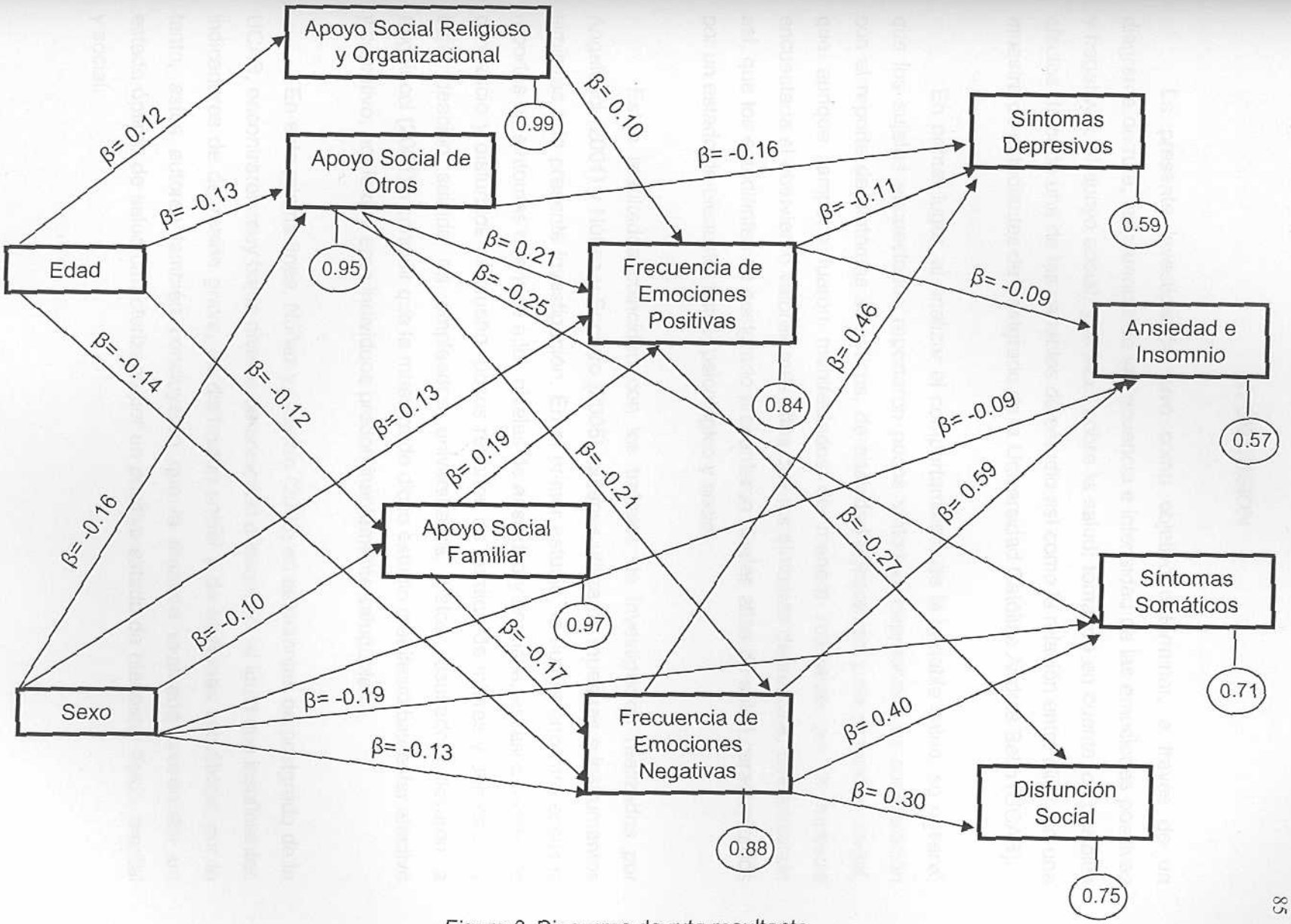


Figura 3. Diagrama de ruta resultante.
Nota: A mayor puntaje en la escala de salud, "peor" es la salud percibida.

V. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar, a través de un diagrama de ruta, la influencia de la frecuencia e intensidad de las emociones positivas y negativas, el apoyo social, y el sexo sobre la salud; tomando en cuenta los posibles efectos de cada una de las variables de estudio así como la relación entre ellas, en una muestra de estudiantes de Postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB).

En primer lugar, al analizar el comportamiento de la variable salud, se observó que los sujetos encuestados reportaron pocos síntomas depresivos, en comparación con el reporte de síntomas somáticos, de ansiedad e insomnio y de disfunción social, que aunque tampoco fueron manifestados de manera relevante por la muestra encuestada sí obtuvieron valores más altos que los síntomas depresivos. Evidenciando así, que los estudiantes de postgrado presentaron niveles altos de salud caracterizados por un estado de bienestar físico, psicológico y social.

Estos resultados coinciden con los trabajos de investigación realizados por Angelucci (2001) y Núñez y Socorro (2005), quienes utilizaron muestras e instrumentos similares a la presente investigación. En el primer estudio, la autora encontró escasos reportes de síntomas referidos a los niveles de ansiedad y angustia, escasos niveles de cansancio y disturbios del sueño, pocos reportes de pérdida de interés y depresión, y baja ideación suicida en empleados universitarios. Estos resultados, llevaron a Angelucci (2001) a concluir que la muestra de dicho estudio manifestó bienestar afectivo y cognitivo, por lo que eran individuos predominantemente saludables.

En esta misma línea, Núñez y Socorro (2005) en estudiantes de postgrado de la UCAB, encontraron muy bajos niveles de ansiedad e insomnio, al igual que insuficientes indicadores de depresión grave, de disfunción social y de síntomas somáticos; por lo tanto, estos autores también concluyeron que la muestra evaluada presentaba un estado óptimo de salud caracterizado por un positivo estado de bienestar físico, mental y social.

La explicación de los resultados encontrados en la presente investigación sobre la condición saludable de los sujetos evaluados, viene dada por varias razones que se encuentran íntimamente relacionadas con las características de la muestra. De esta manera, los sujetos encuestados son personas que en su mayoría corresponden a un nivel socioeconómico medio y medio-alto; como lo afirman Gallo y Matthews (2003) la posición socioeconómica tiene un rol causal en la determinación de la salud y los problemas emocionales; específicamente, aquellos individuos con mejor salud física o emocional suelen encontrarse en niveles superiores dentro de la jerarquía económica.

En esta misma línea, Núñez y Socorro (2005) concuerdan con el nivel de salud encontrado en la presente investigación, los autores plantean que el pertenecer a un nivel socioeconómico medio y medio-alto le ha permitido a la muestra estudiada contar con un mejor nivel educativo, junto con una mayor conciencia de su cuidado personal, y con mayores posibilidades de tener una dieta balanceada, ejercicios físicos, actividades sociales y recreativas y más oportunidades para utilizar los servicios privados de salud no accesibles a niveles inferiores.

De igual manera, la mayoría de los participantes mantiene una actividad laboral, lo que favorece en cierta medida condiciones saludables. En este sentido, Romaguera y Uzcátegui (2001) y Ross y Mirowski (1995), plantean que las personas que trabajan y reciben un salario reportan mejor bienestar físico que aquellas personas que están desempleadas, retiradas o que se mantienen en el hogar. Es necesario mencionar que los aspectos planteados por Ross y Mirowski (1995), Romaguera y Uzcátegui (2001) y Núñez y Socorro (2005) deben ser estudiados en futuras investigaciones.

Por otro lado, dada la congruencia con anteriores investigaciones en poblaciones de educación superior, es posible afirmar que el contexto universitario pareciera funcionar como un factor protector de la salud en las personas que forman parte de estas instituciones, tanto empleados, profesores y estudiantes (Romaguera y Uzcátegui, 2001; Angelucci, 2001 y Núñez y Socorro, 2005). De igual manera, este elemento debe evaluarse de forma sistematizada en investigaciones posteriores para poder corroborar estos resultados.

Con respecto a la intensidad y la frecuencia de emociones positivas y negativas, es posible evidenciar en primer lugar, que los sujetos presentan más frecuentemente emociones positivas y experiencian con mayor intensidad este tipo de emociones.

El mayor reporte de frecuencia e intensidad de las emociones positivas en comparación con las negativas, pudieran explicarse tomando en consideración que las emociones son el resultado de un proceso evaluativo, por lo que los sujetos pueden clasificarlas en función de las sensaciones experimentadas; es decir, las emociones positivas dan una sensación de agradabilidad y sus consecuencias son satisfactorias, por esta razón estas experiencias pueden ser más fácilmente evaluadas y por lo tanto son reportadas más rápido que las emociones negativas, las cuales dan una sensación desagradable y generalmente están acompañadas de consecuencias no satisfactorias (Fredrickson y cols., 2003). Además, se pudiera inferir la influencia del proceso de socialización; específicamente, la manifestación de lo positivo es aceptado socialmente ya que representa lo bueno y las cualidades del individuo; mientras que lo negativo tiende a ser reprimido o inhibido porque representa las debilidades de los sujetos (Palmero y Fernández-Abascal, 1998).

Otra explicación para la primacía de emociones positivas tanto en frecuencia como en intensidad, es la que proponen Gallo y Mathews (2003), quienes plantean la existencia de una relación directa entre el nivel socioeconómico y las emociones. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de las personas encuestadas se encuentran en un nivel socioeconómico medio y medio-alto, la pertenencia a este status podría causar un aumento en intensidad y frecuencia de emociones positivas, ya que es probable que tengan menos preocupaciones económicas y una vida más estable; elementos que se suponen ejercen una influencia sobre las emociones positivas. Sin embargo, estos elementos deben ser estudiados en investigaciones posteriores.

Por otro lado, se encontró la existencia de una relación inversa entre las frecuencias de emociones positivas y negativas; es decir, que aquellas personas que experimentan más frecuentemente emociones positivas, tienden a experimentar menos emociones negativas; esto concuerda con los hallazgos reportados por Diener y cols.

(1985), quienes encontraron una relación inversa entre la frecuencia de las emociones positivas y la frecuencia de las emociones negativas; según estos autores, pareciera ser que las personas a medida que experimentan más emociones placenteras, menos tiempo disponible tienen para experimentar emociones negativas.

En esta misma línea, los resultados encontrados en la presente investigación indican que las personas que experimentan con mayor intensidad las emociones positivas, experimentan con menor intensidad las emociones negativas. Estos resultados no coinciden con los reportados por Diener y cols. (1985), quienes reportaron que generalmente, las personas que vivencian emociones positivas más intensas, reportarán emociones negativas más intensas, por lo que, según estos autores, la intensidad de las emociones es unipolar, ya que no se diferencian en dos dimensiones (no hay valencia) y es continua. Sin embargo, en la presente investigación se encontraron resultados contrarios que podrían ser explicados si se considera que las personas son congruentes y estables con el tipo de emoción experimentada, tanto en la dimensión de intensidad como en la de frecuencia. Es necesario destacar que el resultado encontrado debe ser verificado en otras muestras de diferentes características a la de la presente investigación.

Por otro lado, se muestra una tendencia a reportar mayor intensidad que frecuencia en la muestra utilizada para el presente estudio; por lo tanto, los sujetos tienden a experimentar con mucha intensidad las emociones cuando éstas se presentan; sobre todo la intensidad de las emociones aumenta cuando se trata de sensaciones desagradables con consecuencias no satisfactorias. De esta manera, es posible afirmar que la valoración de emociones negativas es mucho más intensa que la valoración de las emociones positivas. Se podría inferir que la memoria influyó en estos resultados, ya que las personas podrían recordar con más facilidad las experiencias emocionales más intensas y por tanto fueron estas experiencias las que más reportaron. Además se podría considerar que las personas son característicamente más intensas cuando experimentan las emociones, en especial las negativas. Sin embargo, estas hipótesis deberán ser verificadas en futuras investigaciones.

En lo que se refiere al apoyo social, entendido en la presente investigación como un constructo multidimensional que incluye la percepción del apoyo de otros, de la familia y de la religión; se encontró que los sujetos encuestados tienden a percibir altos niveles de apoyo social de otros y de la familia; mientras que perciben en un nivel moderado apoyo social de la religión a la que pertenecen. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Angelucci (2001), quien afirma que en el rango de edad estudiado y por las características laborales, los sujetos perciben un mayor apoyo social de otros, 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 propuesta son las de Romaguera y Uzcátegui (2001) y Núñez y Socorro (2005), las cuales hacen referencia al nivel socioeconómico; específicamente, las primeras autoras plantean que las personas que pertenecen a niveles socioeconómicos bajos, debido a la influencia de su estándar de vida, de los estresores a los que se ven expuestos y de la escasa confianza en las mediaciones sociales, tienden a percibir menos apoyo de su entorno entendido en términos de redes más extensas en la comunidad. Mientras que Núñez y Socorro (2005), consideran que el pertenecer a un nivel socioeconómico medio y medio-alto, estimula la formación de amplias redes de apoyo, lo cual les permite a los individuos sentirse socialmente integrados y se les da la oportunidad de utilizar los diferentes recursos brindados por estas redes. Por último, es necesario considerar que en el rango de edad estudiado en el presente estudio, los contextos se desarrollan mayormente con amigos y compañeros de clase o del trabajo; junto con las relaciones que se han establecido dentro de la familia y menos relaciones con instituciones religiosas.

Una vez expuesta la manera en que se comportan cada una de las variables que conforman la investigación, es necesario exponer el análisis de las influencias que ocurren entre ellas, lo cual permite la verificación de la hipótesis planteada y en consecuencia una mayor comprensión de la salud como un fenómeno biopsicosocial.

Con respecto a la primera dimensión de la salud del presente estudio, la cual considera la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio, se logró evidenciar que las mujeres reportan mayores síntomas de ansiedad e insomnio en comparación con los hombres; en concordancia con los resultados encontrados por Romaguera y Uzcátegui (2001), quienes explican la diferencia entre los sexos aludiendo a que el impacto del proceso de socialización de los roles y la exigencia en el ejercicio de los mismos, ha llevado a las mujeres a cubrir mayores responsabilidades y a exponerse a mayores fuentes de estrés, lo que incide negativamente sobre la salud.

La presencia de mayores síntomas de ansiedad e insomnio en el sexo femenino, también fue evidenciada en la investigación realizada por Núñez y Socorro (2005). Dichos autores explican estos resultados basados en la idea de que las características socioculturales inciden en los roles de género. Específicamente, se plantea que las mujeres se encuentran más sensibilizadas a experimentar, admitir y reportar los síntomas de ansiedad e insomnio. De esta manera, es posible afirmar que las mujeres presentan un mayor reporte de estos síntomas no sólo por la mayor carga de responsabilidades que ejercen en el día a día, sino también porque la cultura en la que se realizó esta investigación encuentra más aceptable que las mujeres manifiesten esos síntomas y no los hombres.

Otro de los factores que ejerce una influencia significativa en los síntomas de ansiedad e insomnio es la frecuencia en que se experimentan las emociones positivas y negativas. Específicamente, en el presente estudio se encontró que el experimentar mayor frecuencia de emociones positivas y menor frecuencia de emociones negativas da como resultado un menor reporte de síntomas de ansiedad e insomnio; siendo más fuerte la relación entre emociones negativas y la presencia de estos síntomas. En este sentido, es necesario considerar que el experimentar frecuentemente en la vida diaria emociones negativas puede incidir en un pensamiento pesimista y una orientación más fatalista, elementos que pudieran generar aumentos de síntomas de ansiedad y la presencia de trastornos del sueño. Por el contrario, la frecuencia de emociones positivas provocaría la tranquilidad y disminuiría la ansiedad y los problemas de sueño

(Barak y Sananes, 2005). Sin embargo, esta suposición debe ser sistematizada en futuras investigaciones.

Por otro lado, basados en los efectos benéficos de la frecuencia de emociones positivas, Feldman (1999) plantea que las emociones positivas desempeñan un papel de activación del sistema simpático el cual prepara al individuo para tomar acciones ante diversas situaciones; por ejemplo, ante situaciones de ansiedad, las emociones positivas actúan como estímulos que ayudan a producir respuestas efectivas. De igual manera, Fredrickson (1998, cp. Tugade y Fredrickson, 2004) considera que a través del tiempo el ampliar y aumentar el uso de emociones positivas permite construir un rango de recursos personales que podrían incidir en la creación y uso de estrategias de afrontamiento efectivas para disminuir la ansiedad e intentar solucionar adecuadamente los problemas de sueño que se le presentan a las personas.

En este sentido, es posible afirmar que el experimentar frecuentemente emociones positivas, trae como consecuencia una disminución de los síntomas de ansiedad e insomnio; mientras que el efecto contrario lo ejerce la frecuencia de emociones negativas.

En lo que se refiere a los síntomas depresivos, se encontró que éstos disminuyen significativamente en la medida en que aumenta la frecuencia de emociones positivas, al tiempo que disminuye la frecuencia de emociones negativas; siendo más fuerte la relación encontrada entre emociones negativas y estos síntomas. Con respecto al efecto ejercido por las emociones negativas, es necesario destacar que Barak y Sananes (2005) plantean que las orientaciones más pesimistas, como centrarse en el pasado negativo y en un presente fatalista, se asocia con la presencia de la depresión en las personas. De esta manera, se podría inferir que las frecuentes vivencias de sensaciones displacenteras en el pasado y en el presente, que traen consecuencias no satisfactorias, podrían generar un enfoque de pensamiento negativo y un sentimiento crónico de desesperanza y desvalía que pudiera conllevar a la presencia de síntomas depresivos.

Ahora, el efecto benéfico de la presencia de frecuentes emociones positivas en los síntomas depresivos, coincide con el planteamiento teórico que establece que la experiencia de emociones positivas es un elemento que ejerce una influencia al ayudar a los individuos a recuperarse rápidamente de las amenazas cognitivas, como puede ser la presencia de recurrentes pensamientos negativos, una visión de futuro desesperanzador, baja autoestima y hasta la presencia de ideas suicidas, elementos que se encuentran presentes cuando las personas reportan síntomas depresivos (Tugade y Fredrickson, 2004).

De acuerdo con lo planteado por Fredrickson y Losada (en prensa), las emociones positivas y los estados de ánimo positivos conllevan múltiples beneficios interrelacionados. Primero, estos sentimientos positivos alteran los "estados mentales" de la persona; específicamente, el inducir afectos positivos permite ampliar las posibilidades de atención, incrementa el repertorio conductual, la intuición y la creatividad, la percepción de felicidad y el crecimiento psicológico, características que disminuyen o anulan la presencia de síntomas depresivos.

Además de la frecuencia de emociones positivas y negativas, otra variable que incide sobre los síntomas depresivos es el apoyo social de otros; es decir, a medida que aumenta el apoyo social de otros, disminuye el reporte de síntomas depresivos. Estos resultados concuerdan con los hallazgos encontrados por Kidd y Sheffield (2005) quienes utilizaron una muestra de 191 sujetos con edades comprendidas entre 18 y 60 años, en donde encontraron que altos niveles de apoyo social percibido se asoció con bajos reportes de síntomas depresivos. Además, en el estudio de Romaguera y Uzcátegui (2001) se encontraron los mismos resultados; estas autoras plantean que el apoyo social percibido por otros, como lo pueden ser amigos y cercanos, provee a los individuos de oportunidades para compartir y un ambiente de respeto y consideración, que permiten reforzar la salud psicológica del individuo y por lo tanto, favorecer la ausencia de síntomas depresivos.

Por otra parte, con respecto a la presencia de síntomas somáticos, en la presente investigación se encontró que las mujeres son las que reportan mayores

síntomas somáticos; estos resultados concuerdan con lo reportado por Grossman y Wood (1993), quienes encontraron que las mujeres generan mayores reacciones fisiológicas que los hombres ante experiencias emocionales intensas. En este sentido, Kring y Gordon (1998) reconocen que las mujeres experimentan y manifiestan más estados de tristeza, lo cual puede causar afecciones fisiológicas; por lo tanto, la manifestación de emociones negativas es una variable que media la asociación entre el sexo y la presencia de síntomas somáticos.

La relación entre el sexo y el reporte de síntomas somáticos también fue encontrada en el estudio realizado por Romaguera y Uzcátegui (2001), estas autoras explican que este resultado se debe a que las mujeres podrían tener hábitos de salud inadecuados como menor actividad física, lo cual se relaciona con mayor cantidad de síntomas somáticos. Otra explicación alternativa, ya mencionada anteriormente, hace referencia al ejercicio de los roles sexuales, ya que en las mujeres, el percibir un mayor número de responsabilidades en la vida cotidiana y tener mayores fuentes de estrés, puede ser considerado un factor crucial que favorece la presencia de síntomas somáticos (Feldman, 1995). Además es necesario considerar que el proceso de socialización conlleva también a que las mujeres reporten mayores problemas de salud en comparación con los hombres. Sin embargo, se debería verificar la importancia de la socialización y el ejercicio de los roles de género en investigaciones futuras.

Otro de los factores que ejerce una influencia significativa en el reporte de síntomas somáticos es el apoyo social de otros; específicamente se encontró que, un menor reporte de esta dimensión de apoyo social se asocia directamente con la presencia de síntomas somáticos. De acuerdo a la literatura, el poseer y utilizar los contactos personales disponibles y los recursos brindados durante y después de un evento estresante por parte de otras personas, grupos y sociedades es un factor que beneficia el estado de salud de los individuos y por lo tanto, disminuye la posibilidad de que exista un reporte de síntomas somáticos (Bages, 1990). De esta manera, se podría inferir que el tener relaciones cercanas con otras personas fuera del contexto familiar y laboral, brinda mayores oportunidades para compartir y canalizar de manera adecuada diversas situaciones, que de ser suprimidas o no evaluadas adecuadamente podrían

dejar vestigios en el sistema fisiológico de las personas. Al respecto, Hipkins y cols. (2004) estudiaron la relación entre apoyo social y la competencia en pacientes con cáncer de ovarios, encontrando que poca calidad de apoyo social percibido ejerce una influencia importante en una evolución más rápida de la enfermedad; por lo que el apoyo social podría tener un efecto primordial en el sistema inmunológico de las personas con cáncer.

Por otro lado, la mayor frecuencia de emociones negativas ejerce un efecto significativo en el reporte de mayores síntomas somáticos. En este sentido, Fredrickson y cols. (2003) afirman que las emociones negativas generan un fuerte impacto en el Sistema Nervioso Autónomo de las personas produciendo incrementos en el ritmo cardiaco, en la vasoconstricción y la presión cardiaca; elementos que favorecen la influencia de factores psicológicos en la presencia de síntomas somáticos que conllevan en el futuro a la presencia de enfermedades médicas.

En lo que se refiere a la presencia del factor de disfunción social, se encontró que las personas que experimentan mayor frecuencia de emociones negativas y menor frecuencia de emociones positivas tienden a presentar una menor interrelación con los otros y por tanto un mayor nivel de disfunción social. En este sentido, Feldman (1999) plantea que las emociones experimentadas por los sujetos son evidentes para los observadores, ya que dichas emociones son comunicadas mediante comportamientos verbales y no verbales; éstos pueden funcionar como una señal para los observadores, permitiéndoles comprender de manera más adecuada lo que la persona está experimentando y predecir así su comportamiento futuro. De esta manera; se podría presumir que si las personas llevan a cabo comportamientos que indiquen que se encuentran experimentando emociones negativas, podrían provocar un distanciamiento social; mientras que si se comportan de forma que indica la vivencia de emociones positivas, las respuestas sociales por parte del entorno pueden ser más receptivas, dando como resultado una interacción social más eficaz y adecuada.

A partir de lo mencionado anteriormente, es posible considerar que la variable que tiene mayor influencia sobre las diferentes dimensiones de la salud es la frecuencia

de emociones negativas, ya que se relaciona directamente con la presencia de diferentes síntomas que indican el reporte de poco bienestar físico y psicológico. En segundo lugar, se destaca el factor de frecuencia de emociones positivas para llegar a presentar una mejor salud; tal como es reportado en la literatura, en donde se señalan los efectos benéficos de las emociones positivas y se advierte del impacto negativo que tienen las sensaciones displacenteras en la salud de las personas.

En este sentido, Danner y cols. (2001) consideran que el haber experimentado emociones positivas durante la vida temprana está fuertemente asociado con la longevidad seis décadas después. Mientras que Fredrickson y cols. (2003) plantean que las emociones positivas alivian las sensaciones displacenteras producidas por las emociones negativas. Específicamente, estos investigadores afirman que las emociones negativas generan un fuerte efecto adverso en el Sistema Nervioso Autónomo de las personas. Mientras que las experiencias de emociones positivas pueden aliviar los efectos que son producidos por las emociones negativas. De esta forma, los autores reportan que las emociones positivas funcionan como factores protectores al actuar entre las emociones negativas y la salud, mientras que la influencia directa de los afectos displacenteros ejerce una influencia negativa sobre la percepción de salud de las personas. En tercer lugar, se destaca la importancia del apoyo social sobre la salud; en relación a esto, Dunn y cols. (1987) afirman que bajos niveles de apoyo social percibido está relacionado con bajos niveles de salud física y psicológica para los adolescentes.

Por otra parte, con respecto a la frecuencia de emociones positivas, se pudo evidenciar que los hombres reportan mayor frecuencia de éstas emociones, en comparación con las mujeres. Dichos resultados no concuerdan con los reportados en la literatura, ya que autores como, Grossman y Wood (1993) añaden que las mujeres experimentan más frecuentemente aquellas emociones que están más relacionadas con roles de cuidado (alegría, amor, miedo, tristeza); mientras que los hombres vivenciaban con más frecuencia las experiencias hostiles. Para explicar los hallazgos encontrados en la presente investigación, se podría suponer que existe una variable que subyace en la muestra utilizada; específicamente, el encontrarse en un contexto más controlado,

como el universitario, pudiera proveer de mayores oportunidades para que las personas de sexo masculino expresen más libremente emociones positivas como el optimismo, el entusiasmo, la satisfacción, lo amistoso, amoroso y feliz. Otra explicación que podría sostener estos resultados es que los hombres pudieran ser más optimistas que las mujeres en la población estudiada, estas dos hipótesis deben investigarse en el futuro.

Por otro lado, en la presente investigación, también se encontró que aquellos que perciben mayor apoyo social familiar, apoyo social religioso y apoyo de otros, reportan mayor frecuencia de emociones positivas. En este sentido, autores como McCaskill y Lakey (2000) confirman que altos niveles de apoyo social percibido en los adolescentes, independientemente de lo que ocurra en la realidad, es asociado con mayor cantidad de experiencias de emociones positivas.

De esta manera, los autores afirman que el componente subjetivo del apoyo social es lo que influye en la experiencia del afecto positivo de los sujetos, independientemente de la realidad social que estos experimenten. A partir de los resultados de la presente investigación, es posible afirmar que al apoyo social familiar, apoyo religioso y apoyo de otros ejerce una influencia no sólo en la población de adolescentes, como en el estudio de McCaskill y Lakey (2000); sino también en la población de adultos.

Por otro lado, con respecto a la frecuencia de emociones negativas, en la presente investigación se evidenció que las mujeres reportan mayor frecuencia de emociones negativas; estos resultados sí son cónsonos con lo que ha sido reportado en la literatura; específicamente, Grossman y Wood (1993) y Kring y Gordon (1998) encontraron que las mujeres presentaron mayores niveles de afecto negativo en comparación con los hombres.

Esto podría ser explicado si se considera el proceso de socialización en el que viven las personas hoy en día, y el cual es vivenciado más intensamente por las mujeres; específicamente, las personas de sexo femenino tienen a su cargo mayores responsabilidades que hacen referencia no sólo al ejercicio de roles de cuidado sino

que también reciben factores de estrés por parte del ambiente laboral, el mantenimiento económico del hogar, la competitividad y el estrés académico, factores que no han sido incluidos en el presente estudio, pero que podrían evidenciarse en el día a día de las mujeres. A pesar de que los hombres vivencian los mismos factores, es más común que éstos tiendan a reprimir la expresión y comunicación de las emociones producto del estrés, y es por ello que el registro de las emociones negativas podría tener una mayor inclinación hacia el sexo femenino. En este sentido, Kring y Gordon (1998) sugieren que los hombres y mujeres aprenden reglas distintas para el reporte de las emociones experimentadas; en este sentido, los varones aprenden a ocultar sus sentimientos mientras que las mujeres aprenden a expresar más libremente sus sentimientos, a la vez que aprenden a controlar la conducta expresiva; por lo que, la expresión de las emociones parece estar más fuertemente socializada que la experiencia de las emociones. Por lo tanto, pareciera que el efecto que ejerce la cultura bloquea el reporte de los hombres de emociones como la tristeza, la preocupación, la culpa, la vergüenza, los nervios y el miedo; sensaciones displacenteras que son impuestas culturalmente a las mujeres y no a los hombres.

Otro de los hallazgos reportados en la presente investigación es que a medida que aumenta la edad, disminuye el reporte de frecuencia de emociones negativas; estos resultados podrían explicarse si se considera que los jóvenes posiblemente presentan mayor preocupación por el futuro económico; el asumir más retos y responsabilidades generan mayor incertidumbre, la cual es manifestada en un mayor reporte de la frecuencia de emociones negativas (Angelucci, 2001).

Además, se encontró que aquellos que perciben mayor apoyo social familiar y de otros, reportan menor frecuencia de emociones negativas. En este sentido, es necesario recurrir a las explicaciones realizadas por McCaskill y Lakey (2000) para una población de adolescentes; específicamente, los autores encontraron que la percepción de apoyo social ejerce un efecto significativo sobre la disminución en la frecuencia de emociones negativas; es decir, el que un sujeto perciba que tiene mayor apoyo por parte de la familia es uno de los factores que determina la frecuencia de experiencias emocionales.

Estos resultados obtenidos con una población de adolescentes, pueden ser generalizables a la muestra utilizada en la presente investigación, ya que los individuos evaluados, son personas que se encuentran en un contexto académico, lo que genera mayores posibilidades de incrementar el establecimiento de redes apoyo social. De manera que, a pesar de que las personas en edades adultas jóvenes presentan mayores elementos que pudieran propiciar más frecuentemente vivencias de emociones negativas, el contar con redes de apoyo en el núcleo familiar y en diversos contextos sociales, favorece la disminución de sensaciones displacenteras con consecuencias desagradables que se constituyen en emociones negativas frecuentes en la vida de los sujeto.

Con respecto a la variable de apoyo social, se encontró que tanto el apoyo social de otros como el apoyo social familiar se ven influenciadas por la edad y el sexo de la misma manera; específicamente, se encontró que a mayor edad, menor percepción de apoyo social de otros y menor apoyo social familiar. Estos hallazgos coinciden con los encontrados por Núñez y Socorro (2005), Angelucci (2001), Romaguera y Uzcátegui (2001) y Dunn y cols. (1987), con lo que se confirma que a medida que aumenta la edad, disminuye el apoyo social de otros y el apoyo familiar percibido. Estos autores proponen en términos generales que el apoyo de amigos y de otros significativos, es importante en poblaciones más jóvenes. Además es necesario considerar que la muestra del presente estudio estuvo conformada por sujetos entre los 23 y los 50 años de edad; así que se podría suponer que las personas de mayor edad presentan más responsabilidades en la vida por lo que se les dificultaría la interacción social con otros y el establecimiento de nuevos contactos, mientras que los adultos más jóvenes pudieran establecer con mayor facilidad contactos sociales que le permitan generar redes de apoyo por parte de otros y personas significativas.

En esta misma línea, se considera que las personas con edades más bajas incluidas en la población adulto joven, perciben un mayor apoyo proveniente de amigos, probablemente debido a la cantidad y calidad de interacciones establecidas con

personas cercanas y compañeros que pueden ser promovidas por el ambiente académico y laboral en el que se encuentran.

En cuanto al efecto de la edad en el apoyo social familiar, es necesario considerar que el instrumento utilizado en la presente investigación se encuentra orientado hacia el apoyo percibido por parte de los padres principalmente; por lo que se podría razonar como hipótesis que los adultos más jóvenes tienen mayor probabilidad de seguir viviendo con sus familiares o hay mayor probabilidad de que los padres existan físicamente, lo que provee mayores oportunidades de recurrir a las figuras parentales cuando se encuentren en situaciones desagradables, y además éstos pueden proporcionar satisfacciones y un sentimiento de fortaleza en los adultos jóvenes, existiendo mayor probabilidad de mantener lazos significativos con la familia nuclear, en comparación con las personas de mayor edad.

En lo que se refiere a la dimensión de apoyo social religioso, se encontró que las personas de mayor edad perciben un mayor grado de apoyo religioso; esto podría explicarse si se considera que el instrumento utilizado en la presente investigación enfatiza principalmente la asistencia a organizaciones religiosas para poder obtener un apoyo importante en esta dimensión. Estos resultados no coinciden con lo encontrado por Angelucci (2001), quien no obtuvo ninguna influencia de la edad, aún cuando utilizó una muestra con un rango de edad similar a la del presente estudio. Sin embargo, Núñez y Socorro (2005) encontraron evidencia que apoyan los resultados de la presente investigación. De esta manera, se podría inferir que las personas de mayor edad tienden a mantener las creencias religiosas que conllevan a actitudes que apoyen lo referente al ejercicio de los ritos y de la fe; por lo tanto, es probable que lleven a cabo conductas congruentes con sus creencias y actitudes, como asistir a misas o ritos religiosos, e invertir el tiempo en oraciones y peticiones.

Con respecto a la influencia del sexo en el apoyo social familiar y el apoyo social de otros, se encontró que las mujeres perciben mayor apoyo en estas redes sociales; aunque estos resultados no concuerdan con los obtenidos en la investigación de Angelucci (2001), sí coinciden con los hallazgos encontrados más recientemente por

Núñez y Socorro (2005), quienes explican esta relación a través de las diferencias de socialización de género, señalando que en los hombres se enfatiza la autoconfianza y la independencia, mientras que en la mujer se enfatiza la calidez y la expresividad, por lo que éstas últimas están más dispuestas a reconocer los problemas y a buscar ayuda en familiares y en otros significativos; además, es más frecuente que la mujer se dedique al cuidado de su familia y a profesiones que implique el contacto directo con otros, por lo que se le hace más fácil reconocer y utilizar conductas y disponibilidad de apoyo por parte de amistades, en comparación con los hombres.

En síntesis, es posible considerar que el apoyo social es esencial en la vivencia de emociones positivas y negativas; en especial el apoyo que es percibido por parte de contextos familiares y de amistad. Además, el apoyo social de otros es el único factor que incide directamente sobre la salud de las personas, principalmente en la disminución de los síntomas depresivos y somáticos. Por otro lado, es necesario considerar el efecto que es ejercido por las variables sociodemográficas como la edad, la cual afecta directamente a las tres dimensiones del apoyo social estudiadas en la presente investigación y el sexo, el cual ejerce un importante efecto en la percepción de apoyo social por parte de la familia y de otros significativos. Así, pareciera que estas dos últimas dimensiones son las que pudieran ejercer mayores efectos directos e indirectos en la frecuencia de emociones y en la salud general de las personas.

Por otra parte, la dimensión de intensidad de emociones positivas y negativas fue multicolineal a la dimensión de frecuencia de emociones, por lo tanto se decidió eliminarla del diagrama de ruta que ha sido analizado en la presente investigación. Sin embargo, es necesario considerar las variables que ejercieron influencia sobre este factor.

Dado que las personas tienden a ser congruentes tanto en la dimensión de intensidad como en la de frecuencia de emociones positivas y negativas, la mayoría de los factores determinantes para la variable de intensidad de emociones fueron los mismos que para la dimensión de frecuencia de emociones positivas y negativas, por lo

que se remite a las explicaciones mencionadas en la dimensión de frecuencia de emociones.

Una vez que se ha analizado el comportamiento de cada una de las variables y las diferentes influencias resultantes entre ellas, puede apreciarse una visión más integral del modelo obtenido. En este sentido, el diagrama de ruta permitió observar las influencias directas e indirectas entre el conjunto de factores biopsicosociales que ejercen un efecto significativo en la salud de las personas, lo cual condujo a una aproximación más válida a la complejidad que caracteriza al fenómeno.

En primer lugar, se observó que las emociones negativas es una variable que cumple con diferentes funciones en el presente estudio; por un lado, actúa como mediadora del apoyo social percibido, el sexo y la edad, respecto a los efectos que éstas ejercen sobre la salud; y por otro lado, influyó directamente sobre cada una de las dimensiones de la salud de manera significativa. Por lo que este estado emocional es mejor predictor de la salud general que las emociones positivas, las cuales también influyeron en la salud pero en menor medida. De esta manera, es posible contrastar o discutir los planteamientos generales realizados por Fredrickson y Losada (en prensa) quienes enfatizan la importancia de vivenciar estados emocionales positivos, dejando a un lado la relevante influencia de las emociones negativas en el estado de bienestar físico y psicológico de las personas.

En segundo lugar, es posible evidenciar que tanto el apoyo social en el contexto familiar como el apoyo percibido por parte de otros, ejerce una influencia directa y significativa en la frecuencia e intensidad de emociones experimentadas, lo cual hace que estas variables influyan también de manera indirecta la salud de las personas. A su vez, se pudo corroborar la importancia de las variables sociodemográficas como la edad y el sexo en el apoyo social percibido. Por lo que, a partir de esta investigación, se enfatiza la importancia que tiene el generar y mantener los contactos personales y utilizar los recursos brindados por ellos en diferentes situaciones por parte de otras personas, grupos y sociedades (Bages, 1990).

En tercer lugar, es necesario destacar que la dimensión de apoyo social religioso, es una variable que ejerce muy poca influencia sobre las variables propuestas en el modelo; este hecho puede deberse a las características de la muestra, ya que es muy probable que en un ambiente académico, generalmente competitivo, las personas tiendan a percibir con mayor facilidad y valorar más intensamente el apoyo recibido por individuos que son significativos para ellos y con los que han establecido un lazo relacional durante sus vidas. Por lo tanto, los factores como la religión no son considerados fuentes de apoyo prioritario en esta población. Sin embargo, es necesario destacar que la muestra estaba conformada por personas con una edad promedio de 31 años; por lo tanto, si se considera que el apoyo religioso ejerce una influencia en las personas mayores, es razonable considerar que por el rango de edad de la muestra, la variable apoyo religioso no tendría un efecto primordial en la salud de las personas.

En síntesis, los hallazgos encontrados en la presente investigación confirman que la salud es un fenómeno multicausal que puede verse influido por una serie de factores protectores y de riesgo; y que debe ser abordado desde una perspectiva biopsicosocial, con el fin de comprender de manera conjunta la complejidad de las influencias directas e indirectas que inciden sobre ella.

Para finalizar, es necesario destacar las implicaciones prácticas que podrían tener los resultados encontrados en la presente investigación. En primer lugar, se debería considerar que un manejo efectivo de las emociones negativas podría prevenir afecciones de salud y en caso de que éstas ya se encuentren presentes, poderlas controlar en la terapia. En este sentido, Gross (1998) recomienda que es necesario reevaluar las situaciones y experiencias emocionales negativas, con el fin de utilizar estrategias cognitivas para manifestar de manera adecuada aquellas emociones negativas que dificulten el bienestar psicológico en vez de suprimirlas; siendo esta una vía mediante la cual es posible obtener una mejor salud física y psicológica.

Adicionalmente, es necesario fomentar una mayor presencia de emociones positivas tanto en intensidad como en frecuencia, ya que autores como Fredrickson y Losada (en prensa) proponen que el experimentar intensas y frecuentes emociones

positivas ayuda al individuo a ampliar su repertorio cognitivo y conductual, esto permite aumentar su capacidad de encontrar variedad de alternativas ante situaciones desagradables.

Por último, se considera la importancia de llevar a cabo programas preventivos que tengan como objetivo concientizar a la población acerca de la importancia que tiene el generar y mantener redes de apoyo en contextos sociales y familiares, ya que esto mejora la salud de las personas y les da la oportunidad de manifestar las emociones positivas y negativas de forma que puedan ser canalizadas adecuadamente y de esta manera disminuir el impacto que la inhibición de éstas puede producir en el organismo.

VI. CONCLUSIONES

El modelo de ruta planteado en la presente investigación, tendió a verificarse en gran medida, al observar las influencias directas e indirectas que ejercen el apoyo social y la frecuencia e intensidad de emociones positivas y negativas en el estado de salud general de las personas; por lo que se logró obtener una comprensión más amplia de la salud como un fenómeno biopsicosocial.

De esta manera, en primer lugar, se evidenció que en general, las personas reportaron un adecuado estado de salud; sin embargo, aquellos que percibían su salud más comprometida evidenciaban mayores experiencias de emociones negativas. Por lo tanto, se observó una mayor influencia de las emociones negativas sobre la salud en comparación con las experiencias de emociones positivas. De esta manera, se resalta el papel de la emoción en la predicción de la salud.

En segundo lugar, es posible evidenciar que la variable apoyo social ejerce una influencia directa en la percepción de salud; pero además afecta indirectamente al fenómeno, al considerar el efecto que tiene sobre las emociones positivas y negativas.

En tercer lugar, se pudo corroborar la importancia de las variables sociodemográficas como la edad y el sexo en el apoyo social percibido, la intensidad y frecuencia con las que se experimentan las emociones y en el estado de salud general de las personas. Específicamente, se encontró que el pertenecer al sexo masculino, es un factor protector, no sólo por su influencia directa sobre la salud, sino además porque son los varones los que reportan mayor frecuencia e intensidad de emociones positivas, un segundo elemento que actúa como factor protector en el estado de salud de las personas.

Como tercer factor protector sobre la salud, se encontró el apoyo social percibido; de esta manera, aquellos que cuentan con diversas redes sociales en su núcleo familiar y en la comunidad en general, perciben un mejor estado de salud. Esto afecta principalmente a las personas de mayor edad quienes no parecen contar con

estas redes de apoyo social, lo cual pudiera ser un factor de riego sobre la salud para la población más adulta.

Por lo tanto, los resultados encontrados en el presente estudio dan evidencia empírica de la salud como un fenómeno multicausal que puede verse influido por una serie de factores protectores como el experimentar mayor intensidad y frecuencia de emociones posítivas, percibir un apoyo social significativo en los diferentes contextos y pertenecer al sexo masculino, y otro conjunto de factores de riesgo como lo son el experimentar con mayor intensidad y frecuencia emociones negativas y pertenecer al sexo femenino.

Además, estos hallazgos orientan el estudio de la salud desde la perspectiva biopsicosocial, el cual toma en cuenta los aspectos sociales, psicológicos y fisiológicos de la salud de una persona; este modelo es fundamental en el estudio de la salud de las personas porque concibe al individuo como un subsistema que forma parte de un sistema social en el que se incluye a la familia, la comunidad y a la sociedad en general, estos elementos son considerados con el objetivo de comprender de manera conjunta la complejidad de las influencias directas e indirectas que inciden sobre la salud.

VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Entre las limitaciones encontradas durante la realización de la presente investigación, se encontró que:

En primer lugar, la muestra de la investigación estuvo conformada por estudiantes de postgrado, quienes en su mayoría estudiaban en el turno de la noche, por lo que se encontraban poco disponibles a la realización de actividades ajenas a su planificación; así que al presentarles un instrumento con una cantidad considerable de ítems a llenar, estos tendieron a rechazarlo verbalmente. De esta manera se dificulto el acceso a la muestra de estudio, extendiéndose por más de lo previsto el periodo de recolección de datos.

Otra limitación hace referencia a que los instrumentos utilizados en la presente investigación están basados en el autoreporte de los sujetos, por lo que puede existir un rango de error por la influencia del factor de 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.

En lo que se refiere a la salud, tal como ha sido reportada en el marco teórico, no admite dicotomía entre salud física y psicológica; por lo tanto este planteamiento se ve limitado al momento de utilizar un instrumento que incluya la perspectiva de la psicología de la salud, por lo que la escala utilizada en esta investigación se centra mas en la presencia de enfermedad. Sin embargo, se intentó superar esta limitación al emplear un instrumento que ha sido ampliamente validado y utilizado por la OMS, organismo que se ha encargado de impulsar una nueva concepción de salud, tomando en consideración el enfoque biopsicosocial.

Con respecto al fundamento teórico encontrado en el constructo de emociones, se presentaron diversas limitaciones en lo que se refiere a las diferencias teóricas entre intensidad y frecuencia de las emociones positivas y negativas; además se encontró

que diversos autores utilizaban de forma indiscriminada los conceptos de afectos, sentimientos y emociones como sinónimos.

Al analizar los resultados, se evidenció la importancia de ciertas variables que no fueron tomadas en cuenta para la presente investigación, pero que se presume que pueden ejercer un efecto significativo en el estado de salud general de las personas. De esta manera, se recomienda incluir en próximos estudios variables como el estrés, el ejercicio del rol sexual, el proceso de socialización y el efecto de la memoria tanto en el reporte de intensidad y frecuencia de emociones positivas y negativas como en el estado de salud general de los sujetos.

Por otro lado, una de las variables que fue controlada en la presente investigación es el nivel socioeconómico, por lo que se recomienda estudiar diferentes niveles socioeconómicos para evaluar el efecto que ejercen las emociones y el apoyo social en otros estratos de la población; de esta manera, los resultados encontrados podrían o no ser generalizables y algunas explicaciones propuestas pueden ser verificadas.

Tanto en esta investigación, como en otras de la misma naturaleza, se ha encontrado con el posible rol protector que ejerce el contexto universitario y la actividad laboral sobre la salud, por lo que se recomienda que en futuras investigaciones se tome en cuenta la función que cumplen estas dos variables sobre la salud.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angelucci, L. (2001). *Influencia de las variables sociodemográficas, el apoyo social y locus de control sobre la salud en empleados universitarios.* Trabajo de ascenso no publicado, Universidad Simón Bolívar. Sartenejas, Venezuela.

Bages, N. (1990). Estrés y Salud. *Comportamiento, 1,* 16-28.

Barak, M. y Sananes, I. (2005). *Influencia de la edad, el sexo, la presencia de pareja, la perspectiva de tiempo y las estrategias de afrontamiento del estrés sobre la calidad de sueño.* Tesis de Licenciatura no publicada. Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela.

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

Beiser, M. y Wickrama, K. (2004). Trauma, time and mental health: A study of temporal reintegration and depressive disorder among Southeast Asian refugees. *Psychological Medicine*, *34*, 899-910.

Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. España: Paraninfo.

Danner, D., Snowdon, D. y Friesen, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from de nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*. *80,* 804-813.

Davidzon, K. (1995). *Influencias del estrés y el 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.

Diener, E., Larsen, R., Levine, S. y Emmons, R. (1985). Intensity and frequency: Dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 1253-1265.

Diong, S., Bishop, G., Enkelmann, H., Tong, E., Why, P., Ang, J., y cols. (2005). Anger, stress, coping, social support and health: Modelling the relationships. *Psychology and Health, 20*, 467.495.

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

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, Sartanejas, Venezuela.

Feldman, R. (1999). *Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana.* México: Mc Graw Hill.

Fredrickson, B. y Losada, F. (en prensa). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist.*

Fredrickson, B., Tugade, M., Waugh. C. y Larkin, R. (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.

Fujita, F., Diener, D. y Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 427-434.

Gallo, L y Matthews, K. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role?. *Psychological Bulletin, 129,* 10-51.

Goldberg, D., y Williams, P. (1988). *The User´s guide to the General Health Questionnaire.* Windson: NFER - Nelson

González, M., Barrull, E., Pons, C. y Marteles, P. (1998). ¿Qué es la emoción?. *Biopsychology.org.* Recuperado en Octubre 4, 2001, de http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/que_es_la_emocion.htm.

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.

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.

Hipkins, J., Whitworth, M., Tarrier, N. y Jayson, G. (2004). Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: A prospective study. *British Journal of Health Psychology, 9*, 569-581.

Jamal, M. (2004). Burnout, stress and health of employees on non-standard work schedules: A study of Canadian workers. *Stress and Health, 20*, 113-119.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación sobre el comportamiento.* (Cuarta edición). México: Mc Graw Hill.

Kidd, T. y Sheffield, D. (2005). Attachment style and symptom reporting: Examining the mediating effects of anger and social support. *British Journal of Health Psychology, 10*, 531-541.

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

McCaskill, J. y Lakey, B. (2000). Perceived support, social undermining, and emotion: Idiosyncratic and share perspectives of adolescents and their families. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26,* 820-832.

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.

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

Núñez, A. y Socorro, D. (2005). *Influencia de la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad, el sexo y el estado civil sobre la salud psicológica*. Tesis de Licenciatura no publicada. Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela.

Pacheco, A. y Suárez, L. (1997). *Un diagrama de ruta del efecto de los factores sociodemográficos, depresión y apoyo social sobre las autopercepciones de la salud en estudiantes universitarios*. Tesis de Licenciatura no publicada. Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela.

Palmero, F., Fernández-Abascal, E., Martínez, F. y Chóliz, M. (2002). *Psicología de la motivación y la emoción*. Madrid: Mc Graw Hill.

Palmero, F. y Fernández-Abascal, E. (1998). *Emociones y adaptación*. Barcelona: Ariel.

Reeve, J. (1999). *Motivación y Emoción*. Madrid: Mc Graw Hill.

Rodríguez-Torres, R., Leyens, J., Pérez, A., Betancor, V., Quiles, M., Demoulin, S., y cols. (2005). The lay distinction between primary and secondary emotions: A spontaneous categorization?. *International Journal of Psychology,* 40, 100-107.

Ross, C. y Mirowski, J. (1995). Does employment affect health?. *Journal of Health and Social Behavior.* 36, 230-243.

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*. Tesis de Licenciatura no publicada. Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela.

Schmidt, J. y Andrykowski, M. (2004). The role of social and dispositional variables associated with emotional processing in adjustment to breast cancer: An internet-based study. *Health Psychology, 23,* 259-266.

Sepúlveda, R., Troncoso, M. y Álvarez, C. (1998). *Psicología y salud: El papel del apoyo social*. Recuperado en Mayo, 26, 2006, de http://www.rms.cl/Numeros_anteriores/RMS_2/psicologia_y_salud_R2.htm

Sierra, B. (1992). *Técnicas de investigación social: Teoría y ejercicios.* Madrid: Paraninfo.

Taylor, S. (1999). *Health Psychology.* Los Ángeles: Mc Graw Hill.

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.

Watson, D., Clark, L. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 1063-1070.

Zevon, M. y Tellegen, A. (1982). The structure of mood change: An idiographic/ nomothetic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 43,* 111-122.

ANEXO A.

Escala de Salud General de Goldberg

Sexo: M_____F_____ Edad:_____ Semestre _____

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?	☐Mejor que lo habitual	☐Igual que lo habitual	☐Peor que lo habitual	☐Mucho peor que lo habitual
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?	☐No, en absoluto	☐No más que lo habitual	☐Algo más que lo habitual	☐Mucho más que lo habitual
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	☐No, en absoluto	☐No más que lo habitual	☐Algo más que lo habitual	☐Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	☐No, en absoluto	☐No más que lo habitual	☐Algo más que lo habitual	☐Mucho más que lo habitual
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	☐No, en absoluto	☐No más que lo habitual	☐Algo más que lo habitual	☐Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	☐No, en absoluto	☐No más que lo habitual	☐Algo más que lo habitual	☐Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	☐No, en absoluto	☐No más que lo habitual	☐Algo más que lo habitual	☐Mucho más que lo habitual
8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	☐No, en absoluto	☐No más que lo habitual	☐Algo más que lo habitual	☐Mucho más que lo habitual
9. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	☐No, en absoluto	☐No más que lo habitual	☐Algo más que lo habitual	☐Mucho más que lo habitual
10. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	☐No, en absoluto	☐No más que lo habitual	☐Algo más que lo habitual	☐Mucho más que lo habitual
11. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	☐No, en absoluto	☐No más que lo habitual	☐Algo más que lo habitual	☐Mucho más que lo habitual
12. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	☐No, en absoluto	☐No más que lo habitual	☐Algo más que lo habitual	☐Mucho más que lo habitual
13. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	☐No, en absoluto	☐No más que lo habitual	☐Algo más que lo habitual	☐Mucho más que lo habitual
14. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?	☐No, en absoluto	☐No más que lo habitual	☐Algo más que lo habitual	☐Mucho más que lo habitual

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

ANEXO B.

Escala de afectos. Versión Modificada

A continuación se le presentan una serie de adjetivos que describen diferentes afectos, marque con una **X** la opción que más se ajuste a su criterio en cuanto a ¿En el último mes, **con qué frecuencia** ha estado de la manera que se indica? y ¿**Con qué intensidad** lo ha experimentado?

Adjetivos	**Frecuencia**				**Intensidad**			
	Nada Frecuente	A veces	A menudo	Siempre	Ninguna Intensidad	Poca Intensidad	Medianamente Intenso	Muy Intenso
Optimista								
Preocupado								
Excitado								
Triste								
Culpable								
Asustado								
Furioso								
Entusiasta								
Orgulloso								
Irritable								
Satisfecho								
Avergonzado								
Triunfador								
Nervioso								
Dispuesto								
Animado								
Activo								
Miedoso								
Feliz								
Disgustado								
Melancólico								
Amistoso								
Decepcionado								
Amoroso								

ANEXO C.

Escala 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	☐Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
2. Cuando tengo el apoyo de mi familia me siento más preocupado con lo que estoy haciendo.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
3. Pienso que la gente no necesita a otros y que uno puede solucionar las cosas uno mismo.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
4. Puedo contar con los compañeros que viven cerca de mí para que me ayuden cuando me siento preocupado.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
5. Recibo apoyo por parte de mis padres.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
6. Soy miembro de un grupo social (religioso, clubes, equipos, etc.)	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
7. Pido el apoyo de los otros.	☐Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
8. Aunque me sienta muy mal, mis amigos me hacen sentir alegre e importante.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
9. Tengo en quien confiar.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
10. Mi familia me proporciona satisfacciones y un sentimiento de fortaleza.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
11. Las personas debería poder contar con orientación religiosa para obtener apoyo y tranquilidad.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
12. Creo en mí mismo y en mi habilidad para manejar situaciones nuevas sin la ayuda de los otros.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
13. Cuando me siento infeliz o bajo estrés cuento con gente alrededor a quien recurrir.	☐Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
14. Mi relación con mis compañeros me hacen sentir bien.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
15. Durante mi crecimiento siempre había gente a mi alrededor a quien recurrir cuando lo necesitaba.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre

16. Comparto actividades religiosas con mis compañeros.	☐Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
17. Para mí es importante contar con el apoyo emocional de la comunidad religiosa a la cual pertenezco.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
18. Me siento bien cuando le pido apoyo a mi familia.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
19. Para mí es importante contar con el apoyo emocional de mis amigos.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
20. Siento que los que están cerca de mí me hacen sentir importante.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
21. Puedo recurrir a mis padres cuando tengo un problema.	☐Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
22. Me siento solo, como si no tuviera a nadie cerca.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
23. Los compañeros que están cerca de mí me hacen sentir que hay alguien que se preocupa por mí.	☐Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
24. Tengo amigos que me apoyarán, no importa lo que haga.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
25. Mis hermanos y hermanas me brindan apoyo.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
26. Mis jefes me ayudan cuando lo necesito.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
27. Cuando tengo problemas me los guardo para mí mismo.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre
28. En mi organización prefiero trabajar en equipo.	☐ Nunca, nada	☐ Muy poco	☐ Regular, moderado	☐ Mucho, siempre

ANEXO D.
Ilustración de Estructuras Factoriales (tomado de Zevon y Tellegen, 1982).

Descriptores	Afectos Positivos	Afectos Negativos
	Carga Factorial	*Carga Factorial*
Atento	**0,52**	-0,10
Interesado	**0,64**	-0,16
Alerta	**0,69**	0,07
Entusiasta	***0,80***	*-0,13*
Excitado	**0,64**	0,17
Inspirado	**0,61**	0,18
Orgulloso	**0,50**	-0,02
Seguro	**0,63**	-0,29
Resuelto	**0,56**	0,13
Fuerte	**0,50**	-0,14
Saludable	**0,54**	-0,23
Activo	**0,67**	-0,08
Alegre	***0,70***	*-0,25*
Feliz	**0,73**	-0,34
Deleitado	**0,76**	0,02
Amistoso	**0,68**	-0,25
Amoroso	***0,72***	*-0,25*
Cariñoso	**0,60**	-0,09
Somnoliento	**-0,40**	0,23
Lento	**-0,50**	0,30
Cansado	**-0,44**	0,25
Decepcionado	-0,38	**0,75**
Atormentado	-0,14	**0,75**
Estresado	-0,24	**0,74**
Triste	-0,21	**0,75**
Hostil	*-0,08*	***0,45***
Enojado	-0,11	**0,46**
Irritado	-0,18	**0,60**
Desdeñado	-0,11	**0,54**
Despectivo	*-0,04*	***0,53***
Despreciativo	-0,07	**0,62**
Repugnancia	-0,16	**0,52**
Asqueado	-0,12	**0,68**
Aborrecimiento	*-0,14*	***0,63***
Enojado consigo mismo	-0,21	**0,62**
Disgustado	-0,23	**0,78**
Insatisfecho con uno mismo	-0,28	**0,69**
Asustado	-0,07	**0,58**
Espantado	*-0,04*	***0,73***
Miedo	-0,03	**0,74**
Culpa	-0,06	**0,56**
Avergonzado	-0,10	**0,66**
Culpable	-0,17	**0,66**
Nervioso	-0,20	**0,55**
Inquieto	-0,11	**0,65**
Débil	-0,06	**0,66**
Triste	-0,34	**0,71**
Melancólico	*-0,44*	***0,82***
Rechazado	-0,22	**0,62**
Solitario	-0,23	**0,47**
Solo	-0,26	**0,45**
Tímido	*-0,13*	***0,32***
Avergonzado	-0,14	**0,47**
Encogido	-0,03	**0,44**
Contentarse	**0,58**	-0,39
Sentirse cómodo	**0,55**	-0,47
Tranquilo	***0,49***	*-0,32*

ANEXO E.

Escala de Afectos (Versión Piloto)

A continuación se le presentan una serie de adjetivos que describen diferentes afectos, marque con una **X** la opción que más se ajuste a su criterio en cuanto a ¿En el último mes, **con qué frecuencia** ha estado de la manera que se indica? y ¿**Con qué intensidad** lo ha experimentado?

Adjetivos	**Frecuencia**				**Intensidad**			
	Nada Frecuente	A veces	A menudo	Siempre	Ninguna Intensidad	Poca Intensidad	Medianamente Intenso	Muy Intenso
Optimista								
Preocupado								
Excitado								
Triste								
Aliviado								
Culpable								
Asustado								
Furioso								
Entusiasta								
Orgulloso								
Irritable								
Satisfecho								
Avergonzado								
Triunfador								
Nervioso								
Dispuesto								
Animado								
Inquieto								
Activo								
Miedoso								
Feliz								
Disgustado								
Melancólico								
Amistoso								
Decepcionado								
Amoroso								

ANEXO F.

Análisis de Confiabilidad de los Instrumentos

F1. *Confiabilidad la Escala de Salud General de Goldberg*

Ítem	Media de la escala si el ítem es eliminado	Varianza de la escala si el ítem es eliminado	Correlación ítem-total	Alfa si el ítem es eliminado
SALUD1	21,0493	127,8395	,4756	,9074
SALUD2	21,1502	123,6589	,4781	,9074
SALUD3	21,0764	120,6880	,6471	,9038
SALUD4	21,3596	121,7518	,5862	,9051
SALUD5	21,2365	124,1711	,4697	,9075
SALUD6	21,4901	121,2530	,5791	,9053
SALUD7	21,6256	125,4496	,4350	,9080
SALUD8	21,2389	121,8712	,5493	,9059
SALUD9	21,2956	120,8211	,5776	,9054
SALUD10	21,0616	118,7542	,7109	,9023
SALUD11	21,1626	120,0871	,6554	,9036
SALUD12	21,8054	125,1892	,5098	,9066
SALUD13	21,5172	120,6454	,6518	,9037
SALUD14	21,5099	119,5394	,7297	,9021
SALUD15	21,1872	133,1451	,0404	,9146
SALUD16	20,4360	129,4465	,2744	,9104
SALUD17	21,2980	128,3184	,4238	,9080
SALUD18	21,2389	126,2810	,4970	,9069
SALUD19	21,4778	128,3785	,3724	,9088
SALUD20	21,5000	129,4457	,3281	,9093
SALUD21	21,1527	126,5791	,4804	,9071
SALUD22	22,0640	128,0453	,5045	,9072
SALUD23	22,0567	127,7523	,4937	,9072
SALUD24	22,1108	129,2395	,4388	,9080
SALUD25	22,0714	129,0640	,4309	,9081
SALUD26	21,9113	125,6119	,5813	,9057
SALUD27	22,1232	129,8465	,4511	,9082
SALUD28	22,1084	129,5586	,4226	,9083

Número de casos = 406 Número de ítems = 28

Alfa = 0.9099

F2. *Confiabilidad la Escala de Frecuencia de Emociones Positivas y Negativas*

Ítem	Media de la escala si el ítem es eliminado	Varianza de la escala si el ítem es eliminado	Correlación ítem-total	Alfa si el ítem es eliminado
FREMOC1	54,6460	36,2987	,2397	,6879
FREMOC2	55,1089	37,3032	,1166	,6985
FREMOC3	55,3762	36,3345	,2389	,6880
FREMOC4	55,7896	37,6901	,0950	,6991
FREMOC5	56,1584	37,1709	,1573	,6943
FREMOC6	56,0074	36,4193	,2379	,6881
FREMOC7	55,7847	35,9312	,2838	,6842
FREMOC8	54,7203	34,9662	,3888	,6749
FREMOC9	54,9035	35,2537	,2832	,6840
FREMOC10	55,6955	36,5398	,2137	,6901
FREMOC11	54,8366	36,1668	,2574	,6864
FREMOC12	56,2203	37,2193	,1803	,6923
FREMOC13	54,9604	35,2490	,3231	,6803
FREMOC14	55,6312	36,4765	,1934	,6922
FREMOC15	54,3490	35,6620	,3382	,6800
FREMOC16	54,5891	35,1111	,3681	,6767
FREMOC17	54,4084	35,9544	,2644	,6858
FREMOC18	56,0173	36,1362	,2464	,6873
FREMOC19	54,6535	36,3709	,2321	,6886
FREMOC20	55,6955	36,5845	,2481	,6874
FREMOC21	55,7475	36,4572	,1983	,6917
FREMOC22	54,2995	35,8431	,3124	,6820
FREMOC23	55,8911	37,1295	,1538	,6948
FREMOC24	54,5396	35,3954	,3046	,6820

Número de casos = 406 Número de Ítems = 24

Alfa = 0.6965

F3. *Confiabilidad la Escala de Intensidad de Emociones Positivas y Negativas*

Ítem	Media de la escala si el ítem es eliminado	Varianza de la escala si el ítem es eliminado	Correlación ítem-total	Alfa si el ítem es eliminado
INTEMO1	58,4307	58,8364	,1652	,7750
INTEMO2	58,6361	56,3561	,3164	,7678
INTEMO3	58,9183	57,2216	,2371	,7723
INTEMO4	59,2401	55,9199	,3219	,7674
INTEMO5	59,7624	56,1965	,3068	,7684
INTEMO6	59,6361	55,7209	,3303	,7669
INTEMO7	59,2327	53,8068	,4371	,7597
INTEMO8	58,4530	56,7496	,3293	,7673
INTEMO9	58,6114	56,4466	,2868	,7696
INTEMO10	59,2797	55,0655	,3891	,7633
INTEMO11	58,5396	57,7776	,2186	,7730
INTEMO12	59,8144	56,8910	,2882	,7693
INTEMO13	58,6337	56,9771	,2651	,7707
INTEMO14	59,2525	54,8095	,4027	,7623
INTEMO15	58,2822	57,5529	,2626	,7707
INTEMO16	58,3837	57,1006	,2873	,7694
INTEMO17	58,2673	57,9829	,1979	,7741
INTEMO18	59,6733	55,1089	,3798	,7638
INTEMO19	58,3465	57,1104	,2762	,7700
INTEMO20	59,2104	54,7571	,4203	,7614
INTEMO21	59,3663	55,6322	,3181	,7678
INTEMO22	58,1733	57,5431	,2491	,7714
INTEMO23	59,4480	54,9576	,3781	,7639
INTEMO24	58,2252	56,5918	,3383	,7668

Número de Casos = 406 Número de Ítems= 24

Alfa = 0.7756

F4. *Confiabilidad la Escala de Apoyo Social*

Ítem	Media de la escala si el ítem es eliminado	Varianza de la escala si el ítem es eliminado	Correlación ítem-total	Alfa si el ítem es eliminado
APOYO1	58,0444	121,8842	,4238	,8882
APOYO2	58,6370	128,1377	,0217	,8985
APOYO3	58,6099	121,9613	,3280	,8907
APOYO4	58,4444	118,1089	,5477	,8853
APOYO5	57,9531	119,9409	,5257	,8860
APOYO6	58,9333	120,9238	,3002	,8928
APOYO7	58,6395	119,9836	,5493	,8856
APOYO8	58,1086	120,7753	,5554	,8858
APOYO9	57,8938	119,5258	,6516	,8841
APOYO10	57,8938	120,2486	,6007	,8850
APOYO11	58,6025	122,8688	,3136	,8907
APOYO12	58,2691	126,0784	,1683	,8933
APOYO13	58,0741	118,0787	,6691	,8832
APOYO14	57,9136	121,0692	,6043	,8854
APOYO15	57,9852	119,3958	,6385	,8842
APOYO16	59,6173	122,2913	,3386	,8902
APOYO17	59,4642	122,1107	,3142	,8911
APOYO18	58,1358	118,2018	,6232	,8839
APOYO19	58,0864	120,1980	,5794	,8853
APOYO20	58,1679	120,3133	,5904	,8852
APOYO21	58,0123	119,0320	,5636	,8852
APOYO22	58,2790	122,2116	,3274	,8906
APOYO23	58,1704	119,4585	,6151	,8845
APOYO24	58,0938	120,6149	,5488	,8858
APOYO25	58,2049	118,6287	,5260	,8859
APOYO26	58,5728	118,7849	,4964	,8866
APOYO27	59,0148	123,7523	,2889	,8910
APOYO28	58,1778	122,3842	,4212	,8882

Número de Casos = 406 Número de Ítems = 28

Alfa = 0.8912

ANEXO G.

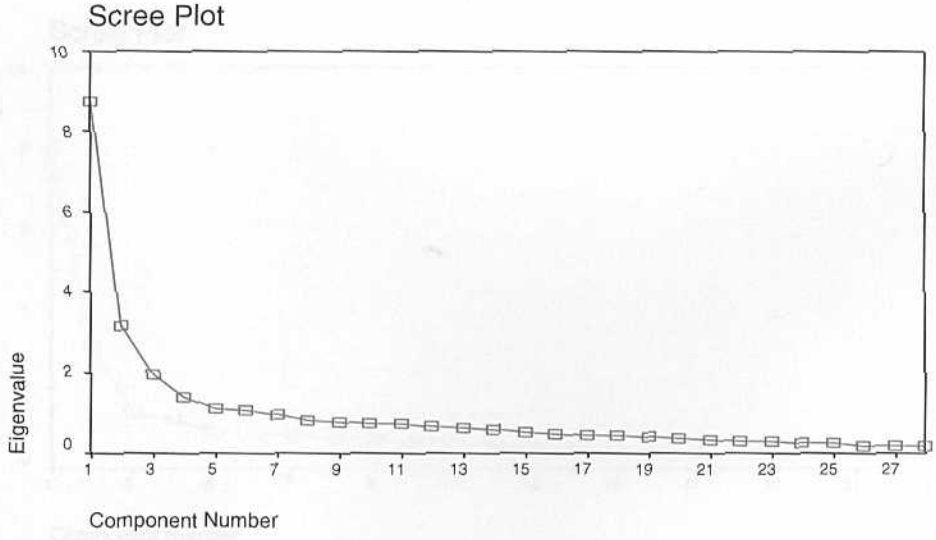
Análisis de la Estructura Factorial de los Instrumentos

G1. *Estructura Factorial de la Escala de Salud General de Goldberg*

Varianza Total Explicada

Componentes	Autovalores Iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la Varianza	% Acumulado	Total	% de la Varianza	% Acumulado
1	8,740	31,214	31,214	4,466	15,949	15,949
2	3,160	11,284	42,498	4,435	15,841	31,790
3	1,936	6,914	49,412	3,461	12,361	44,152
4	1,398	4,992	54,404	2,871	10,252	54,404
5	1,117	3,989	58,393			
6	1,062	3,792	62,186			
7	,938	3,349	65,535			
8	,803	2,868	68,403			
9	,781	2,791	71,194			
10	,753	2,690	73,884			
11	,740	2,642	76,525			
12	,667	2,381	78,907			
13	,613	2,190	81,096			
14	,594	2,120	83,216			
15	,531	1,898	85,114			
16	,476	1,699	86,813			
17	,453	1,617	88,430			
18	,437	1,561	89,991			
19	,413	1,475	91,466			
20	,385	1,376	92,842			
21	,319	1,139	93,982			
22	,312	1,114	95,096			
23	,297	1,062	96,158			
24	,268	,956	97,114			
25	,246	,877	97,990			
26	,200	,715	98,705			
27	,196	,699	99,404			
28	,167	,596	100,000			

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales.

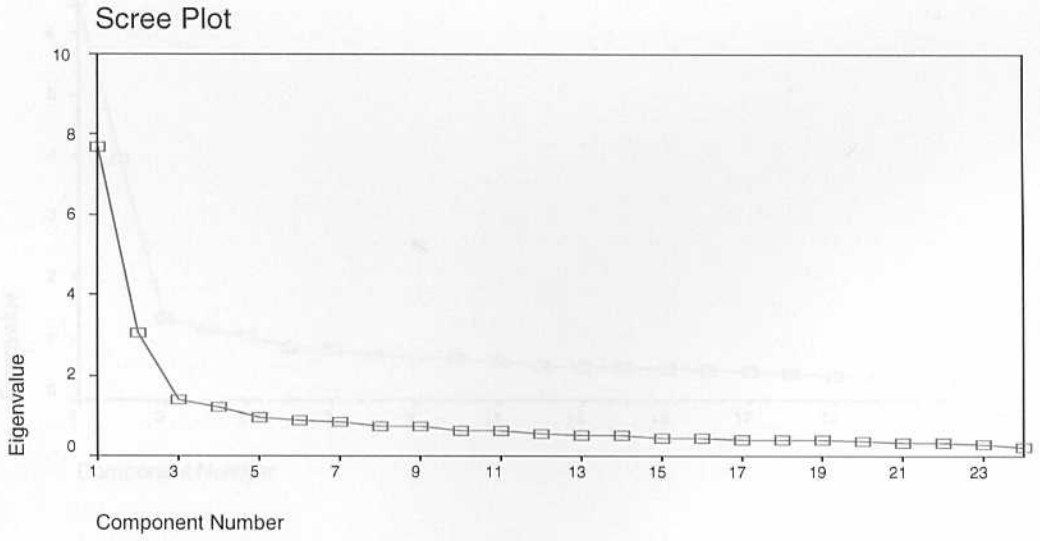


G2. *Estructura Factorial de la Escala de Frecuencia de Emociones Positivas y Negativas*

Varianza Total Explicada

Componentes	Autovalores Iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la Varianza	% Acumulado	Total	% de la Varianza	% Acumulado
1	7,677	31,987	31,987	5,534	23,060	23,060
2	3,054	12,724	44,711	5,196	21,651	44,711
3	1,400	5,832	50,543			
4	1,212	5,050	55,592			
5	,960	4,000	59,592			
6	,879	3,662	63,254			
7	,861	3,587	66,840			
8	,738	3,076	69,917			
9	,718	2,990	72,907			
10	,642	2,674	75,581			
11	,615	2,561	78,142			
12	,570	2,373	80,515			
13	,531	2,211	82,726			
14	,509	2,122	84,849			
15	,452	1,885	86,733			
16	,439	1,828	88,561			
17	,421	1,754	90,315			
18	,406	1,693	92,008			
19	,389	1,619	93,627			
20	,368	1,532	95,160			
21	,331	1,380	96,540			
22	,325	1,353	97,893			
23	,278	1,159	99,052			
24	,228	,948	100,000			

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales.

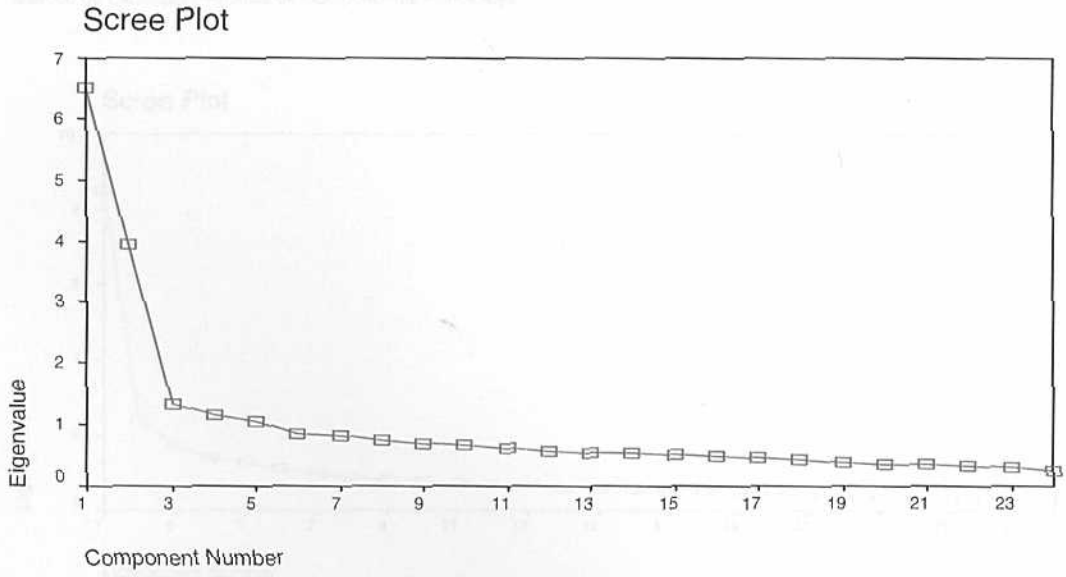


G3. *Estructura Factorial de la Escala de Intensidad de Emociones Positivas y Negativas*

Varianza Total Explicada

Componentes	Autovalores Iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la Varianza	% Acumulado	Total	% de la Varianza	% Acumulado
1	6,519	27,161	27,161	5,233	21,804	21,804
2	3,931	16,381	43,542	5,217	21,739	43,542
3	1,339	5,577	49,120			
4	1,156	4,817	53,937			
5	1,053	4,387	58,324			
6	,857	3,569	61,893			
7	,815	3,397	65,291			
8	,758	3,159	68,449			
9	,697	2,904	71,354			
10	,677	2,821	74,175			
11	,621	2,588	76,763			
12	,564	2,351	79,114			
13	,548	2,284	81,398			
14	,533	2,219	83,617			
15	,524	2,184	85,801			
16	,500	2,083	87,884			
17	,462	1,926	89,811			
18	,437	1,821	91,631			
19	,388	1,615	93,246			
20	,367	1,529	94,775			
21	,351	1,463	96,238			
22	,327	1,364	97,602			
23	,306	1,273	98,875			
24	,270	1,125	100,000			

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales.

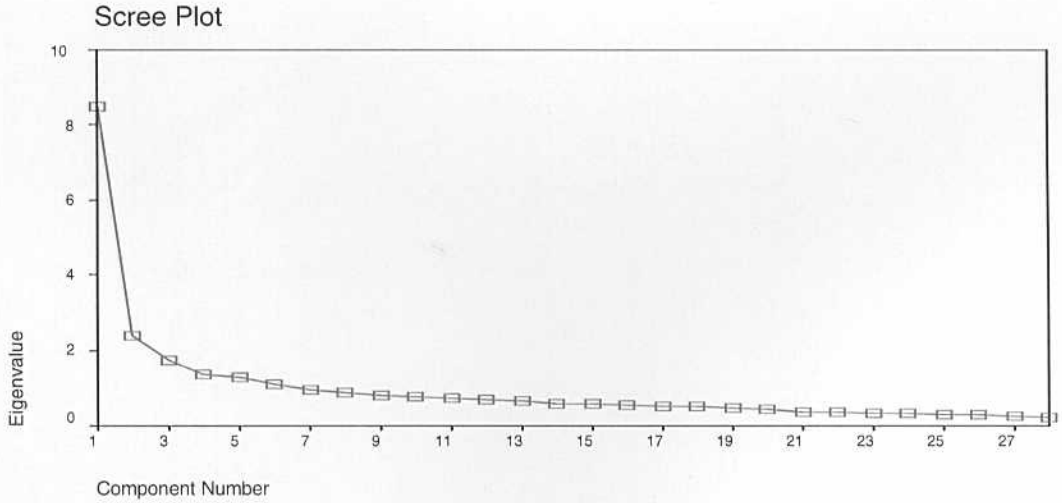


G4. *Análisis de la Estructura factorial de la Escala de Apoyo Social*

Varianza Total Explicada

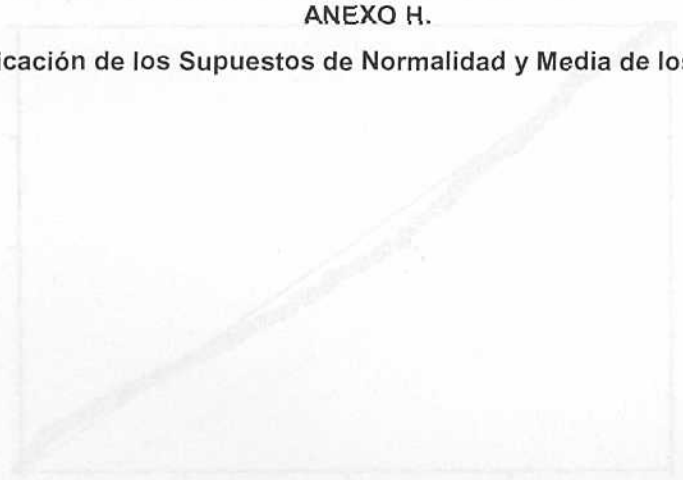
Componentes	Autovalores Iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la Varianza	% Acumulado	Total	% de la Varianza	% Acumulado
1	8,508	30,387	30,387	6,018	21,494	21,494
2	2,382	8,505	38,892	3,573	12,759	34,254
3	1,720	6,144	45,036	3,019	10,783	45,036
4	1,364	4,872	49,909			
5	1,295	4,625	54,533			
6	1,089	3,890	58,423			
7	,960	3,429	61,851			
8	,889	3,174	65,025			
9	,816	2,915	67,940			
10	,789	2,818	70,758			
11	,717	2,562	73,320			
12	,712	2,543	75,863			
13	,652	2,330	78,193			
14	,599	2,140	80,333			
15	,585	2,089	82,422			
16	,565	2,016	84,438			
17	,523	1,867	86,305			
18	,499	1,782	88,087			
19	,468	1,670	89,757			
20	,430	1,535	91,292			
21	,385	1,376	92,668			
22	,357	1,274	93,942			
23	,347	1,239	95,181			
24	,316	1,129	96,310			
25	,289	1,031	97,341			
26	,286	1,022	98,362			
27	,256	,914	99,277			
28	,203	,723	100,000			

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales.



ANEXO H.

Verificación de los Supuestos de Normalidad y Media de los Errores

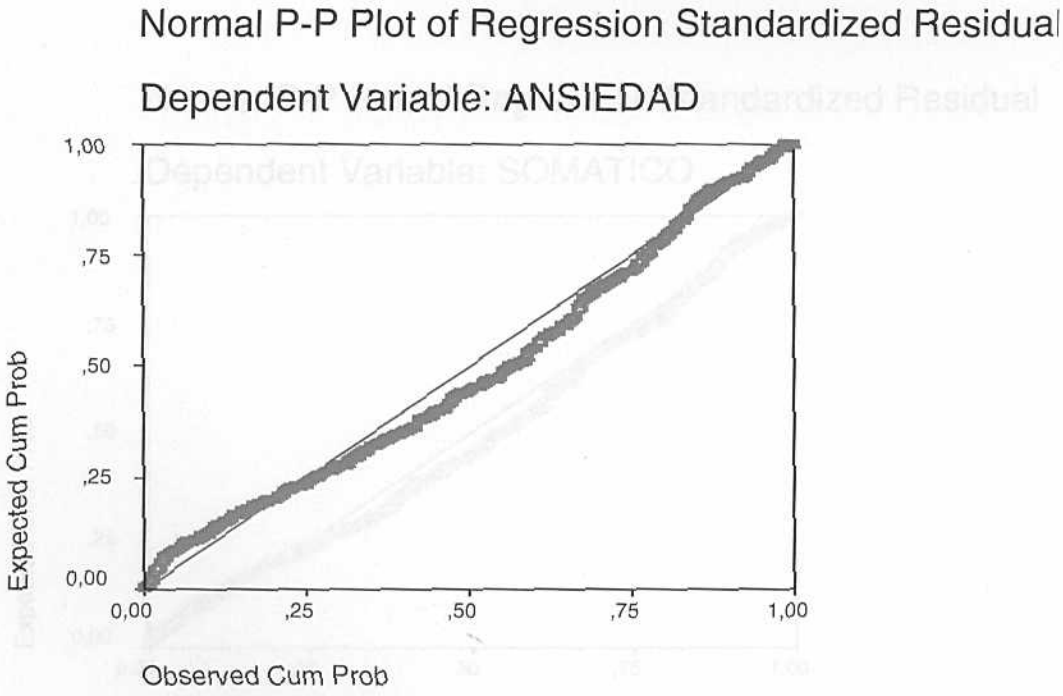


H1. *Ansiedad e Insomnio*

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	5,166E-02	17,4615	6,3052	3,2477	403
Residual	-10,1120	13,7543	3,085E-16	3,7141	403
Valor Predicho Estándar	-1,926		,000	1,000	403
Residual Estándar	-2,699	3,671	,000	,991	403

a. Variable Dependiente: Ansiedad

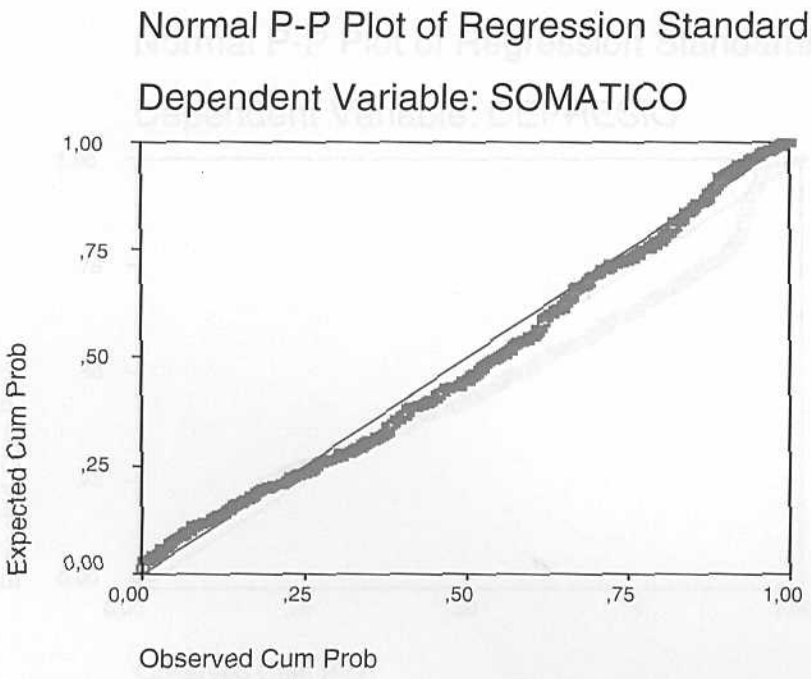


H2. *Síntomas Somáticos*

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	2,0349	15,0221	6,9032	2,3673	403
Residual	-7,8464	14,9688	-4,03E-16	3,5605	403
Valor Predicho Estándar	-2,056	3,430	,000	1,000	403
Residual Estándar	-2,184	4,167	,000	,991	403

a. Variable Dependiente: SOMATICO

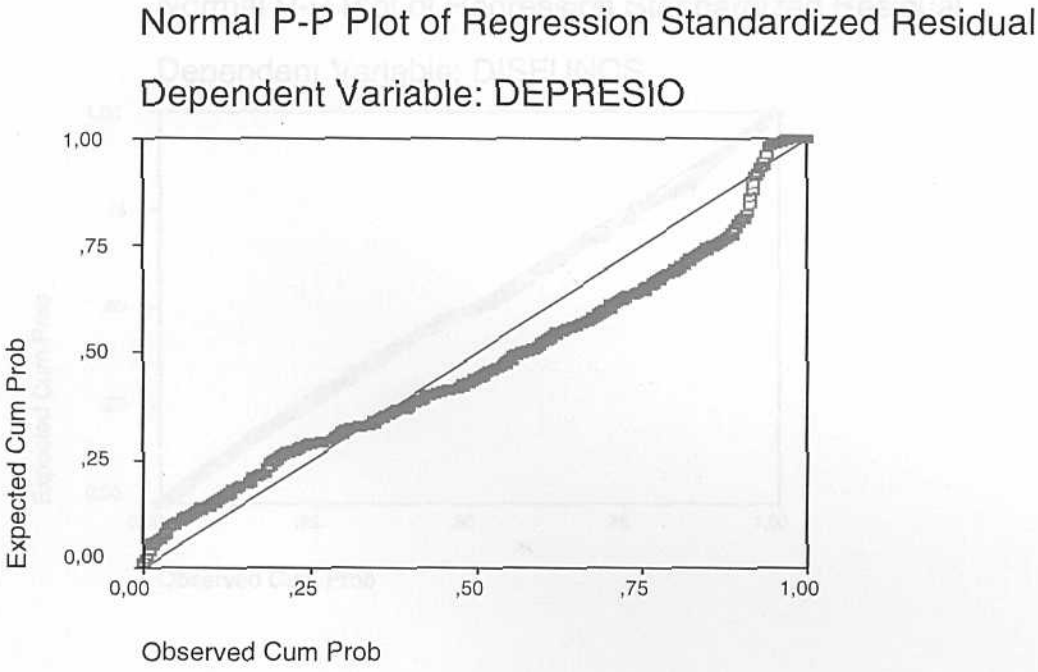


H3. *Síntomas Depresivos*

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	-2,5137	8,3206	1,4566	1,8580	403
Residual	-5,1129	11,0469	-6,08E-16	2,2071	403
Valor Predicho Estándar	-2,137	3,694	,000	1,000	403
Residual Estándar	-2,296	4,961	,000	,991	403

a. Variable Dependiente: DEPRESION

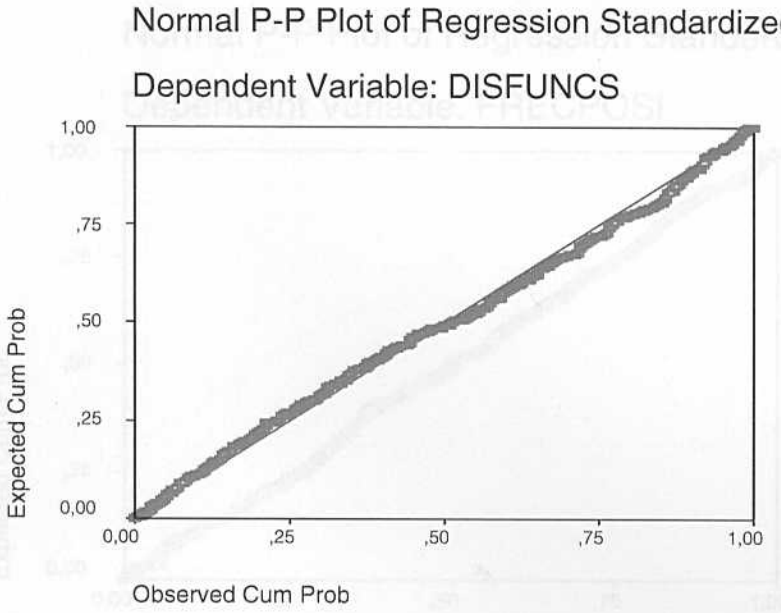


H4. *Disfunción Social*

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	3,2863	11,1887	6,5261	1,3489	403
Residual	-7,0598	11,0628	87E-16	2,3295	403
Valor Predicho Estándar	-2,339	3,367	,000	1,000	403
Residual Estándar	-3,012	4,719	,000	,994	403

a. Variable Dependiente: DISFUNCION SOCIAL

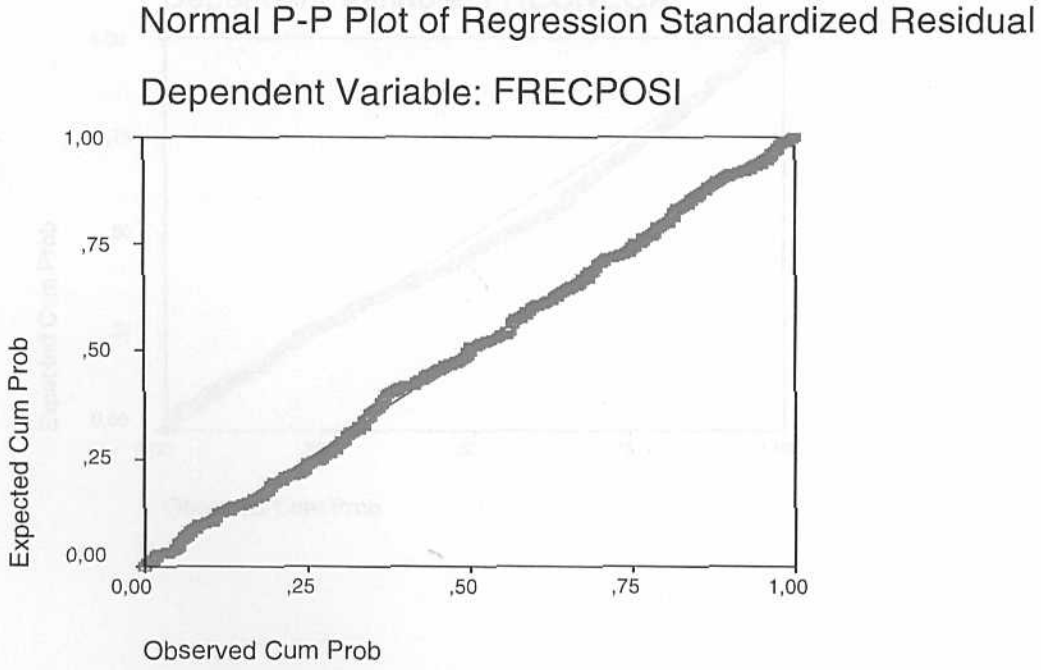


H5. *Frecuencia de Emociones Positivas*

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	24,9545	40,2977	35,5569	2,5084	404
Residual	-16,6000	16,1681	-3,39E-15	5,5322	404
Valor Predicho Estándar	-4,227	1,890	,000	1,000	404
Residual Estándar	-2,982	2,904	,000	,994	404

a. Variable Dependiente: FRECUENCIA POSITIVA

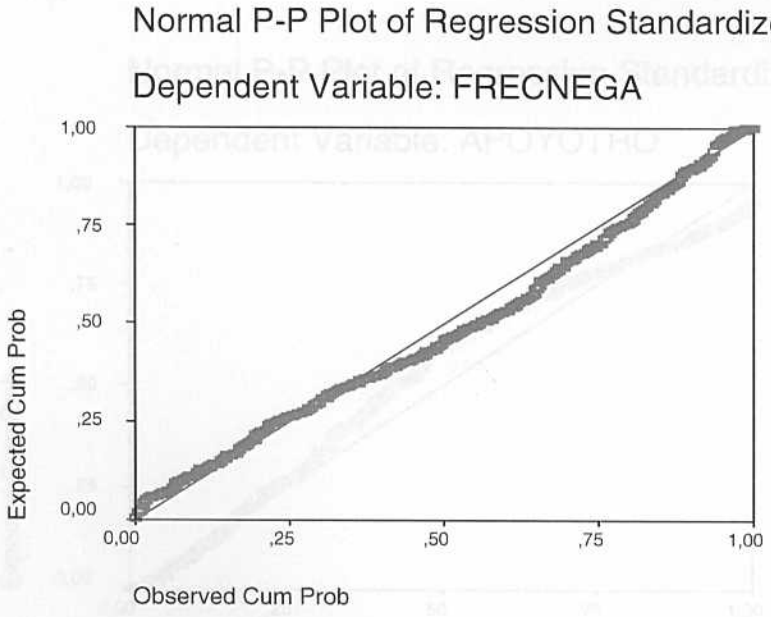


H6. *Frecuencia de Emociones Negativas*

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	17,8981	30,4677	22,1238	1,9306	404
Residual	-13,0001	21,3553	-2,73E-15	5,1460	404
Valor Predicho Estándar	-2,189	4,322	,000	1,000	404
Residual Estándar	-2,511	4,124	,000	,994	404

a. Variable Dependiente: FRECUENCIA NEGATIVA

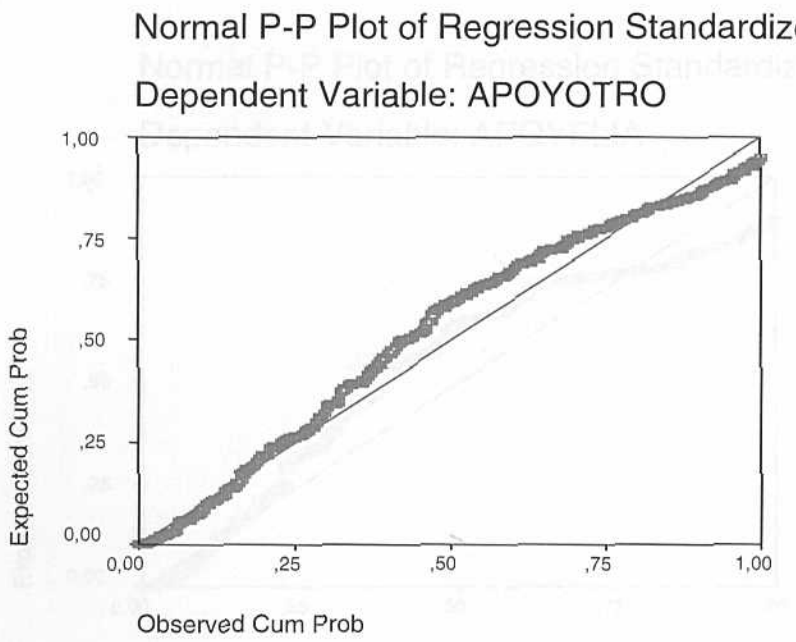


H7. *Apoyo Social de Otros*

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	26,5500	31,9956	30,2519	1,4055	405
Residual	-24,5066	10,2276	-1,02E-15	6,2180	405
Valor Predicho Estándar	-2,634	1,241	,000	1,000	405
Residual Estándar	-3,931	1,641	,000	,998	405

a. Variable Dependiente: APOYO OTROS

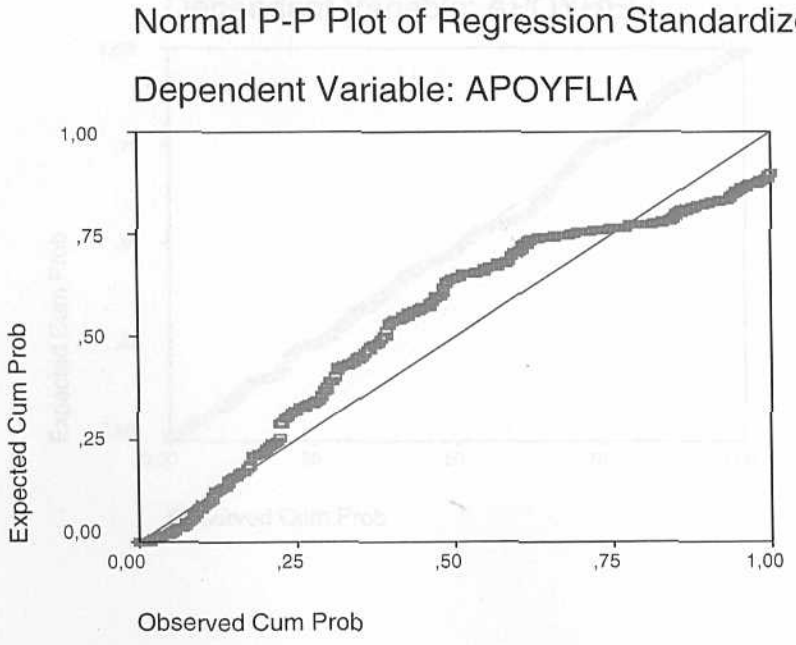


H8. *Apoyo Social Familiar*

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	13,2241	15,6845	14,9113	,5984	406
Residual	-14,7378	4,5235	8,576E-16	3,5423	406
Valor *Predicho* Estándar	-2,820	1,292	,000	1,000	406
Residual Estándar	-4,150	1,274	,000	,998	406

a. Variable Dependiente: APOYO FAMILIAR

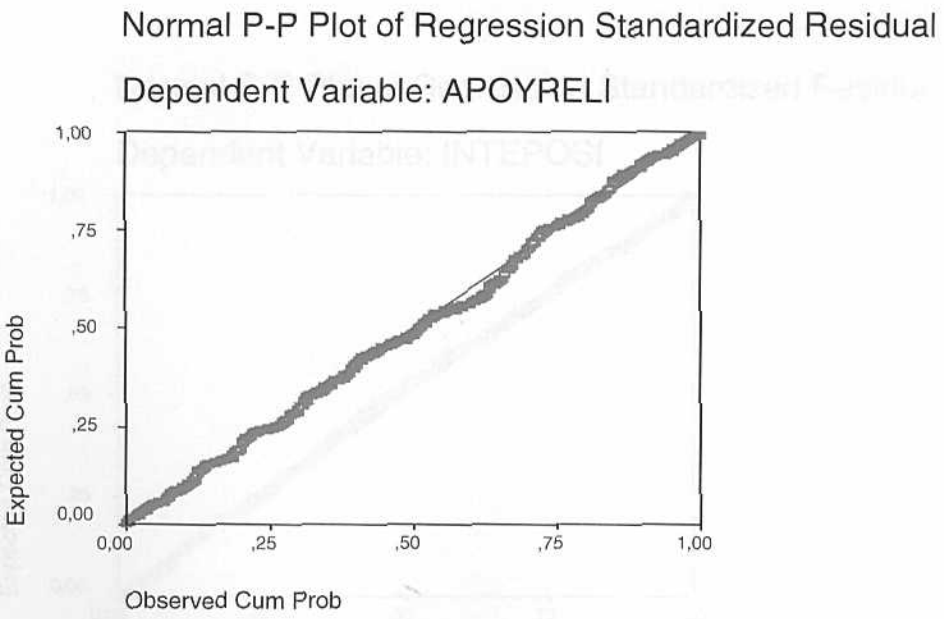


H9. *Apoyo Social Religioso*

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	9,0201	10,9893	9,7069	,4202	406
Residual	-9,4889	8,5598	5,688E-17	3,4407	406
Valor Predicho Estándar	-1,634	3,052	,000	1,000	406
Residual Estándar	-2,751	2,482	,000	,998	406

a. Variable Dependiente: APOYO RELIGIOSO

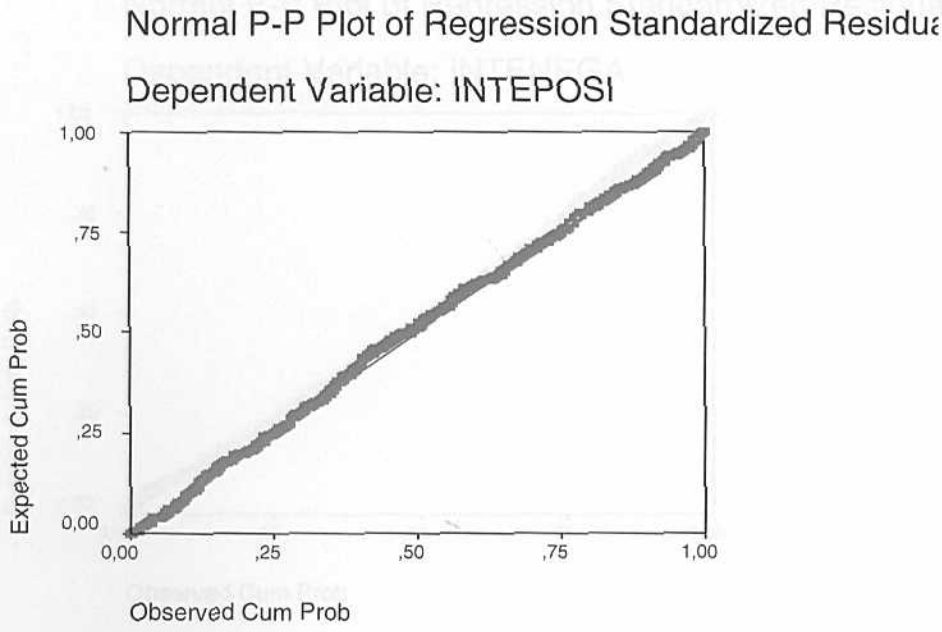


H10. *Intensidad de Emociones Positivas*

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	26,2569	40,6234	36,3728	2,3749	405
Residual	-15,1306	15,2764	7,719E-16	5,2394	405
Valor Predicho Estándar	-4,260	1,790	,000	1,000	405
Residual Estándar	-2,870	2,898	,000	,994	405

a. Variable Dependiente: INTENSIDAD POSITIVA

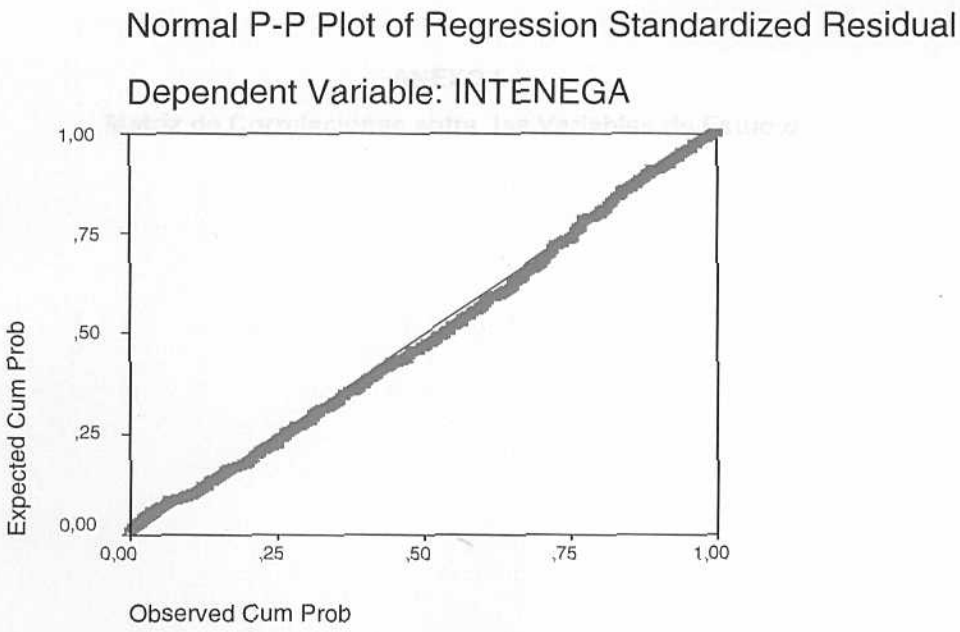


H11. *Intensidad de Emociones Negativas*

Estadísticos Residuales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	20,7677	33,8750	25,1287	2,0212	404
Residual	-15,4544	19,9541	-1,35E-15	6,4522	404
Valor Predicho Estándar	-2,158	4,327	,000	1,000	404
Residual Estándar	-2,380	3,073	,000	,994	404

a. Variable Dependiente: INTENSIDAD NEGATIVA



ANEXO I.

Matriz de Correlaciones entre las Variables de Estudio

		ANSIED	DEPRE	DIS. SOC.	SOMAT.	FR. NEG	FR. POS	INT. NEG.	INT. POS.	A. FLIAR.	A. OTRO.	A. REL.	EDAD	SEXO
Correlación Pearson	ANSIED.	1,000	,444	,410	,666	,642	-,353	,568	-,296	-,172	-,221	-,077	-,044	-,151
	DEPRE.	,444	1,000	,419	,347	,581	-,402	,504	-,397	-,349	-,377	-,216	-,051	-,060
	DIS SOC	,410	,419	1,000	,375	,431	-,418	,343	-,380	-,209	-,210	-,184	-,091	-,051
	SOMAT.	,666	,347	,375	1,000	,480	-,297	,394	-,271	-,190	-,291	-,046	,020	-,186
	FR. NEG	,642	,581	,431	,480	1,000	-,423	,778	-,401	-,257	-,265	-,124	-,105	-,094
	FR. POS	-,353	-,402	-,418	-,297	-,423	1,000	-,361	,781	,341	,344	,236	-,027	,069
	INT. NEG	,568	,504	,343	,394	,778	-,361	1,000	-,233	-,220	-,234	-,109	-,091	-,061
	INT. POS	-,296	-,397	-,380	-,271	-,401	,781	-,233	1,000	,349	,360	,231	-,038	,034
	A. FLIAR	-,172	-,349	-,209	-,190	-,257	,341	-,220	,349	1,000	,632	,348	-,132	-,117
	A. OTRO	-,221	-,377	-,210	-,291	-,265	,344	-,234	,360	,632	1,000	,357	-,150	-,179
	A. REL	-,077	-,216	-,184	-,046	-,124	,236	-,109	,231	,348	,357	1,000	,111	-,033
	EDAD	-,044	-,051	-,091	,020	-,105	-,027	-,091	-,038	-,132	-,150	,111	1,000	,130
	SEXO	-,151	-,060	-,051	-,186	-,094	,069	-,061	,034	-,117	-,179	-,033	,130	1,000
Sig. (Bilateral)	ANSIED	,	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,122	,379	,002
	DEPRE	,000	,	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,304	,224
	DIS SOC	,000	,000	,	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,068	,308
	SOMAT.	,000	,000	,000	,	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,358	,688	,000
	FR. NEG	,000	,000	,000	,000	,	,000	,000	,000	,000	,000	,012	,034	,058
	FR. POS	,000	,000	,000	,000	,000	,	,000	,000	,000	,000	,000	,583	,168
	INT. NEG	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,	,000	,000	,000	,029	,068	,224
	INT. POS	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,	,000	,000	,000	,446	,498
	A. FLIAR	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,	,000	,000	,008	,018
	A. OTRO	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,	,000	,002	,000
	A. REL	,122	,000	,000	,358	,012	,000	,029	,000	,000	,000	,	,025	,501
	EDAD	,379	,304	,068	,688	,034	,583	,068	,446	,008	,002	,025	,	,009
	SEXO	,002	,224	,308	,000	,058	,168	,224	,498	,018	,000	,501	,009	,

** Correlaciones significativas al nivel de 0,01 (Bilateral).

* Correlaciones significativas al nivel de 0,05 (Bilateral).

FE DE EERRATAS

- Página 1, 4to párrafo, segunda línea: "término que hace referencia a aquellos factores disminuyen" por "término **que** hace referencia a aquellos factores que disminuyen"

- Página 63, 1er párrafo, quinta línea: "de igual manera los sujetos tienden a realizar atribuciones externas" por de igual manera los sujetos tienden a hacer atribuciones **internas**"

- Página 64, 1er párrafo, cuarta línea: "(β=0,208; sig=0,68)" por "(β=0,208; sig.0,0068)".

- Página 70, 1er. Párrafo, séptima línea: "donde a mayor apoyo de sí mismo mayores síntomas de ansiedad y angustia" por "donde a mayor apoyo en sí mismo **menores** síntomas de ansiedad y angustia".

- Página 79, 3er párrafo, segunda línea: "salud física" por "**percepción** de salud física".

- Página 79. 2do párrafo, sexta línea: "atribución de causas al azar u otros poderosos, en relación a su salud" por atribución de causas **personales** en relación a su salud"

- Agregar a las referencias bibliográficas:

Página 93. 3er párrafo, primera línea, las iniciales del primer nombre de los autores son las siguientes: Bunderk, N., Marks, G., Richardson, J.

Página 95. 1er párrafo, primera línea, las iniciales del primer nombre de los autores son las siguientes: Guarino, L.

Página 95. 2do párrafo, primera línea, las iniciales del primer nombre de los autores son las siguientes: Guglieta, L.

Página 95. 4to. párrafo, primera línea, las iniciales del primer nombre de los autores son las siguientes: House, L., Lepkowaki, J., Mero, R., Herzog, A.

Página 95. 5to párrafo, primera línea, las iniciales del primer nombre de los autores son las siguientes: Jonson, R. Y Wolinsky, F.

Página 96. 7mo. párrafo, primera línea, las iniciales del primer nombre de los autores son las siguientes: Meneses, R., Feldman L., Chacón, B.

Página 98. 2do. párrafo, primera línea, las iniciales del primer nombre de los autores son las siguientes: "Sierra Bravo" por Sierra, R."

Página 99. 1er párrafo, primera línea, las iniciales del primer nombre de los autores son las siguientes: Wallston, K.A, Wallston, B,S.