

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ÁREA DE PSICOLOGÍA

DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

EMOCIÓN Y SALUD: UN MODELO CAUSAL

Autora: Luisa T. Angelucci B.

Trabajo que presenta para optar por  
el grado de Doctora en Psicología

Tutor:

Dr. Gustavo Peña T.

APROBADO EN NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE  
VENEZUELA POR EL SIGUIENTE JURADO EXAMINADOR:

Dr. Gustavo Peña  
Coordinador

Dra, Ligia Sánchez

Dra. Lya Feldman

Dra. Maria Isabel Parada

Dra. Carenne Ludeña

A mis queridos hermanos Mario y  
Liliana y hermosos sobrinos  
Franco, Francesca, Oriana y  
Mariana.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al profesor Dr. Gustavo Peña por ser un mentor en mi incursión por la investigación científica y excelente tutor de esta tesis. Su ejemplo y eterno acompañamiento me ha fortalecido en este quehacer.

A la Universidad Católica Andrés Bello por facilitar las instalaciones para llevar a cabo la investigación. A la Dirección de postgrado, a los Directores de los diferentes programas de postgrado, a los profesores que permitieron la administración de los cuestionarios en sus horarios de clase y a los alumnos que participaron en la presente investigación.

Al comité del Doctorado de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, quienes estuvieron pendientes del proceso y estimularon en todo momento la culminación exitosa de la presente tesis, especialmente a la Profesoras Ligia Sánchez, Miriam Dembo, Maritza Montero, María Teresa Platone, Cristina Otalora y María Teresa Guevara.

A mi familia, a Luis y a mis amigos Eugenia, Cristina, Jaime, Amalix, Yolanda, Zori, Lya, Evelyn, Eleonora y Nicolina quienes constantemente (desde el principio hasta el fin) me dieron apoyo para la culminación de esta tesis.

A los beca trabajo del Centro de Investigación y Formación Humanística, especialmente a Dulce, Vero, Gaby R, Gaby I, Gaby V, Karla y Lili que me ayudaron en la parte operativa final de la tesis.

## **RESUMEN**

El objetivo de la presente investigación fue verificar, mediante ecuaciones estructurales, cómo la salud física y psicológica autopercebida se ve influenciada por la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, el compartir socialmente las emociones, el sexo y la edad de los participantes; evaluándose, a su vez, las posibles relaciones causales entre estas variables.

La muestra estuvo constituida por 631 estudiantes de postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello, sede Caracas, con edades entre 22 y 65 años y edad promedio de 32 años, siendo 407 mujeres (64%).

Los resultados indicaron un bajo ajuste del modelo planteado originalmente al tomar en cuenta, de manera general, los índices calculados. Antes esto se planteó un segundo modelo sobre la base del análisis de componentes principales de cada uno de los instrumentos de medición de las variables involucradas. Los cambios realizados en los indicadores de las variables latentes en el segundo modelo propuesto aumentaron el ajuste del mismo. A partir de este modelo se observó que el presentar mayor reporte de síntomas psicológicos y ser mujer se asoció con mayores síntomas físicos de enfermedad autopercebidos. Una mayor ambivalencia emocional, un menor apoyo social percibido y el ser mujer se relacionó con una menor salud psicológica autopercebida. Por otra parte, el tener creencias favorables hacia el compartir las emociones se asoció con mayor expresividad emocional y mayor ambivalencia

emocional. El mayor apoyo social percibido y el ser mujer se relacionó con poseer creencias favorables hacia el compartir las emociones, y el ser mujer con percibir mayor apoyo social. El sexo, el apoyo social, la ambivalencia emocional y las creencias hacia el compartir las emociones influyeron indirectamente a la salud física. Las variables involucradas en el modelo predijeron en mayor cuantía la salud psicológica que la física.

La presente tesis es un eslabón más en la construcción y verificación de modelos causales en psicología y específicamente en psicología de la salud. Los resultados, obtenidos en este estudio, no sólo constituyen un aporte teórico para la comprensión de un fenómeno complejo como es la salud, a partir de factores emocionales y psicosociales, sino que pueden ser útiles dentro de la práctica psicológica.

Palabras claves: salud, emoción, modelo causal, ecuaciones estructurales

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
PORTADA	i
APROBACIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vii
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
Salud / Factores relacionados con salud	5
Emoción / Emoción y salud	62
Modelos de ecuaciones estructurales en la explicación de salud	91
III. MÉTODO	94
Pregunta de investigación	94
Hipótesis	94
Definición de variables	97
Población y muestra	102
Tipo y diseño de investigación	103
Instrumentos	105
Procedimiento	124

Consideraciones éticas	125
IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	126
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	158
VI. CONCLUSIÓN	183
VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	185
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	188
IX. ANEXOS	205
Anexo A Cuestionario de Salud Física	
Anexo B Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)	
Anexo C Escala de Expresividad Emocional (EES) de Kring y cols. (1994)	
Anexo D Cuestionario de la Ambivalencia en la Expresividad Emocional (AEQ-) de King y Emmons (1990).	
Anexo E Cuestionario Apoyo social autopercebido de Dunn, Putallaz, Sheppard y Lindstrom (1987)	
Anexo F Cuestionario de Creencias sobre los Efectos del Compartimiento Social de las Emociones (BSEQ) de Martínez-Sánchez y cols. (2004)	
Anexo G Datos de identificación	
Anexo H Artículos de investigación con ecuaciones estructurales: Índices de ajuste de los modelos	
Anexo I Confiabilidad y análisis de componentes principales de las escalas	
Anexo J Análisis descriptivo de las variables del Modelo B	
Anexo K Ecuaciones estructurales de los modelos planteados	

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo Propuesto	96
Tabla 1. Estadísticos descriptivos para las variables de estudio	126
Figura 2. Modelo resultante luego del análisis	133
Tabla 2. Matriz de componentes rotada de salud física	136
Tabla 3. Matriz de componentes rotada de salud general	139
Tabla 4. Matriz de componentes rotada de expresividad emocional	141
Tabla 5. Matriz de componentes rotada de ambivalencia emocional	143
Tabla 6. Matriz de componentes rotada de creencias hacia el compartir las emociones	146
Tabla 7. Matriz de componentes rotada de apoyo social percibido	149
Figura 3. Segundo modelo propuesto (Modelo B)	150
Tabla 8. Estadísticos descriptivos para las variables de estudio del Modelo B	151
Figura 4. Modelo estructural resultante (Modelo B)	154

## **I. INTRODUCCIÓN**

En los últimos años la salud como un fenómeno de estudio dentro de disciplinas distintas a la medicina, ha cobrado importancia. Esto debido, entre otros determinantes, a la adopción de un modelo biopsicosocial de la salud. En psicología han aparecido varias especialidades que pretenden abordar la salud como un fenómeno integral explicado por factores no solo biológicos, sino psicológicos y sociales, lo que ha dado cabida a modelos psicológicos y sociales que tratan de explicar por qué una persona se enferma o se mantiene saludable (Brannon y Feist, 1992).

En este sentido, uno de los factores que actualmente se ha relacionado con el bienestar en general, y específicamente la salud, son las emociones. En este marco para Fernández-Abascal y Palmero (1999) “las emociones se convierten en una especie de filtro o cedazo que modula e incluso llega a determinar la salud y la enfermedad de las personas” (p.1). Estos autores proponen un modelo del proceso emocional que toma en cuenta varios componentes de la emoción, donde se subraya el aspecto social, y cómo a partir del funcionamiento de filtros en este proceso, se pueden originar problemas clínicos y de salud.

Uno de los componentes de la emoción que ha sido más estudiado es el expresivo, de hecho según Nyklícek, Temoshok y Vingerhoests (2004) en la pasada década ha

aumentado el interés en el rol de la expresión emocional en la salud. En esta línea se ha encontrado que el expresar las emociones es frecuentemente benéfico para la salud.

Sin embargo, la relación entre emoción y salud no es simple, se ha encontrado evidencia que la expresividad emocional y la salud son fenómenos complejos multicausados. Por ejemplo, en cuanto a salud se ha visto que es influenciada por aspectos sociodemográficos, como el sexo, el nivel socioeconómico, el estado civil, el estatus laboral, entre otras. Asimismo, es explicada por factores psicosociales como el apoyo social, locus de control, estrategias de afrontamiento, entre otros (Duetz, Abel y Niemann, 2003; Twenge, 2000; Uchino, Cacciopo y Kiecolt-Glaser, 1996; entre otros). De igual forma, en la explicación de la expresividad emocional resaltan variables como rol sexual, estilos expresivos, apoyo social, ambivalencia emocional, sexo, edad, entre otros. Factores que en buena medida se toman en cuenta en la presente investigación. (Bujanda y Chriqui, 2004; Ganong y Coleman, 1985; Kring y Gordon, 1998; Ramírez, 2000, entre otros).

Siguiendo esta línea, dentro de los constructos que se han relacionado, con la salud y la expresión de emociones, en los últimos años, aparecen fenómenos íntimamente ligados con el componente cultural y social de la emoción, como son las creencias, actitudes y estereotipos relacionados con la expresividad emocional y que, según el modelo de Fernández- Abascal y Palmero (1999), actúan como el segundo filtro en el proceso emocional que diferencia y matiza la expresión de emociones, e incide directa e

indirectamente en la salud. En este sentido, por ejemplo, se ha resaltado el papel del compartimiento social de las emociones (Rimé, Herbette y Corsini, 2004), y específicamente las creencias hacia el compartir las emociones (Martinez-Sánchez, Zech y Páez, 2004), basándose en el supuesto que este compartir las emociones favorece la salud y el bienestar (Barra, 2003).

Tomando en cuenta lo anterior y con el objetivo principal de conocer cuáles de estas variables pueden ser consideradas como factores de riesgo o protectores para la salud del individuo, es decir, cuáles incrementarían o facilitarían la aparición de síntomas físicos o enfermedades, y cuáles permitirían disminuir las influencias negativas de ciertos aspectos sobre el individuo y promover su salud (Canino y Granell, 1990; Báges, 1990), la presente investigación resalta el papel de la emoción en el fenómeno salud, haciendo énfasis en la expresividad emocional y los posibles aspectos psicosociales y sociodemográficos que intervienen o influyen en su relación con la salud.

De igual manera, se toman en cuenta los aportes de investigaciones anteriores, tratando de ir un poco más allá al evaluar no sólo el efecto independiente de las variables sociodemográficas y psicosociales sobre el reporte de síntomas psicológicos o físicos, sino el efecto conjunto de las mismas sobre la salud. Bajo la perspectiva de un modelo estructural propone enfocar al fenómeno de la salud de manera integral, estableciendo relaciones causales entre las diferentes variables.

En este sentido, la presente investigación pretende incluir variables que han resultado relacionadas con el reporte de síntomas físicos y psicológicos, con el fin de esclarecer y verificar resultados anteriores, y ampliar el conocimiento y la comprensión de la salud. Se plantea así el objetivo de verificar cómo la salud se ve influenciada por la expresividad emocional general, la ambivalencia emocional, el apoyo social y el compartir socialmente las emociones, además del sexo y la edad de los sujetos; observándose, a su vez, las posibles relaciones causales entre estas variables. Asimismo, dado que resalta la necesidad de llevar a cabo investigaciones en poblaciones sanas, la investigación se realiza con estudiantes universitarios de postgrado.

## **I. MARCO TEÓRICO**

### **Salud / Factores relacionados con salud**

Responder a las preguntas ¿qué es la salud? ¿qué significa ser saludable? ¿cómo se identifica que se está saludable o no? implica dar explicación a aspectos tales como la caracterización de la salud, la unidimensionalidad o multidimensionalidad de este constructo, los factores determinantes de la salud, entre otros.

En cuanto a su conceptualización, el término salud proviene del latín *salus-salutis* que hace referencia a la enfermedad. Según Moreno-Altaminaro (2007) la salud ha sido asociada con el concepto de enfermedad donde ésta última, es producto de agentes que desorganizan o desequilibran el estado de salud del sujeto. Para Basabe (2003) “...no se generó entre los médicos como un concepto técnico, sino principalmente en el imaginario popular, como una noción vulgar, aunque construida por contraposición a la noción médica de enfermedad” (p.1).

En este sentido, algunos autores se han enfocado a estudiar y conceptualizar, más que el término salud, el término enfermedad. Por ejemplo, Galán, Blanco y Pérez (2000) hacen un análisis del concepto de conducta de enfermedad y por su parte, Peña y Paco (2002), una revisión de las diferentes propuestas de la definición de enfermedad y sus modelos explicativos. Dado que los conceptos y modelos señalados por estos autores se asemejan en forma general a los utilizados para analizar el concepto de salud, aunado a que en la

actualidad predomina el uso del término salud más que el de enfermedad, a continuación se hace un recuento del concepto de salud, aunque como ya se dijo, la salud y la enfermedad son dos aspectos íntimamente relacionados.

Para Moreno-Altaminaro (2007), Fernández y Makoukji (2003), Basabe (2003), Peña y Paco (2002), Spector (2002), Vega-Franco (2002), entre otros autores, los términos referidos a salud, enfermedad, forma de aliviar o curar la enfermedad, acciones para su prevención y el fomento de la salud se elaboran según la cultura de cada sociedad, evidenciándose que el concepto de salud ha cambiado a lo largo de la historia y las culturas. A continuación se presenta brevemente una revisión dada por dichos autores.

En el Antiguo Egipto, la enfermedad y la muerte eran condiciones inherentes a la naturaleza humana, debidas a fuerzas extrañas mediadas por objetos inanimados. “Entre estos dos extremos, de la vida y de la muerte, la salud estaba subordinada a la interacción armónica de las fuerzas de la materia y del espíritu, en tanto que la gravedad de la enfermedad dependía del grado en que la armonía era trastocada” (Moreno-Altaminaro, 2007, p. 260).

En Mesopotamia, la noción de enfermedad también estaba asociada a elementos mágico-religiosos, “Prevalcía la idea de que las enfermedades eran el castigo que los dioses imponían a los hombres que transgredían sus normas, aunque también algunas enfermedades podían ser causadas por maleficio de alguna persona o por el capricho de

demonios errantes” (Moreno-Altaminaro, 2007, p.260). Por esta razón para reestablecer la salud era necesario establecer la armonía con Dios y se sometía al enfermo a ritos religiosos o mágicos.

Según los autores mencionados, en Grecia se tienen varios personajes que opinaron sobre salud. Para Pitágoras (582-497 a. C.) la “Harmonía” del todo y de sus partes es lo que genera en el hombre vida y salud; la desarmonía lleva a la enfermedad y a la muerte. Para Pólibo la salud es, primariamente, el estado en el cual estas sustancias se encuentran cada una en su correcta proporción, intensidad y cantidad, bien mezcladas. La enfermedad aparece cuando la cantidad de alguna se excede o hay deficiencia en la proporción de ella o, no se encuentra mezclada con las otras por estar separada del cuerpo. Igualmente en Grecia se cimentaron las dos grandes perspectivas sobre la salud-enfermedad que influyeron más de veinte siglos. La primera postura fue propuesta por Hipócrates (460-377 a. C), quien consideró que las causas de la enfermedad eran de sustrato eminentemente biológico. Esta concepción fue desplazada en parte por las ideas de Platón (428-374 a. C.), quien retomó la concepción religiosa, donde la enfermedad era producto de una causa divina. Esta postura tuvo aceptación entre los médicos de la Edad Media dado que las guerras y otras calamidades contribuyeron a la expansión del cristianismo y con ello la firme creencia que la salud, la enfermedad, el bienestar, la infelicidad y que todo lo concerniente al hombre, eran designios de Dios.

En el siglo XIX se produjeron avances importantes en el estudio del cuerpo. Claudio Bernard introdujo la medicina al mundo de la ciencia. Puntualizaba que la salud era producto de condiciones internas y externas, de esta manera si se suprime o altera alguna función del organismo o del ambiente puede ocurrir la enfermedad. Consideraba que la salud del hombre dependía de una "relación necesaria de intercambio y equilibrio" al interactuar con fuerzas físicas, objetos materiales, sustancias químicas y seres biológicos del ambiente externo. De esta posición surgen las interpretaciones del concepto de salud en un sentido ecológico donde la vida implica la interacción y a la vez la integración de dos ecosistemas: el medio interno y el medio externo. Muchos de los cambios que ocurren en el ambiente externo pueden causar efectos dañinos en el hombre, por lo que en el organismo se generan cambios adaptativos para funcionar de manera eficiente y conservar la vida.

En la década de los años treinta del siglo XIX Walter B. Cannon, quien llamó homeostasis biológica la relativa estabilidad del medio interno descrito por Bernard, extrapoloó este concepto a la población denominándolo homeostasis social; pensaba que la salud dependía del equilibrio armónico de todos los elementos que dan cohesión a la sociedad. Rudolf Virchow agregó a esta noción, la importancia de estructura política en la salud de la población, según este autor en aquella estructura recae la responsabilidad de procurar el bienestar de la sociedad.

Luego en la segunda mitad del siglo XX la salud comenzó a verse, no como la ausencia de enfermedad, sino como algo en dirección positiva. En 1941 Sigerist definía la salud diciendo "salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo" (Piédrola, 2002, p.3); esta definición tal vez inspiró a Sampar para construir la que propuso a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) y que aparece en su Carta Constitutiva: "el completo bienestar físico, psíquico y no solo la ausencia de enfermedad o achaque" (Piédrola, 2002, p.3).

La definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 continúa siendo, en esencia, la misma planteada en 1946. Quizás actualmente el cambio radica en la interpretación y en el impacto que dicha conceptualización tiene en la investigación en salud (Brannon y Feist, 2000).

Según Jara y Rosel (1999) la definición de la OMS resalta dos aspectos: a) la consideración como un constructo multidimensional, lo que trae como consecuencia el abordaje de la salud en sus tres componentes y en su interacción; de igual forma, para estos autores el conocimiento de las tres áreas de salud y los componentes de cada una de ellas, conduce a un conocimiento del estado de salud de una persona, ya sea general o particular. Y, b) el enfoque de la salud desde la noción de bienestar, lo que implica una perspectiva positiva de la salud y no sólo la ausencia de enfermedad, cónsona con la conceptualización de salud como un continuo y no como un estado ideal.

De igual manera, la inclusión de aspectos no puramente objetivos, llevan a darle importancia a procesos como la percepción de los individuos de su propia salud y la de los otros. Los indicadores subjetivos de la salud amplían la posibilidad de medirla de manera más completa; en este sentido, vienen a complementar los informes de salud basados sólo en medidas objetivas, como exámenes de laboratorio, índices de morbilidad o mortalidad, síntomas físicos, entre otras), esto a su vez conlleva a la planificación de actividades de intervención donde el individuo tiene una participación activa en su bienestar (Jara y Rosel, 1999).

No obstante, esta definición se ha criticado debido a que el estado de completo bienestar aparece descontextualizado, y describe el concepto de salud como un valor general que hace difícil la operacionalización para su reconocimiento y promoción (Morales-Calatayud, 1999). Para Piédrola (2002) esta definición equipara al bienestar con la salud, lo que la hace utópica, además de ser una definición estática y subjetiva. Una definición con una perspectiva más dinámica es la de Mendoza-Vega (2004) donde la salud es un estado vital, dinámico y complejo, caracterizado por el adecuado funcionamiento interno y la relación ordenada con un ambiente igualmente saludable.

Con el fin de corregir algunos defectos de la definición de la OMS e incluir una visión más dinámica de la salud, Terris (1987 cp. Piédrola, 2002) define salud como “Un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de enfermedad o achaque” (p.3), de manera tal que hay dos polos en la salud,

uno subjetivo, la sensación de bienestar, y otro medible, la capacidad de funcionamiento, detectable en distintos grados. Terris expone que la salud y la enfermedad formarían un continuo, donde en el polo negativo estaría la enfermedad, cuyo extremo sería la muerte y, en el positivo, la salud con su extremo el completo bienestar.

Una perspectiva similar es la de Labiano (2002), quien plantea que la salud puede ser entendida como el bienestar físico, psicológico y social, que va más allá del esquema biomédico, abarcando lo subjetivo y lo concerniente al comportamiento humano. Considerando un punto de vista subjetivo, la salud está vinculada a un sentimiento de bienestar que es el resultado de experimentar salud o percibir que el organismo funciona congruente e integradamente (Brenner y Wrubel, 1989, cp. Labiano, 2002). Por otro lado, tomando una posición objetiva, tiene que ver con la capacidad de funcionamiento de la persona (Labiano, 2002).

Así, la salud es al mismo tiempo, un estado y un proceso dinámico cambiante, debido a que continuamente las personas sufren alteraciones en su medio interno, físico y psicológico, y en lo social (Labiano, 2002); y no puede ser entendida sólo como la ausencia de enfermedades o alteraciones, sino más bien como un concepto positivo, que implica grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo. Estas concepciones dinámicas permiten ver a la salud como algo a desarrollar constantemente y no como algo a conservar.

Por otra parte, surgen las interpretaciones del concepto de salud en un sentido social y ecológico. Desde la perspectiva social se toman en cuenta las necesidades no sólo físicas y psicológicas, sino las sociales, considerándose tanto el ámbito privado, como el público en el abordaje de la salud. Desde la perspectiva ecológica, la vida implica la interacción y a la vez la integración de dos ecosistemas: el medio interno y el medio externo. Muchos de los cambios que ocurren en el ambiente externo pueden causar efectos dañinos en el hombre, por lo que en el organismo se generan cambios adaptativos para funcionar de manera eficiente y conservar la vida, lo que se observa en la definición establecida en la III Conferencia Internacional de la Promoción de la Salud en Sundsvall (1991), donde se plantea que el ambiente y la ecología son elementos importantes para promover la salud, así como también las dimensiones económicas, políticas y culturales a las que está sometida un individuo y, claro está, la población.

Una de las definiciones que incluyen lo social es la de Seeman (1989), quien resalta la salud en su totalidad. No sólo incluye la realidad biológica sino también abarca lo mental y lo social. Por su parte, Stone (1982) propone la importancia de lo psicológico y lo social. Las manifestaciones psicológicas de la salud se refieren a los sentimientos subjetivos de sentirse bien y las manifestaciones sociales de la salud incluyen la capacidad para elevados niveles de productividad social y bajas demandas para el sistema de cuidados de la salud que esté establecido en una determinada sociedad.

Esta inclusión de lo social en la definición de salud, también se observa en otros conceptos filosóficos. Caponi (1997) establece que Canguilhem junto con otros como Nietzsche y Merleau-Ponty tomaron la salud como objeto de problematización filosófica. Canguilhem entiende la salud en referencia a la posibilidad de enfrentar situaciones nuevas, según Caponi la “mayor riqueza del análisis de Canguilhem está en su insistencia en tomar como punto de partida las infidelidades, los errores” (p.291). Canguilhem (1990; cp. Caponi, 1997) sostuvo que la salud era un conjunto de seguridades en el presente y aseguramientos para el futuro en lo biológico y en lo psicológico; “es poder caer y recuperarse” (p.26). De esta manera el hombre se siente en buen estado de salud, cuando está adaptado al medio ambiente y a sus exigencias, es capaz de seguir las normas imperantes, pero también nuevas normas de vida. De esta manera, el concepto de salud enunciado a partir de estas premisas considera e integra las variaciones y anomalías y permite determinar la existencia de patologías según sean las demandas que el medio impone a los sujetos y la capacidad de los mismos para superarlas. Igualmente esta conceptualización, permite abordar a la salud desde la integración del ámbito de lo público con el ámbito de lo privado, lo que a su vez enfatiza el vínculo entre salud y la sociedad.

Hablar de la salud a nivel colectivo o social tiene implicaciones importantes a nivel sociopolítico, dado que permite hacer consideraciones acerca de la salud pública y de responder cómo el Estado y los ciudadanos determinan la salud. En este sentido, en la Carta de Ottawa (1986) se plantea que la promoción de la salud es el proceso de

capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, representando una mayor participación en el control de este proceso. Para alcanzar un estado completo de bienestar físico, mental y social, los individuos y grupos deben saber identificar aspiraciones, satisfacer necesidades, además de controlar los factores determinantes de su salud hacia la equidad.

En esta misma línea, la Conferencia impartida en Adelaida (1998) plantea la necesidad de generar políticas públicas saludables y ambientes de apoyo, que permitan el desarrollo de habilidades personales, fortalecimiento de la acción comunitaria y reorientación de servicios de salud, como reafirmación de la justicia social y equidad en la promoción de la salud. Por su parte, en la Carta de Yakarta (1997) se sostiene que la salud es un derecho humano fundamental y esencial para el desarrollo social y económico, siendo relevantes la educación, el derecho de expresión y las comunidades, para la promoción de la salud. Para Castro, Espinosa, Rodríguez y Santos (2007) la salud está considerada como uno de los principales bienes que poseen las personas y, por tanto, los distintos estados y gobiernos deben destinar un número cada vez mayor de recursos para mejorar la asistencia sanitaria de sus ciudadanos.

Como se puede ver, el concepto de salud ha variado en el último siglo en función de muchos factores, según Stone (1987 cp. Brannon y Feist, 2000) las diferentes definiciones expuestas pertenecen a dos categorías distintas: las que consideran a la salud como un estado ideal, y aquellas que hablan de la salud como un movimiento en una

dirección positiva. La primera definición supone que cualquier enfermedad o daño es una desviación de la buena salud y que el estado ideal puede restaurarse eliminando la enfermedad. La segunda definición considera a la salud como una dirección sobre un continuo, aquí se supone que el movimiento hacia un estado mayor de salud es mejor que el movimiento que se produce en dirección opuesta.

Según este autor, la primera clase de definición resulta limitada, ya que las personas que padecen ciertas discapacidades desde el nacimiento, como la ceguera, nunca podrían tener buena salud, a pesar de los logros y las contribuciones a la sociedad que pueda aportar. Esto se evita en el segundo tipo de definición, ya que considera a la salud como una dirección sobre un continuo, que implica que el movimiento hacia un estado mayor de salud es mejor que el movimiento que se pueda hacer en dirección contraria. Todos los aspectos de la vida (biológicos, psicológicos y sociales) deben ser tenidos en cuenta a la hora de definir qué es la salud, debido a su carácter multidimensional.

Igualmente se pueden destacar algunos elementos que ilustran los componentes del concepto tradicional de la salud y el concepto más reciente de salud. El concepto tradicional de salud, se enfoca principalmente, en el estudio de la enfermedad y sus causas, provenientes de un entorno capaz de afectar al individuo en su equilibrio; el rol del paciente es predominantemente pasivo (como un recipiente que recibe el tratamiento indicado por el médico especialista) y, donde además, el sistema de creencias, ideas y expectativas del paciente no se toma en cuenta por su irrelevancia en el proceso de

curación; el médico especialista por su parte, decide el tratamiento pertinente para la enfermedad y es responsable del proceso de “curar al paciente” de sus dolencias; es más bien una conceptualización basada en la enfermedad más que en la salud (Brannon y Feist, 2000).

El concepto más reciente de salud, se centra en el propio bienestar del individuo, es decir, enfatiza en la salud más que en la enfermedad; lo fundamental es preservar la condición de salud y bienestar integral. El paciente tiene un papel más activo, dado que puede prevenir determinadas enfermedades y fomentar o mantener el bienestar con su esfuerzo. Se destaca el papel preponderante de las variables conductuales y psicológicas en la determinación de la salud y la enfermedad.

Las propuestas recientes muestran la multidimensionalidad implicada en la concepción de la salud, constituida por áreas diferentes que aluden tanto a lo individual, como a lo grupal, entendiéndose por este último, aquellos contextos sociales en donde se desenvuelven las personas, surgiendo por ende determinados tópicos para la promoción de la salud, tales como: desarrollar habilidades personales, estimular el dialogo entre saberes distintos, crear condiciones para la toma de conciencia, y capacitación en el reconocimiento y expresión de las necesidades de salud, favorecer el análisis crítico de las realidades culturales que permitan la identificación de factores determinantes para la salud, estimular la participación en los procesos que interfieren y modificar los

determinantes de la salud, capacitar a las personas para que conquisten el control sobre la salud y condición de vida, entre otros (Sebastiani, Pilicioni y Chiattonne, 2002).

La mencionada evolución en la concepción de la salud, y la consiguiente necesidad sentida por algunos médicos y otros especialistas enmarcados en una perspectiva amplia de salud y enfermedad, que empezaron a cuestionar el uso del tradicional modelo biomédico, por ser insuficiente, determinó en gran medida el surgimiento de diferentes tipos de modelos de salud como los que se describen a continuación:

*Modelo Biomédico:* se desarrolla a partir del concepto de agente patógeno, que es el agente causal de la enfermedad. Esta concepción significa que simplemente la enfermedad es producida cuando un agente patógeno entra en el cuerpo. Este modelo es un enfoque unidimensional, que puede traducirse al dualismo cartesiano, donde los factores que "gobiernan" la mente difieren de aquellos que "gobiernan" el cuerpo. Sin embargo, la idea de que cada enfermedad es causada por un agente patógeno específico es simple y ha recibido varias críticas, como ya se mencionó anteriormente (Brannon y Feist, 2000).

*Modelo Biopsicosocial:* propuesto por Engel (1977 c.p. Brannon y Feist, 2000) implica la consideración y utilización de un pensamiento contextual y orgánico con los consiguientes cambios teóricos y de diseño de investigación (Schwartz, 1982).

Según Bayés (1979), lo fundamental del modelo biopsicosocial de enfermedad es la incorporación, no sólo de factores físicos, sino también psicológicos y sociales en la explicación de las enfermedades. Por tanto, para eliminar un padecimiento o una alteración en un medio interno se debe actuar, médicamente sobre este medio interno y cambiar también el medio externo, lo cual requiere tanto de un análisis fisiológico como psicológico y social, ya que la sola corrección del medio interno dejando inalterable el externo, puede traer como consecuencia que, al cesar la administración de fármacos, por ejemplo, el sujeto vuelva a descompensarse por permanecer vigentes otras causas (ambientales, psicológicas o sociales). Aunque este modelo es más complejo, esta complejidad es aquí necesaria, ya que la exclusión de factores psicológicos y sociales ha creado, durante mucho tiempo, una falsa o no ajustada visión de la enfermedad física y mental.

*Modelo Psicológico:* La evidencia cada vez más fuerte de la influencia de factores psicológicos y sociales en el desarrollo de enfermedades y en el mantenimiento de la salud, llevó al surgimiento del modelo psicosomático y el modelo psicológico. En líneas generales, el modelo psicosomático considera la acción conjunta de la “mente” y el cuerpo, y el modelo psicológico centra la atención en los aspectos psicológicos de los diversos trastornos (Schwartz, 1982).

Según Ribes (1990), el hacer hincapié en un modelo psicológico de la salud no elimina, y no pretende hacerlo, los modelos biológico y sociocultural. El modelo psicológico

constituye por así decirlo, un modelo de interfase indispensable para relacionar variables de dos niveles lógicos inconmensurables (el biológico y el sociocultural), a la vez que describe las modalidades y momentos en que es posible afectar el continuo “bienestar-enfermedad” a través de las acciones prácticas de los individuos. Este modelo incluye dos tipos diferentes de categorías descriptivas. La primera, se refiere a los procesos psicológicos que vinculan condiciones del organismo con acciones del individuo enmarcadas en un medio sociocultural. La segunda, describe la resultante o la consecuencia de dichos procesos, en términos de las características funcionales del comportamiento, la vulnerabilidad del organismo y sus efectos en la producción-prevenición de enfermedad y conductas asociadas a la alteración biológica (Ribes,1990). Así, el proceso psicológico pertinente al mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica comprende la interacción de tres factores fundamentales: la historia interactiva del individuo; las competencias funcionales al interactuar con una situación general y, la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación.

En resumen, desde un punto de vista psicológico (Ribes, 1990), la estrategia de un sistema eficaz de salud biológica implica dotar al individuo de los recursos prácticos necesarios para disminuir los factores ambientales que inciden en un aumento de la vulnerabilidad biológica, a la vez que se despliegan formas de acción que sean instrumentales para la prevención de todo riesgo vinculado a la aparición de patologías biológicas de tipo crónico y agudo.

Según Schwartz (1982) a pesar de que estos modelos consideran variables psicológicas en el desarrollo de la enfermedad, el modelo psicosomático y el psicológico, presentan deficiencias, por cuanto continúan enfocando el proceso de salud-enfermedad a través de un modelo unicausal que no aborda en su aproximación la naturaleza compleja del fenómeno.

*Modelo Bioconductual:* propuesto por Weiss (1992), denominado “modelo de planificación de conductas de salud”, implica la consideración de múltiples niveles de análisis, así como la participación de un equipo de científicos y clínicos relacionados con el área de la salud. Dicho modelo de planificación de conductas de salud, se compone de tres niveles. El primer nivel se refiere, al intrapersonal, donde el foco es el individuo, es decir, los factores genéticos, constitucionales, experiencias del desarrollo, autoeficacia para manejar las situaciones de la vida diaria, entre otros factores que son considerados cuando se evalúan relaciones de salud y problemas de responsabilidad para las estrategias de cambio de conductas y la predicción de los resultados de tales estrategias. El siguiente nivel se refiere al interpersonal, donde se encuentran las relaciones sociales, familiares y, cómo éstas promueven o inhiben el desarrollo, el cambio y el mantenimiento de las conductas de salud. Como es bien sabido, el soporte social, presión social y, medio ambiente familiar, entre otros, son poderosos reforzadores de conductas a través del ciclo de vida y deben ser consideradas para un mejor entendimiento y definición del papel de los cambios conductuales y los procesos de mantenimiento. El último nivel incluye los factores ambientales, los cuales abarcan las características físicas del lugar donde se

desenvuelve el individuo, así como los aspectos legales y políticos que determinan potencialmente las conductas de salud; como por ejemplo, el acceso a ejercicios y a un asesoramiento en salud, la disponibilidad de menús de dieta en las cafeterías de la escuela o en el trabajo, ambientes con buena ventilación e iluminación, acceso a centros culturales; leyes que regulen lo concerniente al consumo y venta de cigarrillos en cualquier lugar, leyes que regulen el uso del cinturón de seguridad, entre otros. El autor indica que programas que solamente se enfocan en los niveles intra e inter-personales, sin considerar las correspondientes modificaciones del ambiente, es poco probable que logren los cambios deseados a largo plazo (Weiss, 1992).

*Modelo Biopsicosocial Sistémico:* Lechín y Benaím (1996 cp. Benaím, 1996), está basado en una combinación de las concepciones dualista-monista, en el sentido que se conciben dos sistemas con sus definiciones, procesos y entidades que son diferentes entre sí y, cuya combinación origina un todo o unidad, donde se proporcionan nexos a través de eslabones numerosos y simultáneos.

El modelo planteado por los autores concibe la salud como una forma de vivir. Esto implica, que, al igual que otros modelos, cuando se habla de salud se suele pensar en elementos relativos a la bioquímica o al estado emocional; sin embargo, no se debe obviar que el individuo pertenece a una familia, tiene relaciones y emociones. Además, en este modelo se consideran otros factores como la personalidad o carácter que, finalmente desempeñan un rol estratégico en la presencia o ausencia de salud. Es

importante atender a cada individuo como un ser único, concebido desde diferentes niveles de organización el individuo es percibido y tratado como un “todo”. Se toman en cuenta tanto el enfoque de “enfermedad” como el de “padecimiento” y conjuntamente con la experiencia médica, se considera esencial para el tratamiento, la activa participación del paciente. El planteamiento es que existe solamente un organismo y, la naturaleza de las relaciones entre los sistemas es tan importante funcionalmente como lo son las relaciones dentro de un sistema. En síntesis, este modelo integra elementos adicionales a los biológicos, considerando los elementos psicológicos y sociales, en una perspectiva no sólo biopsicosocial, sino también sistémica.

*Modelo Holístico:* Es un modelo alternativo que surge como una proposición reciente en el estudio de la salud para el manejo de las enfermedades crónicas y donde se toman en cuenta los aspectos sociales, psicológicos, fisiológicos e, incluso, los espirituales en la salud de una persona (Brannon y Feist, 2000). Su énfasis se dirige al abordaje de enfermedades crónicas y degenerativas (cáncer, enfermedades del corazón, diabetes, artritis, o enfisemas), donde es muy poco lo que se puede hacer con un enfoque unidimensional. La salud es conceptualizada en el sentido de un óptimo bienestar que todas las personas pueden lograr reduciendo su exposición a diversos factores de riesgos y realizar esfuerzos para vivir en armonía consigo mismo y su entorno (Edlin y Golanty, 1988).

La palabra holística se refiere a que la salud es afectada por todos los aspectos del individuo y su vida, algunos relacionados con el cuerpo, otros con las emociones, los pensamientos, las actitudes y sentimientos, la calidad del entorno ambiental y social, las actividades ocupacionales, recreativas y, por la carencia de un bienestar espiritual del sujeto consigo mismo. Los defensores de este modelo destacan que los procesos psicológicos son, quizás, la influencia más importante sobre la salud; estos procesos determinan la relación con el entorno físico y social, las actitudes frente a la vida, y la interacción con otras personas.

Bajo esta perspectiva, la salud es un estilo de vida, a través del cual se desarrolla cada aspecto biológico, psicológico y espiritual del individuo, para interrelacionarse armónicamente con el entorno y consigo mismo. Por ende, se enfatiza el carácter multifactorial de la enfermedad tal y como lo sugiere Weil (1995), quien define que la enfermedad es emocional ya que la enfermedad del cuerpo es la expresión corporal de una crisis emotiva. La salud sería entonces, la totalidad y el equilibrio, una flexibilidad interior, que le permite al individuo afrontar las exigencias de la vida sin sentirse abrumado; el preciso estado de equilibrio dinámico y temporal destinado a agotarse conforme cambien las condiciones (Weil, 1995).

Cada uno de los modelos descritos anteriormente, ofrecen su aporte de una forma particular al estudio de la salud, teniendo en común todos ellos la necesidad de incorporar los aspectos psicológicos, sociales y espirituales además de los biológicos,

para una adecuada comprensión de la salud. Se destaca además en todos ellos la variable psicológica como determinante en la conceptualización y en el manejo de la salud, ya que sería el factor de enlace e interrelación entre los demás elementos implicados en el proceso de preservar la salud (Ray, 2004). Esta importancia de lo psicológico en el área de la salud ha permitido la aparición en psicología de diferentes campos de aplicación (psicología médica, salud conductual), entre los cuales resalta la psicología de la salud y la medicina conductual.

La medicina conductual busca el desarrollo de conocimientos y técnicas necesarias para el estudio de la salud y enfermedad a partir de la perspectiva del análisis experimental de la conducta. Integra conocimientos de diferentes disciplinas, como la biología, neurociencia, sociología entre otras, con el fin de determinar los factores que afectan cualquier sistema de respuesta del organismo (Canino, 1997).

Para Weiss (1992) la medicina conductual incluye el estudio de tres aspectos: a) un nivel de análisis intrapersonal, interpersonal y ambiental, b) diferentes áreas de aplicación: individual, familiar, servicios de salud, comunidad, trabajo, y c) procesos relacionados con las conductas saludables, cambios en conductas relacionadas con enfermedad, y el mantenimiento de conductas saludables. De allí que se defina a la medicina conductual como un campo interdisciplinario que aplica técnicas provenientes de las ciencias conductuales y biomédicas para el mantenimiento de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Por su parte, la psicología de salud se define como una disciplina de la psicología que se aboca al estudio de la salud como algo positivo, centrándose en la promoción y mantenimiento de la salud y en el estudio de los correlatos etiológicos relacionados con la enfermedad. Bajo esta perspectiva se utilizan primordialmente constructos psicológicos para comprender y promover la salud (Taylor, 1999).

A pesar de las diferencias entre estos dos campos, ambos buscan identificar los factores protectores y de riesgo asociados a la salud, tanto en sujetos sanos como enfermos, con el fin último de prevenir enfermedades. De esta manera, la presente investigación se enmarca dentro de estas dos áreas, dado que pretende evaluar las condiciones de salud de la población seleccionada y establecer las relaciones entre diferentes variables para detectar los factores protectores y de riesgo asociados a la salud, bajo una perspectiva multidimensional.

Uno de los aspectos centrales tanto en psicología de la salud, como en medicina conductual se refiere a la medición de la salud y los factores relacionados. Al respecto, Vivas y Cañoto (1994) exponen que, en psicología, la elaboración y validación de los instrumentos para la evaluación de las condiciones generales de salud, las tasas de prevalencia de ciertas enfermedades y de los factores asociados a las mismas, constituyen el primer paso en el proceso de investigación, ya que la sensibilidad y complejidad del material evaluativo influye directamente en la factibilidad y generabilidad del estudio.

En este sentido, se han elaborado medidas “objetivas” y “subjetivas” de la salud (Ross y Lin Wu, 1996). Como una forma de evaluación objetiva se suele emplear el funcionamiento físico del individuo, como por ejemplo la presión arterial, niveles de glucosa en la sangre, niveles de colesterol, entre otras respuestas fisiológicas, biológicas o químicas (Adler y Matthews, 1994). Otra manera de estudiar la salud física es mediante el reporte de enfermedad por parte de un especialista o diagnóstico, sea de manera global o mediante síntomas específicos.

Con respecto a las medidas subjetivas, se utiliza con frecuencia la evaluación de la salud por autorreportes del estado de salud físico o psicológico, sea de manera general o específica. Según algunos autores (Adler y Matthews, 1994; VanderZee y Buunk, 1995) este tipo de medidas presenta ventajas sobre la medición objetiva al brindar información más detallada y personalizada sobre la salud, lo que permite establecer vínculos entre la conducta y la enfermedad y, caracterizar los factores de riesgo indispensables para poder realizar prevención e intervención.

De esta forma, los estudios relativos a la evaluación de la salud utilizan en forma general dos herramientas; una basada primordialmente en mediciones objetivas: fisiológicas, bioquímicas, entre otras; y la otra basada en autorreportes (Brannon y Feist, 1992). Destacándose la asociación encontrada entre la evaluación subjetiva y la salud medida objetivamente, ya sea por evaluaciones médicas o índices de morbilidad y mortalidad (Ross y Bird, 1994).

En la presente investigación se obtiene una medida de salud a partir del autorreporte, una de salud general relacionada con trastornos psicológicos o psicopatológicos, y otra referida a la salud física, específicamente a síntomas; de manera tal de tener una medida más cercana a la evaluación objetiva de la salud, y por otro lado un acercamiento a la medición integral de la salud, considerando tanto elementos de la denominada salud psicológica (mental), como de la salud física.

Otro punto central dentro de la psicología de la salud y la medicina conductual, y relevante para la presente investigación, es la cuestión de por qué la gente se enferma o se mantiene enferma, interrogante que dirige la atención a los factores genéticos y psicosociales predisponentes de la enfermedad. Así se tiene la necesidad de explorar y evaluar cuáles factores sociales, psicológicos, ambientales se relacionan o influyen la salud de los sujetos, con el fin de clarificar los determinantes del estado de salud.

Al respecto se ha estudiado la relación o influencia que sobre la salud ejercen factores psicosociales o psicológicos como: niveles de estrés, estrategias de afrontamiento, expresión de emociones, apoyo social, locus de control, depresión, autoestima, conducta tipo A, entre otros; asimismo, se han considerado variables sociodemográficas, como: sexo, nivel socioeconómico, edad, ocupación, estado civil, entre otras.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se ha considerado principalmente la influencia del sexo sobre la salud. En este sentido, se han encontrado diferencias entre

hombres y mujeres, tanto en el reporte de síntomas, como en el tipo de enfermedad que padecen. Se han hallado más desórdenes mentales (ansiedad y depresión) en mujeres que en hombres.

Maciejewski, Prigerson y Mazure (2001), en un estudio para determinar diferencias por sexo en la experiencia de depresión mayor en respuesta a eventos estresantes, evaluaron 1024 hombres y 1800 mujeres de 25 a 80 años. Se obtuvo que las mujeres de la muestra diferían de los hombres, en cuanto a que tenían mayor edad, nivel socioeconómico más bajo, no estaban casadas, tenían más historia de estados depresivos y peores condiciones crónicas de salud que los hombres. Además presentaban mayores niveles de estrés económico, mayor apoyo social, pocos niveles de autoeficacia y mayor depresión en respuesta a algunos eventos estresantes.

Afifi (2006) investigó la asociación entre prácticas de salud y síntomas de depresión en 5409 estudiantes de escuela secundaria en Oman, controlando el efecto de factores de riesgo de la depresión como sexo, edad, educación de los padres, antecedentes médicos de enfermedad física o mental, historia de abuso físico o sexual y locus de control de salud. Llevó a cabo una regresión logística jerárquica, encontrando que las prácticas saludables están relacionadas con menor depresión (OR = 0,71;  $p < 0,01$ ) y que las adolescentes presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos que los hombres (19% vs 15%), aunque al ajustar por los otros predictores en el análisis multivariado, el sexo no tuvo un efecto significativo como factor de riesgo de la depresión.

Para Maciejewski y cols. (2001) la manera en que los hombres y las mujeres reaccionan ante las situaciones de estrés y el tipo de estresor explican las diferencias sexuales en la salud. Por su parte, Nolen-Hoeksema y Girgus (1994) establecen que las mujeres independientemente de la edad y nivel educativo, reportan más libremente sus síntomas que los hombres por la atención que suelen prestar éstas hacia su cuerpo, lo que las sensibiliza a percibir los cambios y malestares.

Para otros autores las diferencias sexuales pueden deberse a los hábitos de salud mantenidos por hombres y mujeres. Para Lee (1999) las mujeres australianas presentan algunos hábitos inadecuados de salud, como fumar, control excesivo de peso y menos actividad física, que las hacen más propensas a la presencia de enfermedades. Sin embargo, usando el mismo eje de los hábitos saludables, Dawson, Schneider, Fletcher y Bryden (2007) explican de otra manera por qué las mujeres presentan mayor reporte de síntomas. Indican que las mujeres acuden más a los chequeos médicos y por ende están más informadas sobre sus síntomas y posibles enfermedades, por lo que tienen mayor reconocimiento de estos síntomas en sí mismas y pueden reportarlos con mayor facilidad. Así mismo, afirman que los hombres evalúan mejor su estatus de salud general que las mujeres, a pesar de presentar más conductas de riesgo de salud, dado que son los hombres los que perciben poca vulnerabilidad a las enfermedades.

Otra explicación viene dada por Feldman (1995) quien, en función de sus investigaciones en Venezuela, indica que a causa del desarrollo de la sociedad la mujer ha asumido roles

múltiples que llevan a su vez a asumir mayores responsabilidades y estar expuestas a mayores situaciones de estrés; en consecuencia la mujer es más propensa a padecer y reportar problemas de salud.

Una posición que trata de explicar las diferencias sexuales en salud es la de Ross y Bird (1994), estos autores indican que estas diferencias son paradójicas dado que las mujeres reportan peor salud, pero viven más, experimentan más enfermedades no fatales, así como síntomas más agudos, mientras que los hombres presentan más enfermedades crónicas que desarrollan a lo largo de sus vidas. De esta manera los autores proponen una explicación en dos categorías: a) la desigualdad en la asignación de tareas laborales y del hogar, y la experimentación de esta desigualdad por las mujeres y b) los estilos de vida, los cuales son peores en los hombres. Ambas categorías permiten explicar la paradoja de las diferencias sexuales en salud.

En esta línea, con el objetivo de evaluar la influencia de la adopción de diferentes roles y las diferencias por sexo en desórdenes mentales, Weich, Sloggett y Lewis (2001) estudiaron la salud, medida por el cuestionario general de salud de Goldberg, en 12370 personas entre 16 y 70 años. Se obtuvo que es más probable que el hombre esté empleado tiempo completo y la mujer labore medio día, cuide a los niños y estudie una carrera. El tener la responsabilidad del cuidado de los niños se asoció con la presencia de desórdenes mentales tanto en hombres como en las mujeres. Además se encontró asociación en estar desempleado y poca salud en los hombres; y el tener una carrera y

cuidar a los niños y poca salud en las mujeres. Aunque se observó que las mujeres que desempeñan menos roles que el promedio presenta más riesgo de presentar desórdenes mentales, dados los resultados anteriores, las diferencias por sexo no son explicadas por sólo el número o tipo de rol social ocupado. Estos autores proponen estudiar la demanda, el control y el refuerzo como características del rol social.

Ross y Bird (1994) proponen que las diferencias sexuales en salud y su asociación con la cantidad de roles sociales se explica por el estilo de vida, el nivel de salario, el control percibido y la edad. En 2031 sujetos entre 18 y 90 años, encontraron que los hombres presentaron mejor salud ( $\beta=0,23$ ,  $p< 0,05$ ), las mujeres que tenían un trabajo y que además tenían responsabilidades en las tareas del hogar tenían aún peor percepción de salud, sin embargo la diferencia entre los hombres y las mujeres desaparecía con la edad.

Sin embargo, otras investigaciones no han encontrado diferencias entre los sexos, alegando, los autores, que estas diferencias sexuales tienden a desaparecer cuando se evalúa en forma general a la salud (VanderZee y Buunk, 1995), o cuando se considera una variable mediadora como el rol sexual.

En cuanto al papel del rol sexual, Matud y Aguilera (2009) evaluaron en 337 personas españolas con una media de edad de 32 años si existían diferencias en la salud mental medida por el cuestionario de Goldberg entre los cuatro roles sexuales de Bem (1974) y si estos interactuaban con el sexo de los participantes. Hicieron análisis de varianza

multivariados (MANOVA) y univariados (ANOVA) y se halló que la asociación entre roles sexuales y salud mental dependía del tipo de indicador de salud utilizado. En la sintomatología somática, de ansiedad y de insomnio, las mujeres tuvieron puntuaciones medias más altas que los hombres (somáticos  $H= 5,09$ ,  $M= 6,24$ ,  $F=6,82$ ,  $p< 0,05$ ); ansiedad e insomnio  $H= 4,88$ ,  $M= 6,02$ ,  $F=5,32$ ,  $p< 0,05$ ). Sin embargo, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en sintomatología depresiva ni en disfunción social. Se encontró que la interacción rol sexual x sexo era estadísticamente significativa ( $F=2,33$ ,  $p< 0,05$ ), los hombres clasificados como indiferenciados presentaron menor sintomatología somática respecto a los clasificados como femeninos o como andróginos, mientras que las mujeres clasificadas como indiferenciadas fueron las que tuvieron más síntomas somáticos, de ansiedad e insomnio respecto a las andróginas. Se indica así, la relevancia que los roles sexuales pueden tener en las diferencias de sexo en salud mental.

Otra variable sociodemográfica que ha sido estudiada, es el nivel socioeconómico. Se ha establecido que el poseer un nivel socioeconómico bajo se asocia con un mayor reporte de síntomas y peores hábitos de salud.

House, Lepkowski, Mero, Kinney, Kessler y Herzog (1994) en una muestra de 2867 sujetos entre 18 y 55 años, encontraron con un nivel de significancia de 0,001, que el poseer un estatus socioeconómico bajo afecta negativamente la salud (promedios de 9,16 para profesionales a 14,24 para personas sin herramientas laborales). Para los autores los

problemas de nutrición y deficientes cuidados médicos podrían explicar por qué los individuos con menos nivel económico presentan mayores enfermedades. También encontraron que las mujeres reportan mayor depresión que los hombres ( $M= 13$  vs  $M= 10,21$ ), las personas casadas niveles más bajos de depresión que los solteros o divorciados ( $M= 9,98$  vs  $M= 13, 70$  y  $M= 14,22$ ), y que la depresión declina con la edad (promedios de 15,11 para 18-25 a 9,15 para 46-55).

En un estudio sobre la influencia que tiene el contexto socioeconómico sobre la salud mental, Aneshensler y Sucoff (1996) evaluaron 877 adolescentes de nivel socioeconómico bajo, donde aproximadamente la mitad eran latinos. Se obtuvo una mayor prevalencia de desórdenes conductuales ( $\beta=-0,13$ ) y depresión ( $\beta=-0,14$ ) en latinos con bajo nivel socioeconómico y, mayor frecuencia de conductas oposicionistas ( $\beta=-0,17$ ) en la clase trabajadora afroamericana, significativos al 0,01. Los autores explicaron este hallazgo por la exposición a un entorno más violento, consumo de drogas y pobreza en estos grupos, dado que percibir que se vive en este entorno se asoció con la presencia de disturbios emocionales y conductuales (betas entre 0,11 y 0,22). Así mismo, encontraron que las mujeres presentaron mayor ansiedad ( $\beta=0,14$ ) y depresión ( $\beta=0,11$ ) que los hombres.

Otra investigación es la de Robert (1988) quien en 3617 adultos evaluó el impacto del nivel socioeconómico de la comunidad y el individual sobre la salud de los sujetos. Encontró que ambos niveles se relacionaban con los niveles de salud, en el sentido de

que un mayor nivel se asociaba con mejores niveles de salud. Se obtuvo, también, que el nivel socioeconómico individual y familiar era un mejor predictor que los indicadores del nivel socioeconómico de la comunidad.

Por su parte, McDonough, Williams, House y Duncan (1999) examinaron en 5665 (entre mujeres y sus parejas) de 29 o más años de edad, la relación entre la posición económica y los índices de mortalidad, así como el efecto moderador del sexo en esta relación, bajo la hipótesis de que la posición estructural y su asociación con la mortalidad refleja condiciones y procesos específicos en el mercado laboral y la familia que son diferentes para hombres y mujeres. Se midió el estatus marital (matrimonio y concubinato) y se controló el efecto de la edad, raza y discapacidad laboral. Se halló que presentar un bajo nivel socioeconómico se relacionaba con la mortalidad, no encontrándose diferencias entre los sexos, lo que no verifica la hipótesis planteada. Además, se obtuvo que el hombre presentaba mayores riesgos de muerte cuando la esposa contribuía significativamente al ingreso familiar.

En estas investigaciones se evidencia que la condición laboral y el nivel educativo se relacionan con el nivel socioeconómico, usándose en ocasiones como indicadores del mismo. En este sentido, se ha estudiado el efecto de estas variables en la salud, estableciéndose que poseer un trabajo y presentar un alto nivel de educación se constituye en un factor protector para la salud.

En esta línea de investigación, Ross y Mirowski (1995) con el objetivo de verificar si el trabajo tenía un efecto directo sobre la salud, evaluaron a 2436 con edades comprendidas entre los 20 y 64 años. Los resultados indicaron que los empleados a tiempo completo tenían una mejor percepción de salud que los sujetos que no trabajaban (salud autopercebida  $\beta=0,11$ ; funcionamiento físico  $\beta=0,12$  para los hombres y salud autopercebida  $\beta=0,06$ ; funcionamiento físico  $\beta=0,08$  para los mujeres, todos con una  $p= 0,01$ ); además los empleados mantenían su nivel de salud después de un año, lo que no sucedía en los desempleados en quienes declinaba su percepción de salud. No encontraron diferencias entre hombres y mujeres, en la relación entre salud y nivel socioeconómico, aunque en el hombre es más fuerte. Los autores explican sus hallazgos en dos direcciones: el trabajo funciona como factor protector de la salud porque proporciona estatus, poder, independencia económica y el reconocimiento de otros, y además por la autoselección de la muestra, es decir generalmente se seleccionan a personas saludables para desempeñar los cargos, quienes tienden a su vez a conservar su empleo (hipótesis del trabajador sano).

Con respecto al nivel educativo, se ha encontrado que un elevado nivel educativo se asocia con un menor reporte de síntomas físicos y mentales (Mirowski y Ross, 1992). Esto debido a que un mayor conocimiento, acceso a la información y sentimientos de control relacionados con el nivel educativo, lleva a tener un estilo de vida más saludable y por ende un reporte positivo de salud.

Por otra parte, se presenta a la edad como una variable que modifica los patrones conductuales relacionados con salud y en consecuencia el reporte de síntomas y enfermedades.

Las investigaciones coinciden en señalar que a mayor edad mayor es el riesgo de padecer enfermedades (Soldatos, 1994). Así, la persona se vuelve más vulnerable a las enfermedades a medida que tiene mayor edad, declina la función inmunológica y la capacidad del organismo para enfrentar físicamente los problemas cotidianos, acumulándose los efectos de diferentes factores de riesgo, como el estrés, fumar, inactividad física, obesidad, entre otros (House y cols., 1994).

No obstante, se ha encontrado que el poseer una menor edad aumenta los problemas de salud, sobre todo los relacionados con la depresión, ansiedad y angustia. Lee (1999) con el fin de evaluar las conductas saludables entre grupos de distintas edades que se relacionan con el bienestar físico y psicológico, seleccionó una muestra de 612 mujeres de tres grupos de edad (18-23, 45-50, y 70-75). Se obtuvo que el grupo de jóvenes, fumaba más y presentaba mayor humor depresivo y niveles de estrés emocional en comparación con las mujeres de mayor edad. El grupo de mediana y tercera edad presentaba mayor sobrepeso. Según este autor, los más jóvenes presentan menor bienestar debido a la ansiedad académica y preocupación por el futuro, mientras que las personas mayores afrontan de buena manera las tareas del envejecer y realizan cambios que las llevan a un buen ajuste psicológico.

Leventhal, Diefenbach, y Hansell (1996) evaluaron como el afecto negativo (ansiedad y depresión) predecían los síntomas somáticos luego de seis meses en dos muestras de adultos de 62 y 73 años promedio de edad. Los resultados evidenciaron que la edad y el estatus de salud se relacionó con las medidas de afectividad ( $r$  entre 0,11 y 0,19) y con los síntomas físicos a los 6 meses ( $r=$  0,15 y 0,26). Participantes con alta depresión reportaron más síntomas que los de baja depresión ( $F=$  11,38,  $p<$  0,001), la ansiedad como afectividad negativa no se relacionó con los síntomas.

En este sentido, Twenge (2000) examinó a partir de un metanálisis 170 muestras de estudiantes universitarios entre 1952 y 1993, y 99 muestras de niños calculó la correlación entre medidas de ansiedad y factores sociales. A partir de los datos ( $d$  entre 1,07 y 1,96 y  $r$  entre 0,24 y 0,76 significativas al 0,01) explica que la sociedad moderna conlleva a una mayor ansiedad, insatisfacción, inseguridad laboral en comparación a sociedades pasadas, sugiriendo que la causa de los altos niveles de ansiedad podrían deberse a los efectos de la cohorte de nacimiento (como una medida de la influencia de factores socioculturales y ambientales) sobre la personalidad y salud de los sujetos. Así el aumento de elementos ambientales dañinos, como divorcios, crímenes, inseguridad social, es el responsable de que personas nacidas alrededor de los años 80s presenten mayor ansiedad que los nacidos en los años 50. Para este autor los factores económicos juegan un papel pequeño en estas diferencias.

Así mismo, se ha estudiado la relación entre el estado civil y la salud, enfatizándose que el estatus marital es determinante en el bienestar psicológico. Feldman (1995) mostró que las personas casadas sin hijos o con hijos grandes y las personas solteras presentaban menores niveles de síntomas depresivos que las personas separadas o divorciadas. Las personas solteras manifestaron mayores niveles de síntomas depresivos que las casadas. Se reportó también, que los solteros, viudos o divorciados refieren más problemas de salud que aquellos que están casados.

Brown (2000) evaluó el efecto del tipo de unión (concubinato o matrimonio) sobre la depresión. Se usaron las respuestas de 678 concubinos y 6877 casados. Se midieron también la presencia de niños en el hogar, el estatus socioeconómico, poder de la relación, calidad de la relación, sexo, raza, edad y uniones previas. Los autores esperaban que las personas en concubinato presentaran mayor depresión dado por la inestabilidad percibida de los concubinos de la unión. Como se esperaba, las personas en concubinato presentaban más depresión que las casadas, además se obtuvo que jóvenes, mujeres, personas de raza negra y con uniones previas reportaron mayores niveles de depresión. Los altos niveles educativos se asociaron con bajos niveles de depresión y la presencia de niños en el hogar tuvo poco efecto en este síntoma.

En esta línea de investigación, algunos autores resaltan que no es sólo el estatus marital, sino la trayectoria marital o las creencias acerca del matrimonio lo que se relaciona con la salud. De esta manera, Barrett (2000) examinó la relación entre el estado civil y la

salud mental: depresión, ansiedad y abuso de sustancias; especificando las dimensiones de la trayectoria marital (número, tipo de pérdidas matrimoniales y duración del estatus en curso), en 2518 personas mayores de 30 años. Los resultados indicaron que los no casados presentaron mayor depresión que los casados ( $\beta=0,28$ ,  $p< 0,01$ ), aunque no hubo diferencias en ansiedad y abuso de sustancias. El número de separaciones previas moderan los efectos del matrimonio sobre la salud, donde a mayor número de separaciones más trastornos psicológicos (Betas entre 0,10 y 0,14,  $p< 0,05$ ). Se observó, que múltiples divorcios se asocian con depresión ( $\beta=0,08$ ,  $p<0,05$ ), y múltiples “enviudos” con ansiedad ( $\beta=0,10$ ,  $p< 0,05$ ).

Simon y Marcussen (1999) estudiaron los cambios en la salud mental como una función del cambio en el estatus marital y su relación con la creencias hacia el matrimonio, en una muestra de 10005 sujetos. Se halló que los sujetos con pérdidas maritales manifestaban mayor depresión, y ésta era mayor cuando las personas creían en la permanencia del matrimonio. No hubo diferencias entre hombres y mujeres en la relación entre estatus marital y salud. Los autores resaltan la necesidad de incorporar las creencias y factores socioculturales dentro de la teoría e investigación del impacto de los estresores y estatus marital sobre la salud mental.

Como se puede observar, las investigaciones anteriores apuntan a la influencia de las variables sociodemográficas sobre la salud psicológica o física. A continuación se

presentan otras investigaciones donde se evalúa la influencia conjunta de estas variables sociodemográficas sobre la salud.

House y cols. (1994) estudiaron la relación entre sexo, edad, educación y nivel socioeconómico y la salud. Observó que el nivel socioeconómico moderaba la relación de la edad con la salud: en los niveles socioeconómicos altos la salud empieza a declinar más tarde que en niveles socioeconómicos bajos. El impacto negativo de variables psicosociales que afectan a la salud se incrementaba con la edad, sin embargo según los autores, las personas con nivel socioeconómico alto tenían menos riesgo de padecer de enfermedades en la mediana y la temprana vejez, dado que el nivel socioeconómico permite a las personas estar expuestas, en menor medida, a factores socioeconómicos estresantes y por ende a desarrollar menos trastornos a lo largo de su vida.

Ross y Ling Wu (1996) evaluaron en 2031 respondientes de 18 a 90 años de edad, 1282 mujeres y 749 hombres, el efecto conjunto de la edad y el nivel educativo con síntomas de enfermedad. A un nivel de significancia de 0,01 encontraron que el funcionamiento físico entre personas con diferente nivel educativo decrece con la edad, sin embargo el descenso es mayor en aquellos con niveles más bajo. Específicamente, poseer menor edad y tener mayores niveles educativos se asoció con más bienestar físico, funcionamiento físico y salud en general (b alrededor de -0,021 para edad y de 0,06 para nivel educativo).

Por su parte, Angelucci (2001) evaluó la salud física y psicológica en 206 empleados universitarios entre 20 y 60 años (115 de una universidad pública y 91 de una universidad privada; 74 hombres y 132 mujeres) y su relación con factores sociodemográficos, como nivel socioeconómico, edad, sexo, tipo de universidad y, cumplir labores de supervisión. Igualmente analizó el efecto del apoyo social y el locus de control sobre la salud física y psicológica (resultados de este análisis se indican más adelante). Con relación a las variables sociodemográficas se encontró a un nivel de significancia de 0,05 que el tener menor edad se asoció con mayores síntomas psicológicos, como depresión ( $\beta = -0,262$ ), cansancio y trastornos del sueño ( $\beta = -0,251$ ), ansiedad y angustia ( $\beta = -0,357$ ,  $p = 0,001$ ) y mayores síntomas físicos ( $\beta = -0,237$ ). El ser divorciado se asoció con la presencia de síntomas físicos ( $\beta = 0,230$ ), mayor cansancio ( $\beta = 0,181$ ), mayor depresión y mayor ideación suicida ( $\beta = 0,179$ ). Las mujeres presentaron mayor ansiedad y angustia ( $\beta = 0,198$ ). El nivel socioeconómico no se relacionó con la salud y; el no supervisar a otros en el trabajo se asoció con mayor depresión ( $\beta = -0,154$ ). En esta investigación se concluye que los factores sociodemográficos inciden en la condición de salud.

Duetz, Abel y Niemann (2003) analizaron la asociación entre salud y factores socioeconómicos y psicosociales, a través de un estudio longitudinal, considerando al sexo como variable moderadora. Utilizaron una muestra de 923 adultos con edades comprendidas entre 56 y 66 años, obteniendo que las medidas de salud presentaban entre sí correlaciones moderadas ( $r$  entre 0,27 y 0,48), presentando mayor correlación en las

mujeres que en los hombres. A través de un análisis de regresión, con una  $p < 0,05$ , encontraron para la salud física que los hombres ( $\beta = 0,35$ ), las personas de menor edad ( $\beta = 0,13$ ), mayor nivel educativo ( $\beta = 0,092$ ), mayor ingreso económico ( $\beta = 0,07$ ), menor locus de control externo ( $\beta = -0,13$ ) y mayor locus de control interno ( $\beta = 0,06$ ) presentaron mayor cuidado físico. En cuanto al autorreporte de salud se halló que mayor nivel educativo ( $\beta = 0,08$ ), mayor ingreso económico ( $\beta = 0,10$ ) y menor locus de control externo ( $\beta = -0,14$ ) predecían una mejor salud.

Los estudios anteriores resaltan la necesidad de considerar la influencia de las variables sociodemográficas de manera individual y conjunta sobre la salud, aspecto que se toma en cuenta en la presente investigación. Específicamente se evalúa el efecto del sexo y la edad sobre la salud física y psicológica.

Por otra parte, también se ha estudiado la influencia de variables psicosociales como factores de riesgo o protectores de la salud de los individuos. En forma general, se ha estudiado el efecto de variables relacionadas con el estrés: estrategias de afrontamiento, percepción de situaciones de estrés, respuestas ante situaciones de estrés; variables como expectativas de autoeficacia, personalidad tipo A, apoyo social, locus de control, emoción, entre otras.

Con relación a las estrategias de afrontamiento del estrés, éstas parecen ser un factor que media la relación entre estrés y los factores físicos y mentales, de manera que las

personas que utilizan de forma efectiva las estrategias de afrontamiento tienen menos estrés y menos estadios depresivos (Rohde, Lewinsohn, Tilson y Seeley, 1990).

También se ha encontrado que la autoeficacia juega un importante papel en la salud. Grebowbowski, Patrick, Diehr, Durham, Beresford, Kay y Hecht (1993) en una investigación con 2524 personas entre 64 y 74 años encontraron que los individuos con alta autoeficacia y alta expectativa de resultados referida a algún comportamiento preventivo tenían mayores conductas preventivas en general que los sujetos con menor autoeficacia ( $r$  entre 0,10 y 0,30,  $p < 0,01$ ). Al comparar las medias de autoeficacia y expectativas de resultados de los grupos sin riesgo y con riesgo de salud, se encontró que las diferencias fueron alrededor de 2 puntos, significativas al 0,0001 en las conductas: ejercicio, grasa, peso, fumar y alcohol, todas a favor del grupo sin riesgo.

Por su parte, Schwarzer y Renner (2000) con el fin de estudiar el efecto de la percepción de riesgo, las expectativas de resultado y autoeficacia, y el afrontamiento de la autoeficacia en la intención de adoptar una dieta saludable, propusieron un modelo que verificaron para un grupo de personas con un índice de masa corporal bajo y otro alto, y para un grupo de personas menores a 30 años de edad y otro mayores a 31 años. Recopilaron información de 580 adultos con un promedio de edad de 43 años y 48% eran mujeres. Los índices de ajuste para los cuatro modelos fueron buenos: RMSEA entre 0,03 y 0,06; GFI = entre 0,95 y 0,98. Se halló que poseer más expectativas de autoeficacia acerca de la salud se relacionaba con una mejor nutrición: baja grasa y alto

contenido de fibra en los cuatro modelos ( $\beta$  entre 0,21 y 0,48,  $p < 0,05$ ). Se observó además que la acción de la autoeficacia era mayor en sujetos de mayor edad y con sobrepeso, es decir aquellas personas más involucradas con la necesidad de adoptar una dieta saludable.

Bosma, Sanderman, Scaf-klomp, Van Eijka, Ormel y Kempen (2004) examinaron los cambios de ansiedad y depresión antes y después de una caída, y sus predictores psicosociales. La muestra estuvo conformada por 181 pacientes con lesiones en las extremidades por caídas, con un promedio de edad de 57 años de edad. Encontraron con un nivel de significancia de 0,05 que los síntomas de ansiedad y de depresión se asociaban entre sí ( $r=0,52$ ), al igual que con autoeficacia ( $r=0,53$  y  $r=0,34$ , respectivamente), dominio ( $r=0,45$  y  $r=0,37$ ) y neuroticismo ( $r=0,42$  y  $r=0,59$ ), además encontraron que la edad se correlaciona con menos autoeficacia ( $r=0,29$ ), las condiciones críticas correlacionan con menos dominio ( $r=0,34$ ) y las mujeres reportan mayor neuroticismo que los hombres (4,58 versus 3,09;  $t=-2,21$ ). Al evaluar los síntomas depresivos después de la caída, encontraron luego de un año que estos aumentaban ( $t=-2,23$ ). Así mismo las mujeres presentaron mayor dominancia y neuroticismo, siendo estas dos variables predictores del cambio antes y después de la caída.

Así mismo, se ha encontrado relación entre el locus de control de salud y la ejecución de comportamientos preventivos o adherencia al tratamiento. Por ejemplo, Bundek, Marks y Richardson (1993), en una muestra de 429 mujeres entre 55 y 85 años, hallaron que el

locus de control interno se relacionaba más con auto examen de seno ( $t= 2,77, p<0,01$ ) y la atención prestada a la información sobre salud ( $t= 4,43, p<0,001$ ), que el locus de control externo otros poderosos, para el caso del chequeo ginecológico el locus de control otros poderosos fue mayor que el interno ( $t= 2,77, p<0,05$ ). Por su parte, Stenström y Wikby (1998) examinaron la relación entre el locus de control de salud en la diabetes y el control metabólico de esta enfermedad por parte de los pacientes, en una muestra de 312 diabéticos con edades entre 18 y 83 años. Se obtuvo que los pacientes con mayor locus de control interno y menor locus de control externo, se adhirieron más al tratamiento, poseían más información acerca de la enfermedad, mostraban menos ansiedad y mayor satisfacción con el tratamiento.

En este sentido, Christensen, Turner, Smith, Holman y Gregory (1991) determinaron la relación entre locus de control de salud y la depresión en pacientes renales sometidos a hemodiálisis. Estudiaron 96 pacientes (66 sin trasplante y 30 con trasplante no exitoso). Los resultados mostraron que no habían efectos del locus de control de salud por sí solo, las creencias de control personal interactuaron con el estatus del tratamiento ( $F= 10,03, p< 0,005$ ) y con el estatus del tratamiento por la severidad de la enfermedad ( $F= 4,46, p< 0,05$ ). Los contrastes a posteriori indicaron que los pacientes con tratamiento y locus de control interno determinan el grado de depresión sólo en el grupo de alta severidad de la enfermedad. En los pacientes sin trasplante, las personas con altas creencias de control interno reportaron a un menor nivel de depresión; en los pacientes con fallas en el

trasplante las personas con altas creencias de control interno reportaron a un mayor nivel de depresión.

Härkäpä, Järvikoski y Vakkari (1996) en una muestra de 76 pacientes con dolor de espalda crónico, encontraron que la creencia de estar controlado por los otros poderosos estaba asociada a la presencia de menos estrategias de afrontamiento adaptativas, y las creencias débiles de control personal estuvieron significativamente asociadas a cogniciones catastróficas. Contrario a lo supuesto por los autores, el uso de estrategias conductuales estuvo asociado a las creencias en el control de otros poderosos. Los autores explicaron el hallazgo argumentando que en los pacientes en condiciones crónicas es más beneficioso tener creencias externas, lo que quizá refleja la necesidad de apoyo social, así como la necesidad de creer en los expertos para mejorar su salud.

Por su parte, Johanson, Plomin, Ahern, Grant, Pedersen, Berg y McClearn (2001) evaluaron el locus de control de salud y su relación con la salud: estilo de vida, depresión, satisfacción, salud reportada y cuidados médicos, en 420 adultos de la tercera edad, con un promedio de 83 años de edad. Asimismo, analizaron la contribución de factores genéticos y ambientales al locus de control de salud en 141 gemelos de la tercera edad. Se obtuvo que altos niveles de educación se asociaron a bajos puntajes en locus de control externo por azar y suerte; un mayor nivel socioeconómico se relacionó con un bajo puntaje en locus de control externo por azar y bajo locus de control interno. El

reporte de salud se relacionó positivamente con el locus de control interno y el externo por otros poderosos. La depresión negativamente con locus de control interno y la satisfacción positivamente con el locus de control interno. El número de visitas al médico correlacionó negativamente con el locus de control interno y positivamente con el locus de control externo por otros poderosos. Se observó la influencia del ambiente sobre la escala de control externo por suerte y la combinación de factores genéticos para el locus de control externo por otros poderosos.

En la investigación de Angelucci (2001) la variable locus de control de salud no funcionó como un predictor de la salud física, aunque sí de algunas dimensiones de la salud psicológica evaluada en empleados universitarios; así, se observó con una  $p < 0,05$ , una asociación entre la dimensión de locus de control interno con ansiedad ( $\beta = -0,17$ ) y con ideación suicida, ( $\beta = -0,22$ ) y, el locus de control externo con ansiedad ( $\beta = 0,16$ ) y con depresión ( $\beta = 0,18$ ) donde menor locus de control interno y mayor locus de control externo se asocia con mayores síntomas psicológicos según la dimensión.

En la investigación de Duetz, Abel y Niemann (2003) mencionada anteriormente, encontraron ( $p < 0,05$ ) en cuanto al locus de control que el locus externo era el mejor predictor de la salud, donde un menor locus de control externo se asociaba con mayor cuidado físico ( $\beta = -0,13$ ) y una mejor salud ( $\beta = -0,14$ ). El locus de control interno correlacionó pero bajo con mayor cuidado físico ( $\beta = 0,06$ ).

Por otra parte, uno de los factores que más atención ha tenido es el apoyo social, al cual se le ha enfatizado como un factor protector de salud. Respaldando esta idea, Bagés (1990) y Norris y Kariasky (1996), entre otros autores, plantean que el apoyo social es uno de los tópicos principales dentro de las áreas de investigación de la psicología de la salud y medicina conductual, dada su estrecha relación con el bienestar físico y emocional de los sujetos, en la medida que actúa como facilitador del mismo, razón por la cual se le detalla a continuación.

Para Cohen (1988) el apoyo emocional percibido se define como el grado de involucración, confianza, estima y valor que está disponible de los otros significativos. El apoyo social reduce o elimina las circunstancias evaluadas como estresantes y promueve un afecto positivo en la autoestima o expectativa de autoeficacia. Además produce efectos sobre el sistema inmunológico y endocrino del individuo, reduciendo la susceptibilidad a padecer enfermedades al promover conductas de cuidado del sistema de salud. Según Wohlgemuth y Betz (1991) y Seeman, Lusignolo, Albert, y Berkman (2001) se pueden elaborar dos dimensiones del apoyo social, una estructural que alude a los lazos que los individuos establecen con los otros y en particular al número de relaciones o roles sociales que una persona tiene, la frecuencia de sus contactos, incluyendo la condición marital y la pertenencia a grupos; y otra funcional que se refiere a las cualidades de las relaciones sociales, la calidad y valor del apoyo social que recibe.

Uchino, Cacciopo y Kiecolt-Glaser (1996) en la revisión de la literatura encontraron evidencia de los efectos beneficiosos que el apoyo social tiene en diferentes aspectos de la salud. En primer lugar sobre la función cardiovascular al reducir la reactividad cardiovascular a los estresores psicosociales, en segundo lugar en la función endocrina ya que el apoyo social se asocia con niveles más altos de adrenalina y de cortisol, y en tercer lugar sobre el sistema inmunológico puesto que la ausencia del apoyo social, se asocia con la supresión de dicho sistema.

En este sentido, Connell, Davis, Gallant y Sharpe (1994) propusieron un modelo para predecir depresión a partir de un conjunto de variables sociodemográficas, expectativas de autoeficacia, expectativas de resultados, apoyo social, apoyo social específico para la diabetes y amenaza de diabetes. Evaluaron a 362 diabéticos con una edad promedio de 54 años y encontraron buenos índices de ajuste del modelo, excepto el chi cuadrado:  $X^2=151,74$ ,  $p<0,001$ ; RMSEA= 0,47, GFI = 0,96 y un AGFI= 0,89. Los niveles elevados de apoyo social percibido se asociaron con menor depresión ( $\beta= -0,37$ ,  $p<0,001$ ) y menos amenazas de diabetes ( $\beta= -0,29$ ,  $p<0,001$ ) siendo esta relación independiente del sexo, estado civil, edad y nivel educativo.

Pacheco, Suárez y Angelucci (1998) estudiaron 669 estudiantes universitarios entre los 16 y 37 años de edad, con el fin de verificar el efecto de la edad, año y tipo de carrera, estado civil, sexo, nivel socioeconómico, la depresión, el apoyo social sobre la salud mental o psicológica, mediante un modelo de ruta. Los resultados mostraron que la edad,

ser hombre, y la presencia de humor depresivo se asoció con mayores alteraciones de salud psicológica (Betas entre 0,12 y 0,54,  $p < 0,05$ ). Mientras que el poseer mayor apoyo social de amigos se relacionó con una menor falta de bienestar ( $\beta = -0,22$ ,  $p < 0,05$ ), depresión ( $\beta = -0,18$ ,  $p < 0,05$ ) y disturbios del sueño ( $\beta = -0,15$ ,  $p < 0,05$ ), constituyéndose en un factor protector de salud.

Por su parte, Meneses, Feldman y Chacón (1999) llevaron a cabo una investigación en 73 empleadas universitarias entre 22 y 57 años, con el objetivo de establecer la relación entre el nivel de estrés, el apoyo social y la autopercepción de la salud física y mental. La disponibilidad de apoyo de la pareja y el apoyo de instituciones, específicamente de índole religiosa, estaban relacionadas con una mejor percepción de salud mental. El apoyo laboral se relacionó con una menor probabilidad de presentar problemas de somatización, angustia y ansiedad.

Siguiendo esta línea de investigación, más recientemente Feldman y Saputi (2007) evaluaron la relación entre la cualidad de los roles sociales y la salud mental considerando los efectos moderadores del apoyo social en 122 mujeres secretarias u oficinistas con un promedio de edad de 38,9 años. El nivel educativo de la mayoría de las participantes era intermedio (educación media), y cerca del 70% de las mujeres tenía hijos. Se realizaron análisis jerárquicos de regresión múltiple. Se encontró, con una  $p < 0,05$ , una asociación positiva entre el apoyo social y la percepción adecuada de la salud ( $\beta = 0,22$ ), la salud mental medida por Golberg ( $\beta = -0,42$ ) y con ansiedad ( $\beta = -0,39$ ), la

cualidad del rol pareja y laboral en su dimensión preocupaciones se relacionó con salud mental y ansiedad con Betas entre 0,20 y 039; de manera que el apoyo social se relaciona con mejor salud y las preocupaciones originadas por el rol con peor salud. Así mismo, hallaron que mientras mayor es el apoyo prestado por la pareja, más bajos son los niveles de ansiedad y menor es el número de problemas reportados con relación a la salud mental. Los individuos que reportaron niveles elevados de angustia emocional, síntomas somáticos, disfunción social y depresión, recurrían menos al apoyo de los grupos, de las instituciones o de la religión. Además, mientras más elevada era la percepción del apoyo proveniente del trabajo, menor resultaba la ansiedad (Betas entre -0,24 y -0,51). El apoyo religioso tuvo una interacción con las preocupaciones laborales y de pareja en su efecto sobre depresión, en el sentido que cuando el apoyo religioso es alto no hay relación entre las preocupaciones y la depresión, pero cuando es bajo, mayores preocupaciones se asocian con mayor depresión.

Dormann y Zapf (1999) evaluaron mediante un modelo de ecuaciones estructurales longitudinal, el efecto del apoyo social de los supervisores y colegas y los estresores sociales laborales sobre los síntomas depresivos, así como la interacción entre el apoyo y el estrés, en una muestra de 543 empleados de empresas públicas y privadas entre 16 y 65 años. Se obtuvo un buen ajuste del modelo por chi cuadrado ( $p > 0,10$ ) y RMSEA = 0,06. No se encontró asociación entre los niveles de apoyo por parte de los supervisores y el estrés con la depresión, pero sí interacción entre apoyo social y estrés ( $\beta = 0,15$ ,  $p < 0,05$ ), donde el apoyo social funciona como variable moderadora, cuando hay alto apoyo

un alto estrés reduce la depresión, y según lo esperado, cuando hay bajo apoyo un mayor estrés se asocia con mayor depresión.

Así mismo, Romaguera y Uzcátegui (2001) determinaron la influencia del apoyo social, el locus de control de salud, sexo, edad, nivel socioeconómico y síntomas psicológicos sobre el reporte de síntomas físicos en 215 empleados de una universidad privada con edades entre 20 y 69 años. Se encontró que bajo locus de control interno se asociaba a una peor percepción de salud psicológica, específicamente con mayores disturbios del sueño ( $\beta=-0,274$ ), depresión ( $\beta=-0,337$ ), ansiedad y angustia ( $\beta=-0,386$ ), y síntomas somáticos ( $\beta=-0,256$ ), permitiendo un efecto indirecto del sexo sobre estos síntomas. No se encontró asociación con los síntomas físicos. En este mismo estudio se halló que un mayor apoyo de amigos (síntomas crónicos  $\beta=0,286$ , disturbios del sueño  $\beta=-0,230$ ) y de sí mismo (excitación o tensión nerviosa  $\beta=-0,287$ , síntomas crónicos  $\beta=0,308$ , disturbios del sueño  $\beta=-0,291$ , ansiedad y angustia  $\beta=-0,223$ ) se relacionaba menor reporte de problemas de salud y, el ser de sexo femenino (excitación o tensión nerviosa  $\beta=0,204$ , síntomas somáticos  $\beta=0,270$ , ansiedad y angustia  $\beta=0,170$ ) y de menor edad (disturbios del sueño  $\beta=-0,179$ , ansiedad y angustia  $\beta=-0,207$ ) se asoció con un mayor reporte de síntomas. Para todos los resultados se usó una  $p < 0,05$ .

Allgöwer, Wardle y Steptoe (2001) con el fin de resaltar el papel que ocupa el apoyo social en la relación entre depresión y conductas saludables, estudiaron la asociación entre los síntomas depresivos, el apoyo social y conductas saludables en 2091 hombres y

3438 mujeres estudiantes universitarios de 16 países. Los participantes presentaron baja depresión y niveles de apoyo social altos, ambas variables de forma negativa (hombres:  $r = -0,22$  y mujeres:  $-0,20$ ,  $p < 0,01$ ). Se llevó a cabo una regresión logística controlando los efectos de la edad, el apoyo social y el país de origen y se obtuvo que para los hombres todos los *odds ratios*, excepto para el alcohol, fueron mayores que 1 ( $p < 0,01$ ), en el sentido obtuvieron que la depresión se asociaba con inadecuados hábitos de salud, como baja actividad física (OR= 1,58), no desayunar (OR= 1,38), trastornos del sueño (OR= 1,43), no usar cinturón de seguridad (OR= 1,53); en el grupo de mujeres, además de las conductas anteriores se asoció con fumar (OR= 1,40), no comer frutas (OR= 1,24), y no usar protector solar (OR= 1,58). Mientras que niveles bajos de apoyo social fue asociado con baja actividad física, trastornos del sueño, no usar cinturón de seguridad y, contra lo esperado, con bajo consumo de alcohol. Se obtuvo que la depresión y el apoyo social se asociaban de forma independiente con las conductas saludables.

Allen, Markovitz, Jacobs y Knox (2001) estudiaron el efecto de la presencia de apoyo social sobre las conductas de salud en personas con altos niveles de hostilidad. En este estudio participaron 5115 personas, 55% mujeres y 45% hombres, el 52% negros y 48% blancos, con un rango de edad de 18 a 30 años. La correlación indicó una relación inversa entre hostilidad y apoyo social, siendo que a mayor hostilidad menor apoyo social ( $r = -0,11$  a  $-0,19$ ). En cuanto a las conductas saludables y el apoyo social, se encontró que los hombres negros ( $p < 0,04$ ), los hombres blancos ( $p < 0,0001$ ) y las mujeres blancas ( $p < 0,02$ ) que tenían mucho apoyo social realizaban más ejercicios que aquellos

que poseían poco apoyo social. Sólo la mujer blanca que cuando posee mucho apoyo social fuma menos cantidad de cigarrillos que cuando tienen poco apoyo social ( $p < 0,02$ ). Se encontraron diferencias significativas entre el nivel educativo y el apoyo social, siendo que las personas que poseen poco apoyo social tenían mayor nivel educativo (hombre negro,  $p < 0,02$ ; hombre blanco,  $p < 0,0001$ ; mujer negra,  $p < 0,0001$ ; y mujer blanca,  $p < 0,02$ ). Los hombres que realizaban más actividades físicas poseían altos niveles de hostilidad cuando recibían mucho apoyo social (hombres negros,  $p < 0,03$ ; hombres blancos,  $p < 0,003$ ). Los hombres blancos con altos niveles de hostilidad y con mayor apoyo social tenían altos niveles educativos ( $p < 0,005$ ).

Bellman, Forster, Still y Cooper (2003) con el fin de estudiar las diferencias de sexo en cuanto a indicadores de estrés (factores organizacionales, resiliencia, nivel de confianza, estado mental, síntomas físicos y nivel de energía) al apoyo social como moderador en la relación de estas variables con otro conjunto de variables personales (en las que se incluye la percepción de salud) evaluaron a 204 trabajadores, 55% fueron de mujeres, la edad media de la muestra fue de 41,4 años. Usando un nivel de significancia de 0,05, encontraron que las mujeres percibían niveles más altos de apoyo social que los hombres ( $M = 11,26$  vs.  $9,78$ ) y que un mayor porcentaje de hombres (92%) que de mujeres (81%) reportó una buena salud. En el análisis de regresión se halló, entre otros resultados, que la salud autorreportada predijo los síntomas físicos tanto en hombres como en mujeres ( $\beta = 0,19$  y  $\beta = 0,24$ ); el clima organizacional y el apoyo social los predijo sólo en el grupo de las mujeres ( $\beta = -0,28$  y  $\beta = 0,33$ ); y por último, las presiones debidas a relaciones

laborales y a la carga laboral sólo en los hombres ( $\beta = -0,4$  y  $\beta = -0,39$ ). Así, mejor salud autoreportada, mayor apoyo social, mejor clima y baja presión laboral se relacionó con menores síntomas físicos de tensión, dependiendo del sexo de los empleados.

Por su parte, Araujo y Moreno (2006) estudiaron la influencia de la frecuencia e intensidad de las emociones positivas y negativas, el apoyo social, la edad y el sexo sobre la salud a través de un diagrama de ruta, utilizando una muestra de 406 (151 hombres y 255 mujeres) estudiantes de postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello, con edades comprendidas entre 23 y 50 años. Se encontró con una  $p < 0,05$ , una correlación baja entre ansiedad e insomnio y los síntomas somáticos con el sexo ( $\beta = -0,09$  y  $\beta = -0,19$ , respectivamente). Se obtuvo que los síntomas depresivos y los síntomas somáticos correlacionaban con el apoyo social de otros ( $\beta = -0,16$  y  $\beta = -0,25$ , respectivamente), por lo tanto, a medida que aumentaba el apoyo social de otros se obtuvieron mejores puntajes en la escala de salud, lo cual indica menor depresión y síntomas somáticos.

Feldman, Goncalves, Chacón-Puignau, Zaragoza, Bagés y De Pablo (2008) evaluaron el estrés académico, el apoyo social y su relación con la salud mental y el rendimiento académico en estudiantes universitarios. Se encontró que la salud mental medida por el cuestionario de Golberg estaba asociada con un mayor apoyo social ( $r = -0,27$ ,  $p < 0,05$ ) y un menor estrés académico ( $r = 0,32$ ,  $p < 0,05$ ), tomando en cuenta que un mayor puntaje en el cuestionario indicaba peor salud mental.

Como se puede observar, el poseer o reportar apoyo social se ha relacionado con un mayor bienestar físico y psicológico. Sin embargo, algunas investigaciones apuntan a la noción de que no siempre el apoyo social funciona como factor protector de la salud, siendo en ocasiones una estrategia dañina para la salud (Kaufmann y Beehr, 1986; Billings, Folkman, Acree y Moskowitz, 2000).

En congruencia con el planteamiento del apoyo como factor de riesgo de salud, Kobasa (1979) observó que en ejecutivos el apoyo familiar puede exacerbar los efectos del estrés laboral, sólo si eran varones y menos flexibles psicológicamente. Por su parte, Angelucci (2001) en una muestra de 206 empleados universitarios entre 20 y 60 años de edad, halló que el poseer un mayor apoyo religioso se relacionaba con la presencia de síntomas crónicos de enfermedad ( $\beta = 0,18$ ,  $p < 0,05$ ). La autora establece la posibilidad, dado el corte transversal de la investigación, que el poseer de antemano los síntomas crónicos lleve a los sujetos a la búsqueda de apoyo religioso, lo que a su vez puede reforzar la aceptación y reporte de estos síntomas, así la percepción o la búsqueda de apoyo social, en este caso religioso, puede estar condicionado por la influencia de situaciones estresantes.

Bolger, Zuckerman y Kessler (2000) evaluaron en 68 parejas con un promedio de edad de 29 años y un lapso de unión de aproximadamente 3 años, el efecto del apoyo social de la pareja tanto como receptor del apoyo como de proveedor del mismo sobre la ansiedad y la depresión. Encontraron un 61% de concordancia entre estos dos tipos de apoyo. Para

la ansiedad no hubo efecto del apoyo del proveedor, pero sí del apoyo percibido por el receptor, el cual predice el incremento en la ansiedad ( $b= 0,12$ ,  $p= 0,03$ ) y este efecto varió según la intensidad del estresor ( $b= 0,17$ ,  $p= 0,05$ ), es decir se incrementa más la ansiedad en altas situaciones de estrés que en las moderadas. Los niveles más bajos de ansiedad fueron encontrados en la condición de apoyo “invisible”: se da apoyo pero el receptor no reporta el apoyo. En depresión el apoyo del proveedor disminuye la depresión ( $b= -0,07$ ,  $p= 0,008$ ) y este efecto fue mayor en la condición de alto estrés ( $b= -0,18$ ,  $p= 0,001$ ). El apoyo del receptor predice la depresión sólo cuando se toma en cuenta el nivel de estrés ( $b= 0,13$ ,  $p= 0,01$ ), es decir la incrementa en situaciones de alto estrés.

Bolger, Zuckerman y Kessler (2000) analizaron las posibles explicaciones de la inconsistencia del apoyo social como factor protector de salud: a) la gente que recibe apoyo está en mayor medida bajo la influencia de situaciones estresantes que la gente que no lo recibe, b) otra posibilidad es que las intenciones de las personas de dar ayuda pueden fracasar o pueden crear situaciones peores para las personas que se encuentran bajo estrés, y c) el recibir ayuda acarrea un costo en la autoestima del receptor, porque hace explícito que se ha tenido un problema al afrontar los estímulos estresantes. De esta manera, la aceptación del beneficio puede ocasionar un estado de disconformidad al receptor, tensión o deuda. Estos autores examinan específicamente la hipótesis de que el recibir apoyo representa un costo emocional para el sujeto, y que en consecuencia el apoyo más efectivo es aquel no notificado por el sujeto que recibe el apoyo, de manera

tal que el apoyo "invisible" (cuando las transacciones de apoyo no son visibles al receptor de ayuda) promueve el ajuste a mayores estresores y en consecuencia protege a la salud.

De esta manera, se resalta la importancia de estudiar el apoyo social en relación con la salud, ya sea en su efecto directo o en su efecto indirecto. Igualmente cabe considerar la posibilidad de que el apoyo social pueda tener efectos negativos sobre la salud.

Por otro lado, se ha observado que variables sociodemográficas como sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil se relacionan con el apoyo social autopercebido, por lo que a continuación se mencionan algunas investigaciones al respecto.

Así, Wohlgemuth y Betz (1991) con el fin de examinar el grado en que el sexo es moderador de la relación entre el estrés y el apoyo social, evaluaron a 115 jóvenes universitarios. Los resultados indicaron que la percepción funcional y estructural del apoyo social se relaciona con un menor reporte de síntomas en las mujeres ( $R^2 = 0,14$ ,  $p < 0,05$ , para ambas variables). En los hombres esta relación no fue significativa. En concordancia con el papel moderador del sexo, Uchino y cols., (1996) observaron en su revisión, que las mujeres reportaban más síntomas, sin embargo cuando percibían más apoyo social que los hombres reportaban menos síntomas, tanto físicos como psicológicos.

Bagés (2000) estudió en 45 empleados universitarios entre 34 y 62 años de edad la relación entre presión arterial y conducta tipo A, hostilidad y apoyo social en función del tipo de informante (participante, supervisor, pareja). Los resultados mostraron que la conducta tipo A, la hostilidad y el apoyo social es percibido de forma diferente de acuerdo al contexto de evaluación (hogar o trabajo). Así se encontró que existe una relación entre el apoyo social y la hostilidad sólo en el contexto laboral, de acuerdo a la cual los sujetos que expresaban abiertamente su hostilidad fueron percibidos menos integrados socialmente.

Angelucci (2001) mediante el análisis de ruta halló que el ser mujer se relacionaba con mayor ansiedad y angustia ( $\beta = 0,20$ ), y a su vez el sexo se relacionaba con el apoyo familiar ( $\beta = -0,24$ ; hombres mayor apoyo familiar). Tener más apoyo familiar a su vez se asoció con menor trastornos del sueño ( $\beta = -0,35$ ), menor depresión ( $\beta = -0,28$ ). y menor falta de bienestar ( $\beta = -0,29$ ), todas con una significancia menor a 0,05. Así el sexo influyó de manera directa y mediada por el apoyo familiar a la salud mental.

Por su parte, Covertry, Gillespi, Heath y Martin (2004) evaluaron, entre otros aspectos, las diferencias en el apoyo social (del conyugue, hijos, pares, padres, familiares, amigos y ayuda en general) en función del sexo. Emplearon una muestra compuesta por un total de hombre y mujeres de 11389, con edades comprendidas entre 18 y 95 años. Los resultados con una  $p < 0,05$ , indicaron que el sexo genera diferencias significativas con todos los tipos de apoyo excepto con el apoyo parental, en este sentido las mujeres

puntúan más alto que los hombres en cuanto percepción de apoyo de pares (mujeres  $M=3,33$  y hombres  $M=3,08$ ), hijos (mujeres  $M=2,79$  y hombres  $M=2,64$ ), familiares (mujeres  $M=2,48$  y hombres  $M=2,37$ ), amigos (mujeres  $M=3,00$  y hombres  $M=2,81$ ) y ayuda en general (mujeres  $M=3,44$  y hombres  $M=3,36$ ), mientras que los hombres puntúan más alto que las mujeres cuando perciben apoyo por parte de su conyugue (hombres  $M=3,66$  y mujeres  $M=3,47$ ).

En la investigación de Araujo y Moreno (2006) se halló con una  $p < 0,05$ , que los estudiantes de postgrado reportaron un alto grado de apoyo por parte de otros, por parte de su familia y del ámbito religioso. Para el apoyo social de otros se obtuvo una relación con la edad ( $\beta = -0,13$ ) y con el sexo ( $\beta = -0,16$ ), 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. Hubo un efecto de la edad y el sexo sobre el apoyo social de familiares ( $\beta = -0,12$  y  $\beta = -0,10$ ), 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, y por último, el apoyo social religioso tuvo relación con la edad ( $\beta = 0,12$ ), donde las personas de mayor edad percibieron un mayor grado de apoyo religioso.

Con respecto al estado civil y su relación con el apoyo social, se ha encontrado que las personas que poseen pareja, como las casadas ( $F = 4,95$ ,  $p < 0,05$ ), reportan menos

síntomas de depresión y físicos que las personas que carecen de pareja, como las viudas o solteras, así mismo aquellas que perciben mayores niveles de apoyo social ( $F= 4,33$ ,  $p< 0,05$ ), y los hombres ( $F= 7,45$ ,  $p< 0,01$ ) reportan menos síntomas de depresión y físicos (Stroebe, Abakounkin, Schut y Stroebe, 1996).

Turner y Marino (1994) evaluaron el apoyo social según el nivel socioeconómico, edad, estado civil y sexo en 1394 sujetos entre 18 y 55 años. Se evidenció que las mujeres reportaron mayores niveles de apoyo que los hombres, los casados más que los solteros, y las personas con mayor nivel socioeconómico más que los de bajo nivel. Para la edad se encontró menores niveles de apoyo para el grupo de 16 a 25 años, y los mayores niveles para el grupo de 35 a 45 años.

Angelucci (2001) encontró por medio de un análisis de rutas que el estado civil influía a los trastornos de sueño ( $\beta= 0,18$ ,  $p< 0,05$ ), donde casados y divorciados presentaban mayores trastornos, la depresión ( $\beta= 0,18$ ,  $p< 0,05$ ), los divorciados tenían más depresión y, a su vez al apoyo de amigos ( $\beta= 0,16$ ,  $p< 0,05$ ), en el sentido que los divorciados y viudos percibieron este apoyo. En esta investigación el estado civil se relacionaba directamente con algunos aspectos de la salud mental, pero no a través del apoyo social de amigos, dado que éste no afectaba a alguna de las dimensiones de salud.

Otra de las variables psicosociales relacionadas con la salud, una de de las que ha destacado actualmente en la literatura es la emoción; en este sentido, la presente

investigación toma en consideración, además del apoyo social, la influencia de la emoción como factor determinante de la salud.

No obstante, antes de reseñar las investigaciones que establecen la relación entre emoción y salud es conveniente detallar algunos aspectos del constructo.

### **Emoción / Emoción y salud**

La emoción es un fenómeno multidimensional que involucra una variedad de elementos de distinta índole, tanto de tipo cognitivo y fisiológico, como de tipo expresivo. En este sentido, han surgido numerosas explicaciones para intentar abarcar el fenómeno en su totalidad, ya sea mediante el estudio de cada uno de sus componentes por separado o de las implicaciones generales que comprende el fenómeno en sí mismo.

La perspectiva evolutiva, según Juslin y Laukka (2003), puntualiza que la emoción es una reacción adaptativa a ciertos problemas típicos y recurrentes que son comunes a muchos organismos vivientes, y que esta función se basa en la posibilidad de las emociones de comunicarse de manera verbal y no verbal con el fin de transmitir información importante, lo cual es crucial para la supervivencia y las relaciones sociales. Desde una perspectiva fisiológica, la emoción es vista como una reacción principalmente biológica. Según Reeve (2003) algunos seguidores de esta explicación hacen énfasis en los diferentes patrones de activación fisiológica de las emociones, mientras que otros en la intensidad de la reacción experimentada por la persona.

Por otra parte, se han elaborado explicaciones cognitivas de la emoción, donde se da énfasis a la búsqueda interpretativa del significado, por parte del individuo, de la excitación producida por la fuente desconocida. De esta manera la estimulación o “arousal” y la etiqueta cognitiva que resulta de la evaluación de la misma se combina para producir la experiencia emocional (Reeve, 2003).

La relevancia de procesos cognitivos en la emoción ha dado cabida a perspectivas que tratan de combinar el aspecto biológico y el cognitivo en la explicación de la naturaleza de las emociones. Autores como Cacioppo, Uchino, Crites, Snydermith, Smith, Berntson y Lang (1992) señalan que las emociones humanas representan una amplia clase de fenómenos que involucran procesos internalizados: sentimientos y cogniciones, reacciones viscerales, humorales e inmunológicas; procesos externalizados: gestos, vocalizaciones, expresiones y posturas; o una variedad de combinaciones de estos procesos.

Siguiendo este enfoque integrador, Reeve (2003) conceptualiza a las emociones no sólo como fenómenos subjetivos, biológicos, propositivos, sino también subraya el aspecto social. Para este autor, la emoción es un constructo psicológico que “unifica y coordina los cuatro aspectos de la experiencia dentro de un patrón sincronizado. La emoción es aquello que unifica y coordina las dimensiones subjetiva, biológica, funcional y expresiva dentro de una reacción coherente para una situación provocadora” (p.443).

En el campo de la salud, una posición similar es la de Fernández-Abascal y Palmero (1999) quienes plantean un modelo del proceso emocional y establecen la relación de los diferentes componentes de su modelo con el fenómeno salud-enfermedad.

Para estos autores el proceso se desencadena por la percepción de unas condiciones internas y externas que llegan a un primer filtro formado por un proceso dual de evaluación valorativa, como consecuencia de esta evaluación tiene lugar la activación emocional, que se compone de una experiencia subjetiva o sentimiento, una expresión corporal, una tendencia a la acción o afrontamiento y unos cambios fisiológicos que dan soporte a todas las actividades anteriores. Luego pasan por un segundo filtro que modifica la manera en que se dan estas manifestaciones emocionales.

El primer proceso de filtro cumple dos funciones, la evaluación de la situación en función de sus características afectivas y la evaluación de la situación en función de su significación (valoración cognitiva), que a la larga crea una actitud cognitiva emocional. También, dentro de este primer filtro se consideran las disposiciones relativamente estables en el tono emocional proporcionadas por los rasgos de personalidad, de esta manera funcionan como variables moderadoras o mediadoras (según sea el caso particular) del procesamiento emocional (Rusting, 1998), a excepción de los estilos emocionales de represión y sensibilización, y su efecto sobre el procesamiento de la información emocional (Krohne y Hock, 1993). Por tanto este filtro es el responsable del ajuste de las emociones a nuevas condiciones adaptativas, pero también es el responsable

de que las emociones pierdan en un determinado momento su carácter adaptativo y se tornen perjudiciales para la salud.

El segundo filtro, que controla la manifestación de las emociones, está basado en el aprendizaje y la cultura, y es el responsable del control emocional mediante la inhibición, exacerbación o distorsión que puede manifestar la respuesta emocional. La expresión de las emociones es en su origen una respuesta no instrumental, puesto que es respondiente, es decir, se produce en forma involuntaria. No obstante, bajo los efectos del aprendizaje y la cultura, este papel puede alterarse adquiriendo un papel instrumental, cuando con ello se produce una función comunicativa de las emociones (Fernández-Abascal y Palmero, 1999).

Según estos autores la principal función de la emoción es la organización. “Las emociones coordinan todos los recursos psicológicos en un momento dado para dar una respuesta rápida y puntual a una situación” (Fernández-Abascal y Palmero, 1999, p.5). Esta respuesta es principalmente adaptativa, y para estos autores, cuando ocurren fallas en los filtros del proceso emocional se dan respuestas desadaptativas, que en ocasiones pueden representar problemas psicológicos o de salud.

De esta forma para los autores, los filtros pueden actuar de forma funcional, es decir modificando el patrón de respuesta emocional para adaptarlo adecuadamente a nuevas condiciones; de forma no funcional, es decir, no adaptando la respuesta emocional a las

nuevas condiciones del entorno; y de forma disfuncional, es decir, produciendo respuestas desadaptativas y perjudiciales para la salud de la persona.

Cuando el primer filtro de evaluación valorativa actúa de forma disfuncional y el segundo de aprendizaje de forma no funcional se dan las condiciones responsables de que se produzcan problemas clínicos debido a causas emocionales. Mientras que, cuando el primer filtro actúa de modo no funcional y el segundo actúa de modo disfuncional, es cuando se producen problemas de salud (Fernández-Abascal y Palmero, 1999). Los autores no indican qué sucede con las otras posibilidades de cruces en cuanto a la funcionalidad o disfuncionalidad de los filtros; por ejemplo no establecen qué pasa cuando ambos son disfuncionales o no funcionales. Lo que sí señalan es que la relación emoción-salud puede ser bidireccional, en el sentido que también puede darse el caso que las propias emociones desadaptativas pueden ser consecuencia de la pérdida de salud.

Así para abordar y comprender a la emoción y su relación con la salud, se requiere tomar en cuenta cada una de las dimensiones de la emoción y la forma que se relacionan entre sí. Para la presente investigación se considera el modelo propuesto por Fernández-Abascal y Palmero (1999), haciéndose énfasis en el componente expresivo y social de la emoción y su influencia sobre la salud, haciéndose incapié en que éste servirá de marco referencial sobre cuáles componentes pueden ser considerados a la hora de estudiar la influencia de las emociones sobre la salud, y no como modelo a ser validado con los datos obtenidos.

En este sentido, de los componentes de la emoción descritos, específicamente el componente expresivo es el que ha sido más ampliamente estudiado (Kring y Gordon, 1998). Según Reeve (1994) este componente funciona como un elemento que modifica, de cierta manera, la relación del individuo con su entorno ya que la expresión o no de las emociones genera en las demás personas reacciones particulares que conllevan a una respuesta determinada hacia el otro e involucra, a su vez, funciones adaptativas para el individuo, tanto a nivel biológico como a nivel social.

Las primeras concepciones de la expresividad emocional, hacían énfasis en la importancia del reconocimiento de las emociones en las demás personas, lo que derivaba del estudio de la expresividad facial y gestual (Buck, Miller y Caul, 1974), en la que participaron 32 mujeres y 32 hombres estudiantes universitarios; los investigadores encontraron que en los hombres el poseer una frecuente respuesta de la conductancia de la piel estaba asociado con un menor reporte verbal de las emociones y una baja expresividad facial en hombres ( $r = -0,58$ ,  $p < 0,01$ ); sin embargo, esta relación no fue significativa para las mujeres.

Luego, se estudió la habilidad de los individuos para comprender la comunicación no verbal (Friedman, Prince, Riggio y DiMatteo, 1980) así como la capacidad de estos para monitorear su propia presentación, conducta expresiva y su afectividad no verbal (Snyder, 1974). Posteriormente, las concepciones de la expresividad emocional se centraron en la expresividad emocional "per se", y se definió considerando la

unifactorialidad del fenómeno. De esta manera, Kring, Smith y Neale (1994) la definieron como la aparente exhibición de las emociones independientemente de la valencia y el canal utilizados para expresarla; y, actualmente, se ha conceptualizado, tomando en cuenta su multifactorialidad, en tanto que la expresividad emocional se relaciona con factores tales como el tipo de emoción al que se refiera (valencia) y a la intensidad de la misma.

De esta manera, aparecen un conjunto de investigaciones en donde se estudia cómo las personas expresivas podían transmitir una emoción a la vez que se evaluaban los componentes y los correlatos fisiológicos de esta habilidad (Friedman y cols., 1980).

Para Gross y John (1995) la expresión de emociones se refiere al comportamiento (ejemplo facial, vocal, postural) que está asociado a los cambios de las experiencias emocionales. Tal como una risa, sonrisa, fruncir el ceño, llorar. Esta definición enfatiza las reacciones observables del comportamiento y considera el grado que se manifiesta conductualmente impulsos emocionales, para indicar que alguien es emocionalmente expresivo.

Por su parte, Gross y Muñoz (1995), presentan un modelo de emociones, según el cual las entradas internas o externas (estímulos) son valoradas en tal vía que provocan la activación de un programa de emoción (ejemplo: enojo, tristeza, felicidad). Cuando el programa emocional es activado, éste prepara al organismo para la acción y genera una

variedad de tendencias para responder (incluyendo sentimientos subjetivos, cambios fisiológicos y tendencias de comportamiento) que entonces puede o no poder ser expresado como comportamiento visible dando como resultado una expresión o no de emociones.

En este sentido, según Gross y John (1997, 1998), la expresividad emocional se deriva principalmente de dos fuentes: (a) la activación de la tendencia a la respuesta emocional medida por la "fuerza del impulso", y (b) la modulación de la tendencia de respuesta según las pautas culturales que determinan la adecuación de la expresión emocional; esta última se traduce conductualmente en expresividad positiva y expresividad negativa. Estos autores encontraron con una  $p < 0,05$  que la expresividad negativa, la expresividad positiva y la fuerza del impulso se relacionaba con la expresividad general ( $r = 0,52$ ,  $r = 0,56$ ,  $r = 0,52$ , respectivamente), asimismo con la expresividad emocional. Tanto la expresividad positiva como la negativa, conforman lo que ellos y otros autores, han denominado expresividad emocional general (Friedman y cols., 1980; Kring y cols., 1994; Kring y Gordon, 1998).

En relación con la expresividad emocional y la salud, se ha hallado que la expresión de las emociones en general se asocia con beneficios en la salud (Pennebaker, Zech y Rimé, 2001). Según Nyklícek y cols. (2004) se han desarrollado estudios en esta área desde la investigación cuasi o experimental hasta investigaciones no experimentales donde se busca principalmente conocer las diferencias individuales en la expresión de las

emociones y su relación con salud. Se ha explorado la relación entre estas variables desde la perspectiva de la psicología social, psicología clínica y psicofisiología, entre otros.

En líneas generales, se ha encontrado que la influencia de la expresión y mantenimiento de emociones negativas tiene un efecto diferencial sobre la salud al compararla con la expresión y mantenimiento de las expresiones positivas (Fernández-Abascal y Palmero, 1999). Para estos autores, las emociones de valencia positiva (alegría), juegan un rol importante en el mantenimiento de la salud; por una parte ejerciendo cambios fisiológicos saludables y contrarios a los ejercidos por las emociones negativas (miedo, ira); y por otra porque en función del “proceso oponente” cambian el tono emocional y eliminan las influencias perniciosas de las emociones negativas.

La relación entre el estado afectivo y la salud ha sido verificada por diferentes estudios, donde niveles altos de afecto negativo se asocian con una peor salud. Por ejemplo, Gross y John (1995) realizaron una investigación con 1392 estudiantes del curso de introducción a la psicología de la Universidad de Berkeley, California. La edad media fue de 19 años y 631 eran hombres y 761 mujeres. Los estudiantes reportaron expresar más las emociones positivas que las negativas ( $t=63,9$ ,  $p < 0,05$ ). Los investigadores realizaron un ANOVA Factorial 2x3 (hombre, mujer x expresiones positivas, expresiones negativas, impulsos) y se obtuvo un efecto significativo del sexo ( $F=3342$ ,  $p < 0,05$ ) y una interacción de la escala con el sexo ( $F= 55,09$ ,  $p < 0,05$ ), siendo que las

mujeres expresaron más sus emociones que los hombres. No existe diferencia significativa entre el nivel socioeconómico y expresar las emociones. El grado en el que los sujetos reportaron sus síntomas y quejas de salud obtuvo relación con el total de la escala de expresividad ( $r=0,22$ ,  $p< 0,05$ ). Sin embargo, esta relación total enmascaró relaciones diferenciales en las sub escalas. En términos de las sub escalas, las quejas de salud fueron relacionadas principalmente con impulsos ( $r=0,29$ ,  $p< 0,05$ ), en segundo lugar con expresiones negativas ( $r= 0,15$ ,  $p< 0,05$ ) y no tuvo una relación significativa con las expresiones de las emociones positivas. Estos resultados sugieren que los individuos tratan de controlar sus experiencias de impulsos emocionales negativos lo que se ve expresado en términos de quejas somáticas.

Brown y Moskowitz (1997) en una muestra de 72 hombres y mujeres con una edad media de 33 años (de 19 a 63 años) no encontraron efecto del sexo ni la edad sobre el reporte de síntomas físicos. Mediante una regresión jerárquica hallaron que el afecto negativo se relacionó positivamente con el reporte de síntomas, independientemente de la cronicidad del afecto ( $\beta= 0,57$ ,  $p< 0,0001$ ), mientras que el neuroticismo y la interacción entre el neuroticismo y el afecto negativo no tuvo efecto. Se encontró una relación indirecta de neuroticismo hacia los síntomas, dado que mayor neuroticismo se relacionó con un mayor efecto negativo ( $\beta= 0,35$ ,  $p< 0,01$ ).

En una investigación realizada por Mubarak y Barber (2003), estudiaron la asociación entre expresividad emocional del personal de cuidado y la calidad de vida de pacientes

con esquizofrenia. Para esta investigación participaron 174 personas que sufrían de esquizofrenia y recibían tratamiento en un Hospital de Malasia. La edad media de los pacientes fue de 44 años, el 51% de los participantes fueron hombres. Los investigadores realizaron un ANOVA Factorial 2x2 (expresión de emociones y severidad de los síntomas). Se obtuvo un efecto de la interacción entre la participación emocional y la severidad del síntoma ( $F= 8,34$ ,  $p < 0,01$ ), donde la calidad de cuidado del paciente cambiaba cuando estos diferían en la intensidad de expresividad emocional, de manera que aquellos pacientes con expresividad emocional baja tenían igual cuidado sin importar si los síntomas eran severos o leves, mientras que cuando la expresividad emocional era alta aquellos con síntomas leves tenían un mejor cuidado que aquellos con síntomas severos.

Por su parte, Araujo y Moreno (2006) no estudiaron directamente a la expresividad emocional, pero sí la influencia de la frecuencia e intensidad de las emociones positivas y negativas sobre la salud. Encontraron con una  $p < 0,05$ , que los estudiantes de postgrado presentaron mayor frecuencia de emociones positivas que negativas, además de presentar las emociones positivas con gran intensidad. La ansiedad e insomnio se asoció con la frecuencia de emociones negativas ( $\beta = 0,59$ ), y con menor fuerza con la frecuencia de emociones positivas ( $\beta = -0,09$ ). Los síntomas depresivos con la frecuencia de emociones negativas ( $\beta = -0,11$ ) y los síntomas somáticos con la frecuencia de emociones negativas ( $\beta = 0,39$ ). De esta forma el tener mayor frecuencia de emociones positivas y menor de emociones negativas predice menor síntomas de salud psicológica. Así mismo,

obtuvieron que la frecuencia de emociones se asoció con el apoyo familiar ( $\beta= 0,19$ ), apoyo religioso ( $\beta= 0,17$ ) y apoyo de otros ( $\beta= 0,22$ ). De esta manera, es posible afirmar que aquellos que perciben mayor apoyo social familiar y de otros, reportaran mayor frecuencia de emociones positivas. Además, se encontró una asociación con el sexo ( $\beta= 0,13$ ), siendo entonces los hombres los que reportan mayor frecuencia de emociones positivas. La frecuencia de emociones negativas correlacionó con la edad ( $\beta= -0,14$ ), el sexo ( $\beta= -0,13$ ), la percepción de apoyo familiar ( $\beta= -0,17$ ) y el apoyo de otros ( $\beta= -0,21$ ). De esta manera, aquellos que perciben mayor apoyo social familiar y de otros, reportan menor frecuencia de emociones negativas, además a medida que aumenta la edad, disminuye el reporte de frecuencia de emociones negativas, y las mujeres reportan mayor frecuencia de emociones negativas.

Dado lo anterior, la expresividad emocional parece tener un vínculo directo con la salud, ya sea considerándola como expresividad en general, o como la expresión de emociones positivas y negativas.

Ahora bien, sería útil para entender la relación entre salud y expresividad, conocer algunos resultados de las investigaciones que se han abocado a estudiar las diferencias en la expresividad emocional producto de variables sociodemográficas, psicosociales y de personalidad.

De este modo, se ha estudiado la relación entre la expresividad emocional con el sexo para conocer, cómo y en qué medida los hombres y las mujeres expresan sus emociones.

Por su parte, Kring y Gordon (1998) realizaron varios estudios para determinar si hombres y mujeres diferían en el componente experiencial, fisiológico y expresivo de la emoción, para este estudio participaron 22 mujeres y 21 hombres, estudiantes universitarios con una edad promedio de 19 años. Los autores hallaron: (a) las mujeres son más expresivas emocionalmente que los hombres ante los videos mostrados ( $F=7,17$ ,  $p<0,01$ ) (b) ambos sexos reportaron iguales niveles de experiencia emocional positiva en respuesta a los videos que muestran emociones felices que en otros videos con afecto negativo ( $F=61,58$ ,  $p<0,001$ ) y expresiones mas negativas en respuesta a las películas de miedo o tristeza ( $F=6,70$ ,  $p<0,01$ ), (c) hubo una interacción sexo por video para la respuesta fisiológica, los hombres mostraron mayor reactividad en la conductancia de la piel que las mujeres sólo ante los videos de miedo ( $F=5,26$ ,  $p<0,03$ ), (d) hombres y mujeres no difieren en su experiencia de la emoción ( $F=1,04$ , ns).

Asimismo, King y Emmons (1990) encontraron en 299 estudiantes universitarios, 117 hombres y 182 mujeres, con una edad promedio de 20 años; que las mujeres tendían a expresar más las emociones que los hombres ( $r=0,15$ ,  $p<0,005$ ), incluso presentaron mayor expresividad de emociones positivas e intimidad ( $r=0,14$ ,  $p<0,009$ ). En la expresión de emociones negativas no hubo diferencias ( $r=-0,06$ , ns). Por otra parte, las mujeres presentaron altos grados de ambivalencia en la expresión de las emociones

positivas ( $r= 0,10$ ,  $p< 0,05$ ), especialmente en la ambivalencia de las emociones positivas ( $r= 0,11$ ,  $p< 0,03$ ), mientras que no hubo diferencias en la ambivalencia de emociones negativas ( $r= 0,03$ , ns).

Ramírez (2000) evaluó, mediante un análisis de ruta, la relación entre el sexo, la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el rol sexual y la extraversión en un grupo de 501 estudiantes de una universidad privada de Caracas, Venezuela, con edades comprendidas entre 20 y 25 años, 312 mujeres y 189 hombres. La expresividad emocional fue evaluada como expresividad emocional general por medio de la Escala de Expresividad Emocional de Kring y cols. (1994). En cuanto a la influencia del sexo sobre la expresividad, encontró que las mujeres tienden a expresar mayormente sus emociones que los hombres ( $\beta= -0,14$ ,  $p< 0,05$ ).

Bujanda y Chriqui (2004) usaron un análisis de ruta y evaluaron la expresividad emocional medida por la misma escala del estudio anterior, pero ahora dividida en: no evitar la expresión de emociones y expresión abierta de emociones y, su relación con el sexo, en 406 estudiantes (190 hombres y 216 mujeres) de liceos públicos y privados de Caracas, Venezuela, con edades comprendidas entre 15 y 19 años. Hallaron con una  $p< 0,05$ , que el sexo no se relacionaba con la expresión abierta de las emociones ( $\beta= -0,07$ ), pero sí con no evitar la expresión de emociones ( $\beta= 0,11$ ), donde los hombres presentaron una tendencia a no evitar la expresividad emocional mayor que la de las mujeres.

De igual manera, Núñez y Socorro (2005) encontraron resultados diferentes en 463 estudiantes de postgrado de una universidad privada de Caracas, Venezuela, con edades comprendidas entre 22 y 62 años, 283 mujeres y 179 hombres. Hallaron que el sexo no se relacionó con el no evitar la expresión de emociones ( $\beta = -0,07$ ,  $p < 0,05$ ), pero sí con la expresión abierta de las emociones ( $\beta = -0,12$ ,  $p < 0,05$ ), donde las mujeres mostraron más abiertamente sus emociones que los hombres.

Estos resultados sugieren que las diferencias de sexo podrían depender del tipo de expresividad emocional a la que se haga referencia, es decir, de la expresividad emocional general o de la expresividad de emociones positivas o negativas o de la expresión abierta de las emociones o no evitar expresarlas. Otras explicaciones sugieren que estas diferencias pueden deberse a diferentes factores que pueden mediar o moderar la relación entre sexo y expresividad, como por ejemplo la edad como moderadora o el rol sexual; estilos de personalidad como neuroticismo, impulsividad, emociabilidad o sociabilidad como posibles variables mediadoras (Riggio y Friedman, 1986; Gallaher, 1992; Grossman y Wood, 1993; Kring y Gordon, 1998).

En este sentido y, desde hace algunas décadas, se ha postulado un conjunto de teorías para explicar las diferencias de sexo en la expresividad emocional considerando la perspectiva del rol sexual. Todas estas postulaciones tienen en común que el hombre es socializado para ser fuerte pero silente y son, inclusive, castigados por ser demasiado emocionales; mientras que las mujeres, son premiadas por ser abiertamente expresivas de

sus sentimientos y emociones. Lo anterior, sugiere que el sexo está conectado unidimensionalmente con el rol sexual (masculinidad/feminidad), en el sentido de que los hombres "siempre" son masculinos y las mujeres "siempre" son femeninas. Sin embargo, algunos autores han mostrado empíricamente que una persona, independientemente del sexo, puede tener una orientación masculina, femenina, ambas (andróginos) o simplemente ninguna (indiferenciados) (Ganong y Coleman, 1985).

Ganong y Coleman (1985) realizaron un estudio para examinar los efectos del sexo y del rol sexual en la expresividad emocional general y encontraron que el rol sexual tiene un efecto significativo sobre la expresividad emocional, donde las personas más masculinas presentaron menor expresividad emocional. No encontraron efectos del sexo, ni de interacción entre éste y el rol sexual sobre la expresividad emocional. Por su parte, Kring y Gordon (1998) realizaron un estudio donde consideraron al rol sexual como variable moderadora en la expresividad emocional, encontrando un efecto de interacción del sexo y el rol sexual en la expresión de emociones ( $F= 2,52, p< 0,01$ ), siendo los androgénicos más expresivos que los masculinos ( $M= 3,56$ ) y que los femeninos ( $M= 2,43$ ), en consecuencia, los hombres femeninos reportan más expresividad que los masculinos y las mujeres masculinas reportan menos expresividad que las femeninas. Confirmando de esta forma los resultados obtenidos por Ganong y Coleman (1985) que el rol sexual, más que moderar la relación entre sexo y expresividad, pareciera contribuir a la expresividad emocional independientemente del sexo

En el estudio de Ramírez (2000) mencionado anteriormente se encontró que el rol sexual feminidad se relacionó con la expresividad emocional ( $\beta = 0,19$ ,  $p < 0,05$ ), mientras que el rol masculinidad no se relacionó con la misma ( $\beta = -0,05$ ,  $p < 0,05$ ). De manera que a mayor feminidad mayor expresividad emocional.

Por otra parte, algunos autores han intentado ahondar en el estudio de las diferencias de personalidad y la mayor o menor expresividad emocional considerada ésta no sólo como un componente de la emoción sino, incluso como un componente de la personalidad en sí misma mostrando la consistencia situacional y la estabilidad temporal de los sujetos en cuanto al estilo expresivo (Riggio y Friedman, 1986; Gallaher, 1992).

En este sentido, se ha encontrado que la expresividad pareciera proveer información acerca de los rasgos, especialmente aquellos que involucran la conducta social, debido a que se correlaciona positivamente con los rasgos de extraversión, sociabilidad y dominancia (Gallaher, 1992).

Otros estudios han investigado la relación entre personalidad y ciertos componentes de la emoción como la experiencia emocional, la respuesta emocional y la expresividad por separado. McFatter (1994) en 384 estudiantes universitarios encontró que mayor extroversión se asociaba con mayor bienestar ( $b = 0,64$ ,  $p < 0,05$ ) y menor depresión ( $b = -1,17$ ,  $p < 0,05$ ), pero no con la afectividad; y un mayor neuroticismo con menor bienestar ( $b = -0,65$ ,  $p < 0,01$ ) y menor afectividad positiva ( $b = -0,13$ ,  $p < 0,01$ ). Para la afectividad

se encontró una interacción entre ambos rasgos de personalidad ( $b= 0,004$ : positiva y  $b= -0,003$ : negativa,  $p< 0,05$ ), donde sólo en los participantes con alto neuroticismo se encontró relación entre la afectividad positiva y negativa y la extroversión. Por su parte, Ramírez (2000) encontró que la extroversión se relacionó con la expresividad emocional ( $\beta= 0,18$ ,  $p< 0,05$ ), en el sentido que a mayor extroversión mayor expresividad emocional.

Otra variable que ha sido relacionada con la expresividad emocional, y que en cierta parte puede influir en la salud, es la ambivalencia emocional. La ambivalencia emocional se ha definido como el querer expresar las emociones pero no ser capaz de hacerlo, expresarlas pero no necesariamente querer hacerlo, y expresarlas pero luego arrepentirse (King y Emmons, 1990); así, al sentir ambivalencia en un contexto particular, producto de las expectativas de las demás personas, posiblemente se inhibirá la expresión de las emociones. Más recientemente, King (1998) considera que la ambivalencia emocional implica que el sujeto experimente simultáneamente una combinación de emociones negativas y positivas, que son intensas y opuestas, afectando así no sólo la expresión de la emoción sino el reconocer la expresión de emociones en las demás personas.

La influencia de la ambivalencia en la expresión de las emociones puede ser explicada considerando que al procesar y analizar en mayor grado la información proveniente del medio, disminuye la probabilidad de expresar las emociones (King y Emmons, 1990) y aumenta la probabilidad de atribuir a los demás emociones equivocadas (King, 1998).

Asimismo, Emmons y Colby (1995) han encontrado que las personas que presentan ambivalencia emocional expresan menos sus emociones y tienden a buscar menos apoyo social. Estos autores afirman, que la ambivalencia emocional es una experiencia de conflicto en la que las personas desvirtúan sus estados emocionales, por lo que, al no considerarse dignos de apoyo social, no expresan sus emociones.

Ramírez (2000) encontró que la ambivalencia emocional positiva y la expresión de emociones se relacionan negativamente ( $\beta = -0,57$ ,  $p < 0,05$ ), siendo esta la variable que más explicó la expresividad, por lo que a mayor ambivalencia de expresiones de emociones positiva menor expresividad emocional. La ambivalencia de expresividad negativa no se relacionó con la expresión de emociones.

Bujanda y Chriqui (2004) encontraron que la ambivalencia en la expresión de las emociones negativas se correlacionaba de manera positiva con la actitud hacia el control de las emociones ( $\beta = 0,44$ ,  $p < 0,05$ ), de manera que las personas que presentaban mayor actitud negativa hacia la expresión de las emociones, por considerar que deben mantenerse bajo control, mostraron mayor ambivalencia; mientras que la ambivalencia en la expresión de las emociones positivas se relacionó con esta actitud de manera positiva ( $\beta = 0,40$ ,  $p < 0,05$ ), por lo que aquellas personas con mayor actitud negativa hacia la expresión de las emociones, por considerar la expresión como signo de debilidad, presentaron mayor ambivalencia en su expresión.

Núñez y Socorro (2005), en el estudio citado anteriormente, con estudiantes de postgrado, encontraron que el apoyo social percibido se relacionaba con la ambivalencia emocional. En forma concreta, hallaron utilizando una  $p < 0,05$ , que tener menor apoyo familiar percibido se asociaba con mayor ambivalencia, tanto de emociones positivas, como negativas ( $\beta = -0,25$ ;  $\beta = -0,17$ , respectivamente). Presentar menor apoyo de amigos y cercanos se relacionaba con mayor ambivalencia, pero referida a las emociones positivas ( $\beta = -0,13$ ). El apoyo religioso no se relacionó con la ambivalencia emocional. Igualmente en esta investigación se evaluó la relación entre apoyo social y expresividad emocional, obteniéndose que a mayor apoyo familiar percibido mayor expresividad emocional, tanto al considerar la expresión abierta de las emociones, como el no evitar la expresión de las emociones ( $\beta = 0,12$ ;  $\beta = 0,12$ , respectivamente); presentar apoyo de amigos y cercanos se relaciona con la expresión abierta de emociones ( $\beta = 0,13$ ) y no con el no evitar la expresión de las emociones. Por último, el apoyo religioso no se relacionó con alguna de las dimensiones de la expresividad emocional.

Por otra parte, se ha relacionado la ambivalencia emocional con el reconocimiento de emociones en otros, así King (1998) halló que las personas más expresivas emocionalmente reportaban mayor afecto positivo, menor ambivalencia emocional y menos confusión en el reconocimiento de la emoción del otro. De igual manera, los sujetos poco expresivos reportaban igual confusión que los individuos ambivalentes en la expresión de su emoción y las personas con mayor grado de ambivalencia emocional mostraban mayor confusión en reconocer la expresión del otro (independientemente de

los niveles de expresividad emocional), mayor afecto negativo y mayor tendencia a sentir una variedad de emociones positivas y negativas hacia el mismo objeto.

Por otro lado, algunos autores han observado que las mujeres tienden a inhibir mayormente la expresión de las emociones debido a que presentan mayores niveles de ambivalencia ( $r= 0,10$ ,  $p< 0,05$ ), aun cuando resulten ser en general, más expresivas que los hombres ( $r= 0,11$ ,  $p< 0,05$ ) (King y Emmons, 1990). Sin embargo, King (1998) encontró que no hubo diferencias significativas entre el sexo y la ambivalencia así como entre el sexo y la expresividad emocional. Mientras que Ramírez (2000) encontró que las mujeres son quienes tienden a expresar mayormente sus emociones ( $\beta= -0,14$ ,  $p< 0,05$ ), Así mismo se halló que el sexo se asociaba sólo con la ambivalencia negativa ( $\beta= 0,12$ ,  $p< 0,05$ ), de manera tal que los hombres presentaron mayor ambivalencia emocional al tener más conflicto en la expresión de emociones negativas.

En esta línea, Bujanda y Chriqui (2004) encontraron que la ambivalencia en la expresión de las emociones positivas se correlacionaba de manera negativa con el sexo ( $\beta= -0,296$ ,  $p< 0,05$ ), de manera que las mujeres son quienes presentaban mayor experiencia de conflicto en relación a la expresión de emociones positivas, mientras que la ambivalencia en la expresión de emociones negativas no se relacionó de manera significativa con el sexo.

Núñez y Socorro (2005) hallaron que el ser hombre se asociaba con mayor ambivalencia de emociones negativas y el sexo como variable no tenía relación con la ambivalencia de las emociones positivas, aunque las mujeres fueron más expresivas, en cuanto a la expresión abierta de las emociones.

Los hallazgos contradictorios en cuanto a la relación entre sexo y ambivalencia emocional, pueden deberse a la forma de conceptualizar la ambivalencia: como una dimensión sin importar el canal, ni la valencia de las emociones o como dos dimensiones referidas a la valencia de las emociones (positivas y negativas). Otra explicación viene dada por la relevancia que se da a los factores culturales, así según algunos autores pareciera que lo cultural y lo social determinan en buena medida que la persona presente en mayor o en menor grado ambivalencia emocional. Por ejemplo, Hochschild (1975 cp. King y Emmons, 1990) argumenta que las mujeres podrían tener mayores niveles de ambivalencia debido a las demandas situacionales de neutralidad o de distanciamiento emocional producto de las expectativas culturales en cuanto a los roles ejercidos por ellas en la actualidad, así, al verse limitada su actuación de acuerdo a las demandas ambientales, inhiben en mayor medida su emoción.

Xiaohua Chen, Cheung, Bond, y Leung (2005) luego de obtener mediante un análisis de componentes factoriales las dimensiones de ambivalencia: rumiación emocional y supresión emocional, analizaron los resultados de un modelo de regresión donde fueron incluidas la edad, sexo, años de estudio, ciudad de origen, universitaria, también se

incluyeron variables de personalidad y creencias sociales, encontraron que para la rumiación emocional ninguna variable sociodemográfica fue significativa, de las variables de personalidad la más importante fue la extroversión ( $\beta = -0,21$ ) de manera que las personas introvertidas presentan mayor ambivalencia de expresión emocional y luego inferioridad ( $\beta = 0,23$ ) y orientación social ( $\beta = 0,14$ ) presentan una relación positiva, de manera que aquellas personas que se evalúan como inferiores y con orientación social tienden a obsesionarse más con la expresión de sus emociones. Para la supresión emocional encontraron que el sexo influyó ( $\beta = -0,20$ ), de manera que los hombres muestran mayor supresión emocional que las mujeres siendo ésta la única variable sociodemográfica significativa.

En cuanto a las variables de personalidad fueron significativas la diversidad ( $\beta = -0,21$ ), cuidado del rostro ( $\beta = 0,19$ ) y armonía ( $\beta = 0,17$ ) y de las creencias la complejidad social ( $\beta = 0,27$ ), así menos diversidad (asociado con asunción de bajo riesgo en las tareas), mayor preocupación por el rostro, mayor búsqueda de armonía y mayor creencia de que la sociedad es compleja predice una mayor supresión emocional. Todas las correlaciones mencionadas fueron significativas al 0,05.

Como se puede ver, la ambivalencia es una variable actual y relacionada con factores sociodemográficos, personales, psicosociales y culturales; para fines de esta investigación, destaca la importancia de la relación entre ambivalencia emocional con la

expresividad emocional y la posible influencia negativa sobre la salud de los individuos, por lo que esta variable se toma en cuenta en este estudio.

Ahora bien, en líneas anteriores se ha resaltado la relevancia de los factores culturales, tanto en el fenómeno salud-enfermedad, como en el proceso emocional y en los diferentes componentes de la emoción. La presente investigación considera útil estudiar la relación de la expresividad emocional y la ambivalencia con aspectos socioculturales de la emoción.

En el modelo del proceso emocional propuesto por Fernández-Abascal y Palmero (1999), donde, como ya se dijo anteriormente, un segundo filtro basado en el aprendizaje y la cultura es el responsable del control emocional, se supone que la expresión de las emociones y la ambivalencia emocional están influidas por factores psicosociales tales como normas sociales, estereotipos, creencias, actitudes, entre otros. Entre estos factores socioculturales, el papel de la actitud a la expresión de emociones se ha vinculado recientemente a la expresividad emocional, sin embargo esta relación no se ha estudiado a profundidad.

Uno de los estudios donde se investiga la actitud hacia la expresividad emocional es el de Laghai y Joseph (2000) quienes, con una muestra de 242 estudiantes y trabajadores universitarios, evaluaron la escala de actitud hacia la expresividad emocional (Attitude towards Emotional Expression Scale, AEE). Estos autores encontraron cuatro

dimensiones (expresión como signo de debilidad, control de las emociones, rechazo ante la expresión de las emociones, y la tendencia a expresar las emociones).

Estos autores relacionaron la actitud hacia la expresividad emocional con la ambivalencia emocional, encontrando que una mayor actitud negativa se asocia con un conflicto o ambivalencia emocional. De igual forma, hallaron que una mayor actitud positiva se asocia a los factores de personalidad de agradabilidad, extroversión y de apertura.

Surgenor y Joseph (2000) llevaron a cabo una investigación para conocer la relación entre los efectos de los eventos de vida entresantes, la actitud hacia la expresividad emocional, la competencia relacional (grado de apoyo social) y la angustia psicológica en una muestra de 194 sujetos con edad promedio de 33 años. Los resultados indicaron que la disponibilidad de apoyo social actúa como atenuante de los efectos de los eventos de vida estresantes, una mayor actitud positiva hacia la expresividad emocional estaba relacionada con un mejor ajuste psicológico, sobre todo en aquellos sujetos que disponen de apoyo social.

Dado los resultados obtenidos en estas investigaciones, se puede inferir que la actitud hacia la expresividad emocional influye en la expresión o no de las emociones, donde una mayor actitud positiva conducirá a una mayor expresión de emociones y a una menor ambivalencia.

Por otra parte, y siguiendo con los factores culturales, otra variable que se ha comenzado a estudiar relacionada con la expresividad emocional y con la salud de los individuos son las creencias hacia aspectos vinculados con la salud.

Las creencias se constituyen en juicios probabilísticos sobre el objeto social que dan cuenta de sus cualidades, beneficios y desventajas, y están cargadas altamente de los lineamientos generales de una cultura en particular. En el campo de las emociones, se puede evidenciar que existen diferentes juicios o creencias en función de cada cultura. Por ejemplo, en las culturas occidentales el sentido común recomienda expresar y compartir las situaciones emocionales vividas y sus emociones y sentimientos asociados, basándose en el supuesto de que este compartir o expresar favorece la salud y el bienestar (Barra, 2003; Martínez-Sánchez y cols., 2004).

En este sentido, varios autores han estudiado el papel de las creencias acerca del uso social compartido o compartir socialmente la emoción sobre la salud (Pennebaker y cols., 2001; Martínez-Sánchez y cols., 2004). El *compartimiento social de las emociones* fue formulado por Rimé (Rimé, Mesquita, Philippot y Boca, 1991) y describe el proceso en el que el sujeto describe a un interlocutor un suceso que ha implicado una respuesta emocional. Implica en su forma más abierta, los detalles relativos a la situación, las respuestas fisiológicas activadas y los sentimientos suscitados en el sujeto; en su forma más cerrada se realiza menos expresiva y directamente posible. Se trata del proceso de

compartir no solo eventos traumáticos o negativos, sino cualquier tipo de situaciones emocionales (Rimé y cols., 2004).

Según Rimé y cols. (2004) esta propensión a compartir las emociones es alta (80 a 95%) y es independiente del nivel de educación, cultura o tipo de emoción; y trae beneficios, a la persona que comparte, de tipo cognitivo, afectivo e interpersonal. Según Pennebaker y cols, (2001) está asociado con beneficios a nivel de salud física y con el apoyo social (Martinez-Sánchez y cols., 2004).

En lo que atañe a la presente investigación no interesa si la persona comparte sus emociones, pero sí el conjunto de creencias que tiene acerca de este proceso, y su relación con la expresión de las emociones y la salud. Para lo cual toma en cuenta la investigación de Martinez-Sánchez y cols. (2004) sobre las creencias sobre los efectos del *compartimento social de las emociones*, BSEQ. En esta investigación los autores presentan la adaptación española de la escala. La escala presenta tres subescalas: beneficios intrapersonales de compartir las emociones, beneficios de la no expresión social de las emociones y beneficios interpersonales de compartir las emociones. Los autores supusieron que las personas valorarían los efectos positivos de la expresión emocional, más que los de autocontrol y la ausencia de revelación, dado que en la cultura individualista occidental se valoran los atributos internos personales, frente a la supresión y autocontrol de las culturas jerárquicas.

Refiriéndose a la cultura española, los autores exponen que “las personas valoran los beneficios de la revelación sobre el ocultamiento del estado emocional, confirmando el dominio de un estilo alexorréico (de expresión verbal y no verbal intensa) en las culturas individualistas como la nuestra” (Martinez-Sánchez y cols., 2004, p. 12),

Los resultados de la investigación indicaron, con una  $p < 0,05$ , que en una muestra española la mayoría de los sujetos cree en los beneficios del compartir socialmente las emociones y estas creencias se relacionan con una mayor expresividad emocional [beneficios intrapersonales de compartir las emociones ( $r = 0,27$ ), beneficios de la no expresión social de las emociones ( $r = 0,45$ ) y beneficios interpersonales de compartir las emociones ( $r = 0,15$ )], así como con menor ambivalencia emocional para beneficios de la no expresión social de las emociones ( $r = -0,38$ ) y no relación para las otras subescalas [beneficios intrapersonales de compartir las emociones ( $r = -0,07$ ), y beneficios interpersonales de compartir las emociones ( $r = -0,09$ )]. Igualmente consiguieron que las mujeres expresan más sus emociones y presentan creencias más favorables hacia el compartimiento social en los beneficios intrapersonales de compartir las emociones (mujeres  $M = 50,17$ , hombres  $M = 47,40$ ). Los autores resaltan la importancia de evaluar este tipo de creencias y sus repercusiones en diversos contextos y áreas, como podría ser la salud.

De esta manera, se podría suponer que las creencias hacia el compartir socialmente las emociones al influir en la expresión de emociones y ambivalencia emocional, puede influir indirectamente sobre la condición de salud.

En suma, por lo visto en las investigaciones reportadas, parece que la emoción está vinculada a la salud, pero sin embargo esta vinculación no es simple y directa, sino más bien compleja, donde aparecen numerosos factores que están relacionados, entre otros aspectos, con los diferentes componentes de la emoción. Así, se supone que la expresividad emocional favorece una mayor salud, pero a su vez la expresividad emocional está ligada a numerosas variables de diferente naturaleza (social y personal), entre las cuales destacan la ambivalencia emocional, y constructos psicosociales, como las creencias hacia el compartimiento social. De igual forma, se destaca la variable apoyo social, no sólo en su vinculación con la emoción, sino con el fenómeno salud.

Ante esta perspectiva compleja se hace imperante llevar a cabo estudios multivariados que permitan evaluar a la salud no de forma parcial o aislada con la expresividad emocional, sino tomando en cuenta la mayor cantidad de variables bajo un modelo integrado. De esta forma, la presente investigación sobre la base de un modelo biopsicosocial de la salud, toma como referencia el modelo del proceso emocional de Fernández-Abascal y Palmero (1999) y las distintas evidencias empíricas sobre la relación entre emoción y la salud, para construir un modelo explicativo de la condición de salud percibida de las personas.

Así, la presente investigación pretende explicar mediante un modelo estructural, cómo la salud autopercebida, física o psicológica, se ve influenciada por variables emocionales como la expresividad emocional general, la ambivalencia emocional y las creencias hacia el compartir socialmente las emociones, así como por variables psicosociales y sociodemográficas como el apoyo social y el sexo y la edad de los sujetos, respectivamente. El planteamiento del modelo pretende, a su vez, explicar las posibles relaciones entre estas variables.

### **Modelos de ecuaciones estructurales en la explicación de salud**

Se han realizado investigaciones en salud, similares a la propuesta expuesta en el presente objetivo de investigación. Así Storseth (2006) evaluó como la motivación laboral, disatisfacción laboral, liderazgo, insuficiencia en la información, la inseguridad laboral y el estrés laboral predecían la salud mental y física, utilizando un modelo de ecuaciones estructurales en una muestra de 729 empleados de diferentes rubros organizacionales de 17 a 74 años y un promedio de edad de 44 años, 47% hombres. Encontró que para la salud física los datos se ajustaron de forma adecuada al modelo  $X^2=1390,41$ , RMSEA= 0,048, GFI = 0,90 y un AGFI= 0,88, siendo ligeramente mayor el ajuste para la salud mental con un  $X^2= 1197,04$ , RMSEA= 0,045, GFI = 0,91 y un AGFI= 0,89. El autor concluye que el modelo planteado a partir de los factores organizacionales y la inseguridad laboral contribuye a la explicación de la salud, siendo menos explicada la salud física.

González, Landero y Ruiz (2008) mediante un modelo estructural valoraron la capacidad predictora del estrés, el apoyo social y la autoestima respecto de la salud mental y la salud física en 283 mujeres con hijos con una edad promedio de 38,7 años de edad (entre 18 y 59 años). Hallaron “un ajuste aceptable en el modelo propuesto” (p.1) con un  $X^2=3,03$ , RMSEA= 0,08, GFI = 0,89 y un AGFI= 0,85. El ajuste fue mejor para la salud mental (72% de varianza explicada) que para la salud física (32%). Los predictores de salud física a un nivel de 0,05 fueron edad ( $\beta= -0,30$ ) y estrés ( $\beta= -0,43$ ) y, los de salud mental fueron estrés ( $\beta= -0,39$ ), autoestima ( $\beta= 0,19$ ) y salud física ( $\beta= 0,52$ ).

Por último, se tiene el estudio de González y Landero (2008) donde se evaluó mediante ecuaciones estructurales un modelo del estrés que integraba los síntomas psicósomáticos y la teoría transaccional. Se probó un modelo con variables observadas y otro con variables latentes, se consideró para ambos modelos un ajuste adecuado, siendo mejor para el de las variables observadas (variables observadas:  $X^2= 2,87$ , RMSEA= 0,07, GFI = 0,99 y un AGFI= 0,95; variables latentes:  $X^2= 3,74$ , RMSEA= 0,09, GFI = 0,92 y un AGFI= 0,88). Los resultados para los síntomas psicósomáticos indicaron efectos del estrés ( $\beta= 0,17$ ,  $p < 0,05$ ) y el cansancio emocional ( $\beta= 0,51$ ,  $p < 0,05$ ).

Como se puede evidenciar, existen estudios que trataron de abordar la explicación de la salud a través de la propuesta de un modelo causal validado mediante el uso de ecuaciones estructurales, La presente investigación siguiendo en estas aproximaciones a la salud, pretende verificar un modelo causal de la salud autopercibida (psicológica y

física), pero considerando factores emocionales, como la expresividad emocional, la ambivalencia emocional y las creencias hacia el compartir las emociones, así como variables extensamente estudiadas en su relación con salud, como lo son el apoyo social, la edad y el sexo.

### **III. MÉTODO**

#### Pregunta de investigación:

¿Cómo influyen el sexo, la edad, la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social percibido y las creencias hacia el compartir las emociones sobre la salud psicológica y salud física percibida y, cómo es la relación entre estas variables?.

#### Hipótesis:

Los factores sexo, edad, expresividad emocional, ambivalencia emocional, apoyo social percibido y las creencias hacia el compartir las emociones inciden, de manera directa o indirecta, sobre la salud psicológica y la salud física percibida.

Se pretende verificar las relaciones planteadas en el modelo presentado en la Figura 1.

#### Para salud física autopercebida:

Se espera que al presentar alta salud psicológica autopercebida (menor reporte de ansiedad, síntomas somáticos, depresión y disfunción social), una alta expresividad emocional, menor ambivalencia emocional, mayor apoyo social percibido, menor edad y ser hombre se evidencie un menor reporte de síntomas físicos (mayor salud física).

Para salud psicológica autopercebida:

Se espera que a mayor expresividad emocional, menor ambivalencia emocional, mayor apoyo social percibido, menor edad y el ser hombre se evidencie alta salud psicológica autopercebida (menor reporte de síntomas de ansiedad, síntomas somáticos, depresión y disfunción social).

Para expresividad emocional:

Se espera que a menor ambivalencia emocional, mayor apoyo social percibido, creencias favorables hacia el compartir las emociones, el ser mujer y a mayor edad exista mayor expresividad emocional

Para ambivalencia emocional:

Se espera que el tener mayor apoyo social percibido, poseer creencias favorables hacia el compartir socialmente las emociones, ser hombre y el tener mayor edad se relacione con menor ambivalencia.

Para creencias hacia el compartir socialmente las emociones:

Se espera que un mayor apoyo social percibido, una mayor edad y el ser mujer se asocie con poseer creencias favorables hacia el compartir socialmente las emociones.

Para apoyo social:

Se espera que una mayor edad y el ser mujer se asocie con mayor apoyo social.

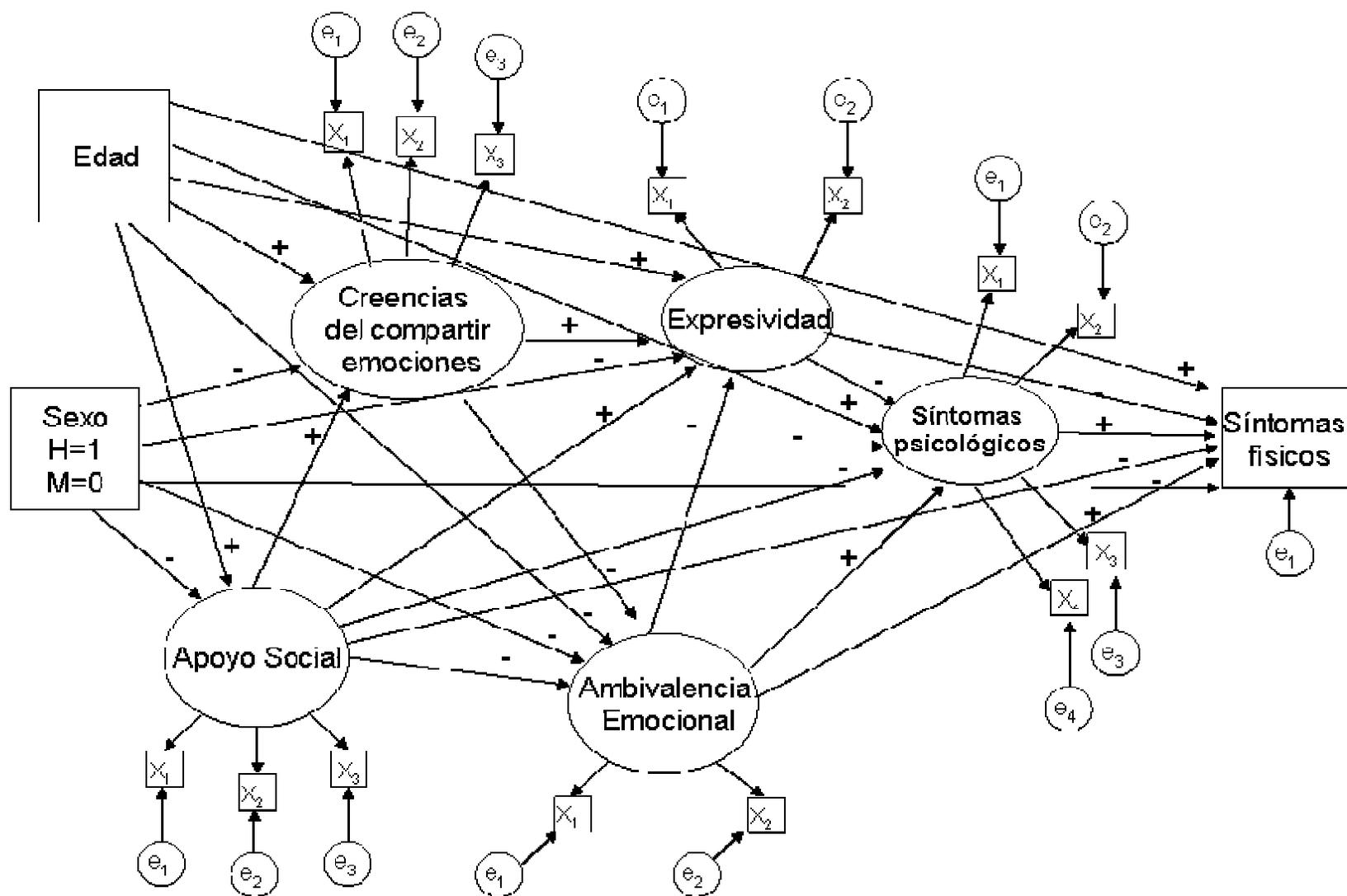


Figura 1. Modelo propuesto

Variables:

Salud física autopercebida:

Definición Conceptual:

Conjunto de síntomas físicos relacionados con diferentes enfermedades.

Definición Operacional:

Puntaje obtenido en un cuestionario de salud física construido en la presente investigación, donde un mayor puntaje indica un mayor reporte de síntomas y por tanto peor salud física (ver Anexo A).

Salud psicológica autopercebida:

Definición Conceptual:

Componentes psicológicos y físicos que pueden ser relevantes en el proceso de 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 que se obtiene a partir de la aplicación del Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28). Se obtienen puntuaciones en cuatro subescalas que

evalúan: a) síntomas somáticos, b) ansiedad e insomnio, c) disfunción social y d) depresión; donde a mayor puntaje en cada una de las subescalas peor salud (ver Anexo B).

Como se puede ver, las variables salud física y psicológica se definen en función de la presencia o no de síntomas de enfermedad, físicos o psicológicos, respectivamente, y no por la presencia o no de bienestar. De manera que tener salud (“mejor salud”) se define por el opuesto en un continuo al reporte de mayores síntomas (“peor salud o enfermedad”), lo que puede lucir como un sesgo a lo patológico. Sin embargo, a pesar de las limitaciones de abordar la salud bajo esta perspectiva, se prefiere hacerlo de esta manera debido a que se presenta como la manera tradicional de abordar conceptual y operacionalmente la salud en las diferentes investigaciones en el área, teniéndose el cuidado de considerar el bajo puntaje como mejor salud.

Expresividad emocional:

Definición conceptual:

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

Definición operacional:

Puntaje total obtenido en la traducción de la Escala de Expresividad Emocional (EES) construida por Kring y cols. (1994), en la cual a mayor puntaje mayor expresividad, evidenciada en dos dimensiones: expresar abiertamente las emociones y evitar la expresión de las emociones (ver anexo C).

Ambivalencia emocional:

Definición conceptual:

Conflicto emocional que se da en la persona por diferentes situaciones: querer expresar una emoción y no ser capaz de hacerlo, expresarla pero no necesariamente querer hacerlo y, expresarla y luego arrepentirse (King y Emmons, 1990).

Definición operacional:

Puntaje total obtenido en la traducción del Cuestionario de la Ambivalencia en la Expresividad Emocional (Ambivalente over Emocional Expressiveness Questionnaire – AEQ-) construido por King y Emmons (1990). Un mayor puntaje indica una mayor ambivalencia emocional en sus dos componentes: ambivalencia en la expresión de emociones por querer y no poder expresar, y ambivalencia en la expresión de emociones por controlar emociones a pesar de querer expresarlas con el fin de no perjudicar a otros (ver anexo D).

Apoyo social percibido:

Definición conceptual:

Percepción de los sujetos sobre la disponibilidad de fuentes de ayuda instrumental, emocional o informativa en su entorno social y personal: familia, amigos, trabajo, religión, sí mismo, entre otros (Taylor, 1999).

Definición operacional:

Puntaje obtenido en la versión corregida y en castellano del cuestionario Apoyo social percibido de Dunn, Putallaz, Sheppard y Lindstrom (1987) donde a mayor puntaje mayor apoyo social percibido, en tres dimensiones: apoyo de amigos, apoyo familiar y apoyo religioso (ver anexo E).

Creencias hacia el compartir socialmente las emociones

Definición conceptual:

Juicios probabilísticos o beneficios atribuidos hacia el acto de compartir socialmente las emociones, el cual se define por Rimé y cols. (1991) como el proceso en el que el sujeto describe o cuenta a un interlocutor un suceso que ha implicado una respuesta emocional.

Definición operacional: Puntaje obtenido en la versión española del cuestionario de creencias sobre los efectos del compartimiento social de las emociones (BSEQ) de

Martinez-Sánchez y cols. (2004). Un mayor puntaje indica creencias favorables hacia el compartir las emociones en tres dimensiones: beneficios intrapersonales del compartir emociones, beneficios de la expresión social de las emociones y beneficios interpersonales de compartir las emociones (ver anexo F).

Edad: Años de vida reportado por el sujeto en los datos de identificación.

Sexo: Sexo reportado por el sujeto en los datos de identificación. Se codificó a la mujer como 0 y al hombre como 1.

Variables controladas:

Lugar de administración e instrucciones: se mantuvieron lo más constantes y estandarizadas posible.

El nivel socio económico y el grado de instrucción de los sujetos se controló por la técnica de homogenización, al tomar estudiantes de postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Se infiere a partir de estudios anteriores que el nivel socioeconómico es medio/ medio-alto.

La secuencia de administración de los cuestionarios fue estandarizada y siguió el siguiente orden: datos de identificación, cuestionario de salud física, cuestionario de salud psicológica, escala de expresividad emocional, escala de ambivalencia emocional, cuestionario de creencias sobre los efectos del compartimiento social de las emociones y escala de apoyo social percibido.

#### Población y muestra:

##### Población:

Hombres y mujeres que asisten a clases de postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), en la sede de Caracas. La matrícula total para el periodo académico 2007-2008 para la sede Caracas-Montalbán fue de 2366 estudiantes de postgrado (Anuario Estadístico UCAB 2007-2008, 2010).

##### Muestra:

Participaron 631 estudiantes de postgrado de la UCAB, sede Caracas, con edades entre 22 y 65 años, edad promedio de 32 años y desviación de 7,88. 407 mujeres (64%) y 224 hombres (36%). 65% solteros, 31% casados, 4% divorciados y 0.3% viudos. Trabajadores, con un promedio de 9 horas laborales diarias. No fumadores en un 86%. Con un índice de masa corporal promedio de 22.

El muestreo fue de tipo propositivo, donde la selección de los sujetos estuvo en función de las condiciones expuestas en la descripción de la población. La participación de los sujetos fue voluntaria.

Tipo y diseño de la investigación:

El tipo de investigación realizada es no experimental y explicativa, donde se pretende evaluar la influencia de las variables sexo, edad, el apoyo social percibido, ambivalencia emocional, creencias hacia el compartir las emociones, ambivalencia emocional y expresividad emocional sobre la salud psicológica y física, sin tener control directo sobre las variables (Kerlinger y Lee, 2002).

El diseño es de corte transversal, dado que se evalúan a los sujetos en un solo momento y busca establecer relaciones causales basado en un modelo estructural (Kerlinger y Lee, 2002).

El modelo de ecuaciones estructurales es considerado por Kerlinger y Lee (2002) como una combinación del análisis factorial y análisis de regresión múltiple, a través del cual se puede evaluar efectos de las variables latentes entre sí y sobre otras variables observadas, empleado en etapas tardías de la investigación, donde el investigador ha

logrado reunir suficiente información sobre las relaciones entre las variables, además de adecuarse al estudio y análisis de modelos teóricos estructurales complejos, donde se utilizan cadenas complejas de razonamiento para ligar la teoría con la investigación empírica para brindar explicaciones alternativas de fenómenos del comportamiento.

La validez de este modelo se estima a través de cuatro procesos; especificación, identificación, estimación de parámetros y evaluación del modelo (Casas Guillén, 2002; Correa, 2007). Según Casas Guillén (2002) el investigador según sus conocimientos teóricos del fenómeno plantea las ecuaciones matemáticas relativas a los efectos causales de las variables latentes y a las expresiones que relacionan estas variables latentes con las observadas o indicadores. Luego de planteado el modelo teórico, se procede a la identificación del modelo. La identificación del modelo depende cuántos parámetros libres pueden ser estimados. Si todos los parámetros libres se estiman a partir del modelo, éste está identificado. El modelo de ecuaciones estructurales tiende a ser sobreidentificado ( $gl > 0$ , calculados a partir de la diferencia entre ecuaciones o datos y el número de parámetros a estimar), aunque pudiera ser identificado ( $gl = 0$ ). Luego se realiza la estimación de parámetros donde se calculan los coeficientes con procedimientos que minimizan las desviaciones entre la matriz de covarianzas y varianzas de modelo teórico y la matriz de covarianzas y varianzas obtenidas, bajo la hipótesis que el modelo es correcto y de que ambas matrices son idénticas. Finalmente

para evaluar el modelo, se calculan índices de bondad de ajuste, como chi cuadrado, la raíz cuadrática media del error de aproximación (RMSEA), el Índice de Bondad de Ajuste (GFI), Índice de Bondad de Ajuste ajustado (AGFI), Índice de Ajuste Comparativo de Bentler (CFI), Índice de Ajuste Normado de Bentler-Bonnet (NFI), entre otros. Estos índices permiten una valoración general del modelo, pero también pueden agregarse análisis detallados de las relaciones entre las variables propuestas en el modelo.

#### Instrumentos:

Escala de salud física percibida (ver Anexo A)

Escala construida en la presente investigación con el fin de evaluar la salud física percibida por el sujeto en función de la frecuencia de la aparición de diferentes síntomas físicos relacionados o no con diferentes enfermedades. Esta escala se basa en varios cuestionarios de síntomas, entre los cuales se encuentra el de Tibblin, Bengtsson, Furunes y Lapidus (1990); Krantz y Östergren (1999); Jamal (2004); Mellner, Krantz y Lundberg (2005), los cuales presentan una adecuada confiabilidad (entre 0,79 y 0,93) y validez de constructo.

Está constituida por 26 síntomas. La escala es puntuada según la frecuencia de aparición del síntoma en las dos últimas semanas de la siguiente manera: nunca = 0, algunas veces =1, bastantes veces = 2, muchas veces = 3. De manera que un mayor puntaje indica una inadecuada salud (mayor número de síntomas).

Para la construcción de la escala se realizó el proceso validez de contenido y constructo por jueces expertos.

#### Cuestionario de Salud General (GHQ-28) (ver Anexo B)

Desarrollado por Goldberg y Williams (1988) con el objetivo de explorar por medio de síntomas generales, formas de trastorno psiquiátrico e identificar individuos con problemas mentales y calidad de vida. Inicialmente el cuestionario constaba de 93 ítems, pero posteriormente se han realizado versiones más cortas: GHQ-60, GHQ-30, GHQ-20, GHQ-12. En 1979, Goldberg y Hillier (1979) diseñaron un nuevo modelo de 28 ítems (GHQ-28), versión que es utilizada en esta investigación. Los ítems están agrupados en cuatro subescalas de siete ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta y su forma de corrección es de 0, 1, 2, 3; las opciones de esta versión van desde menos que lo habitual hasta más de lo

habitual; donde obtener un mayor puntaje en cualquier ítem significa reportar mayores problemas de salud.

En la versión de 60 ítems se han reportado índices adecuados de confiabilidad por los métodos de división por mitades (0,95), test-retest (0,58 a 0,90), alfa de Cronbach (0,94) (Goldberg y Williams, 1988; Pacheco y cols., 1998). En cuanto a la validez se han contrastado grupos psiquiátricos versus población general, correlaciones con entrevistas psiquiátricas estructuradas y análisis de componentes principales (De Abreu y García, 1996; Pacheco y cols., 1998). En cuanto a la estructura factorial obtenida por Pacheco y cols. (1998) utilizando un autovalor de 1,5 y una carga factorial igual o mayor a 0,40, los ítems se agruparon en seis componentes, que explican el 44% de la varianza, los cuales son: a) excitación o tensión nerviosa, ítems: 29, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 49, 50, 55, 58; b) falta de bienestar afectivo y cognitivo, ítems: 23, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 42, 46, 53, 54; c) síntomas somáticos, ítems: 1,2,3,4,5,6,7,9,10,12,13,16; d) depresión, ítems: 51,52,56,57,59,60; e) disturbios del sueño, ítems: 11,14,17,18,19,20; y f) ansiedad y angustia, ítems: 8,9,10,34,38,48.

Molina y Andrade (2002) con la finalidad de hacer una adaptación española del GHQ-28, estudiaron la estructura factorial de la escala en una muestra probabilística y estratificada de 654 sujetos (334 mujeres y 320 hombres), donde se tomó en cuenta la

edad (rango: 15 a 65 años), el estado civil (solteros, casados, divorciados, separados y viudos), el nivel de instrucción y estatus laboral. Su procedimiento, en lugar de hacer una traducción literal de la versión original (inglesa), utilizaron la misma metodología utilizada por Goldberg: realizaron el análisis de los componentes principales a la versión de los 60 ítems (puntuación Escala Likert), para ello utilizaron la solución no rotada y la solución con rotación varimax, con la finalidad de analizar la estructura factorial de la escala. Una vez obtenido los resultados, procedieron a compararlos con la GHQ-28 de versión mexicana y la versión inglesa.

Los resultados que obtuvieron Molina y Andrade (2002) fueron los siguientes: en la escala de 60 ítems, administrada a una población rural española, subyacen 14 componentes con autovalor igual o mayor a 1, que explicaban el 59,9 % de la varianza (solución no rotada), pero de estos componentes sólo los 6 primeros, que explicaban 43,6% de la varianza, podrían tener una explicación adecuada a la nueva versión. Estos resultados coinciden con los obtenidos en México (Medina-Mora y cols., 1983, cp. Molina y Andrade, 2002) y en Venezuela (Pacheco y cols., 1998; Angelucci, 2001), pero difieren con la versión original de Goldberg, en donde se reportan 11 componentes que explican 63,4% de la varianza.

La siguiente etapa de la investigación de Molina y Andrade (2002) para la elaboración de la escala abreviada de Goldberg (GHQ-28), consistió, en primer lugar, tomar los primeros cuatro componentes que explicaban 50.2% de la varianza explicada (solución de rotación varimax); en segundo lugar, de cada componente se escogieron los 7 ítems que más cargaban en sus respectivos factores. Como resultado de esta etapa, se obtuvo que la varianza explicada se incrementó a 59%. Al comparar estos resultados con la versión mexicana y la inglesa, se evidenció que el citado estudio obtuvo más coincidencia con la versión inglesa que con la versión española. Pero lo más resaltante de esta investigación es que las tres versiones (española, inglesa y mexicana) coinciden en la obtención de cuatro factores y en la naturaleza de los grupos de ítems.

Según la versión española, los factores y los ítems quedaron constituidos de la siguiente manera: factor 1: síntomas somáticos (ítems 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).

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

El GHQ-28 fue analizado en cuanto a confiabilidad y estructura factorial por Nuñez y Socorro (2005) en estudiantes de postgrado de UCAB-Caracas. Encontraron un alfa de Cronbach de 0,90 para la escala total y cuatro factores que explicaron el 50,5% de la varianza total, mediante un análisis de componentes principales con autovalor de 1. Al utilizar un punto de corte de 0,40 para la carga factorial, obtuvieron que el factor 1 estaba compuesto por los ítems: 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14 que hacen referencia a ansiedad e insomnio; el factor 2 por los ítems: 22, 23, 24, 25, 26, 27 y 28 (depresión grave); el factor 3 por los ítems: 16, 17, 18, 19, 20 y 21 referido a disfunción social; y el factor 4 los ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 denominado síntomas somáticos. El ítem 15 no cargó en algún factor dado que presentó cargas factoriales por debajo de 0,15.

En una muestra de jóvenes canadienses y en su versión en inglés, se encontró un Alfa de Cronbach de 0,84 que indica una consistencia interna alta. Al realizar el análisis de componentes principales, con un autovalor de 1,5 y observando la gráfica de sedimentación se obtuvo tres componentes que explicaron el 45% de la varianza total. Se realizó una rotación Varimax y al escoger como criterio una carga factorial igual o mayor a 0,40 se obtuvo que en el primer componente cargaron los ítems del 2 al 16 (el ítem 15 con una carga cercana y negativa -0,38) que tienen que ver con síntomas de ansiedad y síntomas somáticos. En el segundo componente cargan los ítems desde el 22 al 28 que tienen que ver con depresión e ideación suicida y por último el componente 3

está compuesto por los ítems del 17 al 21 que tienen que ver con lo que Golberg llama disfunción social, se incluyó igualmente los ítems 1 y 15. El ítem 26 carga en el componente 1 y 2, pero por contenido y coherencia con la versión original fue incluido en el componente 2 (Angelucci, 2001).

En la presente investigación se toman los cuatro factores originales donde síntomas somáticos está compuesto por los ítems 1 invertido, 2, 3, 4, 5, 6 y 7; ansiedad por los ítems 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14; disfunción social por los ítems 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21 todos invertidos a excepción del ítem 16; y finalmente, depresión grave por los ítems: 22, 23, 24, 25, 26, 27 y 28. Un mayor puntaje indica una “peor salud” evidenciada en cada uno de sus componentes: ansiedad e insomnio, depresión grave, disfunción social y síntomas somáticos. Cabe destacar que el nombre original de una de las dimensiones es disfunción social, pero los ítems hacen referencia a la falta de bienestar psicológico mas que a problemas sociales, sin embargo se consideró pertinente conservar el nombre original.

Escala de Expresividad Emocional (EES) (ver Anexo C)

Instrumento realizado por Kring, Smith y Neale (1994) el cual consta de 17 ítems que pretenden medir la aparente exhibición de las emociones, independientemente de la

valencia (positiva o negativa) y del canal (vocal, facial, gestual) utilizado para expresarlas. Las categorías de respuesta en la escala original van desde 1 (siempre falso) a 6 (siempre verdadero) donde a menor puntaje, mayor expresividad emocional.

Según Kring y cols. (1994) el instrumento cuenta con un alta confiabilidad expresada mediante test-retest de 0,90 aplicado luego de cuatro semanas y el coeficiente alfa de Cronbach que va desde 0,89 hasta 0,91. Además, la escala original muestra una adecuada validez convergente ya que fue correlacionada con las puntuaciones obtenidas en otras escalas que miden expresividad emocional como el EEQ de King y Emmons (1990) ( $r= 0,64$ ), la intensidad del afecto (AIM) ( $r= 0,47$ ), la expresividad familiar (FEQ) ( $r=0,44$ ), la adaptación española del Cuestionario de Creencias sobre los efectos del compartir socialmente las emociones (BSEQ), entre otros. Asimismo, arroja una adecuada validez divergente debido a que no estuvo correlacionada con escalas que miden el automonitoreo y el autocontrol de la conducta expresiva verbal y no verbal (SMS) ( $r= 0,12$ ), la deseabilidad social (MCSDS) ( $-0,01$ ), la autoestima ( $0,04$ ), entre otros.

Ramírez (2000) administró una versión en castellano a 501 estudiantes universitarios de una universidad privada de Caracas, Venezuela, se encontró un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,89; además, mediante la realización de un análisis

de componentes principales se encontró que la escala contaba con un solo factor que explicaba el 37% de la varianza total del instrumento.

En el año 2004 Bujanda y Chriqui, en un estudio en 406 estudiantes adolescentes obtuvieron una alta consistencia interna en la escala ( $\alpha$  de Cronbach= 0,73). A diferencia de los autores reportados anteriormente, encontraron la existencia de dos factores en la escala, según el análisis de los componentes principales con rotación varimax y autovalor de 1,5. Con un punto de corte de 0,35 en la carga factorial se halló que el primer factor estaba compuesto por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 8, 11, 13, 15, y 17, explicaba el 19% de la varianza; el segundo, compuesto por los ítems 6, 7, 9, 10, 12, 14 y 16 explicaba el 14% de la varianza. El primer factor fue denominado no evitar la expresión de emociones y el segundo, expresión abierta de emociones. Lo que apunta a la validez de constructo del instrumento

Por su parte, Núñez y Socorro (2005), en un grupo de estudiantes universitarios de postgrado venezolanos, obtuvieron un alfa de Cronbach de 0,88 para el instrumento total de expresividad emocional, y dos factores que explicaban el 46,6% de la varianza total mediante un análisis de componentes principales usando un autovalor de 1. Sobre la base de un punto de corte de 0,40 para la carga factorial los factores quedaron conformados de la siguiente manera: factor 1, ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 15 y 17

(30% de la varianza total explicada), llamado no evitar expresión de emociones (dados que todos los ítems fueron corregidos de manera que a mayor puntaje mayor expresividad, la mayoría de los ítems de este factor están invertidos en la corrección) y, factor 2, ítems: 6, 9, 10, 12, 14 y 16 (16,6% de la varianza total explicada), denominado expresión abierta de emociones.

En la presente investigación se corrigió el instrumento siguiendo el resultado del análisis de componentes principales de Núñez y Socorro (2005), pero utilizando la siguiente escala 0 (totalmente en desacuerdo) a 3 (totalmente de acuerdo) para todos los ítems, sin invertir alguno. Así se tiene que un mayor puntaje en esta escala representa la expresividad emocional en ambos componentes: evitar expresión de emociones y expresión abierta de emociones.

Cuestionario de la Ambivalencia en la Expresividad Emocional (AEQ) (ver Anexo D)

Construido por King y Emmons (1990) pretende medir la ambivalencia de la expresividad emocional bajo diferentes formas, a saber, el querer expresar la emoción y no saber cómo hacerlo, el expresarla pero no necesariamente querer hacerlo, y expresarla pero luego arrepentirse.

La prueba consta de 28 ítems y la puntuación de cada uno, en su escala original, va de 1 a 5, en donde uno indica que el sujeto nunca ha sentido lo que sugiere el ítem y cinco indica que el sujeto frecuentemente lo siente de esa manera; en la presente investigación se modificaron las categorías de respuesta de los ítems, por lo que la puntuación va de 0 (totalmente en desacuerdo) a 3 (totalmente de acuerdo) para todos los ítems.

Los autores de la escala obtuvieron coeficientes alfa de Cronbach que van desde 0,89 hasta 0,92, así como una confiabilidad test-retest después de seis semanas de 0,78, lo que indica una alta confiabilidad. La validez fue obtenida por medio de la correlación con otros tests como el RIA, que mide intensidad en la ambivalencia emocional ( $r=0,35$ ), el EEQ ( $r=-0,25$ ) y la expresividad familiar ( $r=-0,33$ ) entre otros, obteniéndose así validez convergente y divergente (King y Emmons, 1990).

Luego de un análisis factorial realizado por King y Emmons (1990), basado en la correlación entre-ítems, se obtuvieron dos factores: uno, relacionado con la ambivalencia en las expresiones positivas de la emoción concerniente al amor y el miedo a expresar emociones que lleven a la vulnerabilidad, ambivalencia en la expresión de emociones por querer y no poder expresar (ítems: 1, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 17, 18, 19, 20, 21 y 22) y, otro, relacionado con la ambivalencia en la expresión de las emociones primariamente negativas como la ira, donde se tiene que la ambivalencia viene dada por

controlar las emociones a pesar de querer expresarlas (ítems: 2, 3, 4, 5, 12, 13, 15, 16, 23, 25, 26 y 28).

Ramírez (2000), realizó una versión en castellano de la escala y encontró un coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,92; también obtuvo, mediante un análisis de componentes principales, que el instrumento contaba con dos factores. El primer factor explicaba el 33% y estuvo conformado por los ítems 1, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25 y 27, y hace referencia a la ambivalencia en la expresión de emociones como la alegría y el afecto así como el temor a expresar emociones negativas; mientras que el segundo factor, explicaba un el 7% de la varianza total del instrumento y estaba conformado por los ítems 2, 3, 4, 12, 13 y 16, alude a la ambivalencia en la capacidad para controlar la expresión de emociones negativas como la rabia y los celos, por lo que se denominó ambivalencia a la expresión negativa o por autocontrol. Como se puede observar, existe diferencias entre este resultado y el original, así mismo la cantidad de ítems en cada factor fue sustancialmente diferente.

Bujanda y Chriqui (2004) aplicaron la escala de ambivalencia en la expresión de las emociones a una muestra de 406 adolescentes venezolanos con edades comprendidas entre 15 y 19 años, y hallaron un alfa de Cronbach de 0,87, lo cual significa una consistencia interna alta; mientras que en el análisis de componentes principales con

rotación Varimax y utilizando como autovalor 1,5, obtuvieron 2 componentes. El primer factor explicaba el 18,06% y el segundo el 12,13% de la varianza total. Para la descripción de cada uno de los factores, se usó como punto de corte una carga factorial de 0,35. El primer factor estuvo conformado por los ítems 1, 5, 6, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 22, 24, 25 y 27, llamado ambivalencia para expresar emociones positivas, mientras que el segundo factor estuvo conformado por los ítems 3, 4, 7, 12, 13, 16, 21, 23 y 26, denominado ambivalencia en la capacidad para controlar y expresar emociones negativas.

En el estudio de Núñez y Socorro (2005) en estudiantes de postgrado, la escala de ambivalencia emocional mostró una consistencia interna alta (alfa de Cronbach= 0,93). En el análisis de componentes principales con un autovalor de 1,5 se obtuvo dos factores que explicaban el 44% de la varianza total. Con un punto de corte de 0,40 para la carga factorial los factores quedaron constituidos de la siguiente manera: factor 1, ítems: 1, 5, 6, 8, 10, 11, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 25 y 27, denominado ambivalencia en las expresión de emociones positivas o por no poder expresar a pesar de querer y, el factor 2, ítems: 2, 3, 4, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16 y 23, llamado ambivalencia en la expresión de emociones negativas o por control. Estos resultados se asemejan a los dos estudios anteriores, realizados en muestras venezolanas. Cabe resaltar que en estos estudios se obvió el ítem 28, el cual será incorporado en la presente investigación.

Xiaohua Chen, Cheung, Bond, y Leung (2005) con el objetivo de examinar el constructo de ambivalencia emocional propuesto por King y Emmons (1990) en el contexto chino. Utilizaron una muestra compuesta por 172 hombres y 148 mujeres estudiantes de tres universidades de Wuhan, China, y con edad media de 19,06 años. A través de un análisis factorial confirmatorio con el método de máxima verosimilitud se encontró un bajo ajuste del modelo  $\chi^2 = 758,36$   $p < 0,001$ ; NNFI= 0,51; CFI= 0,54; RMSEA=0,07 por lo que indicaron que los factores propuestos por King y Emmons (ambivalencia de emociones positivas y ambivalencia de emociones negativas) no se adapta a la cultura china, ante lo cual realizaron un análisis de componentes principales que extrajo dos factores, rumiación emocional y supresión emocional, los cuales explican el 12,46 y 9,61% de la varianza total, respectivamente. Con una carga factorial mayor a 0,30, en la rumiación emocional cargaron los ítems 1, 5, 8, 15, 15, 17, 18, 22, 24, 25, 27 y 28; y en la supresión emocional el 4, 3, 9, 10, 12, 13, 16, 19, 21, 23 y 26. No cargaron el 7, 11, 20 y 2. La estructura encontrada por estos autores se parece más en contenido a la hallada en las muestra venezolanas evaluadas en las investigaciones aquí citadas.

En la presente investigación se corrigió el instrumento siguiendo el resultado del análisis de componentes principales de Nuñez y Socorro (2005), pero utilizando la siguiente escala 0 (totalmente en desacuerdo) a 3 (totalmente de acuerdo) para todos los

ítems, sin invertir alguno y agregando el ítem 28 al factor 1. Así un mayor puntaje indica una mayor ambivalencia emocional en sus dos componentes: ambivalencia en la expresión de emociones por querer y no poder expresar, y ambivalencia en la expresión de emociones por controlar emociones a pesar de querer expresarlas.

#### Cuestionario de Apoyo Social Percibido (ver anexo E)

Esta escala mide la percepción de disponibilidad de diferentes fuentes de apoyo social, fue desarrollada por Dunn, Putallaz, Sheppard and Lindstrom (1987) para evaluar el apoyo en adolescentes. La escala original consta de 25 ítems configurados en cinco subescalas: apoyo general, familiar, amigos, vecinos o conocidos y la opinión acerca de la importancia del apoyo social.

Bagés, Feldman, Chacón, Pérez y Guarino (1991) adaptaron esta escala para el contexto venezolano, reduciéndola a 18 ítems. Se responden en una escala Likert de cuatro puntos (1= no, nunca hasta 4= si, siempre). Estas autoras calcularon el coeficiente alfa de Cronbach obteniendo una alta consistencia interna (0,78). Feldman (2001) obtuvo en una muestra de trabajadoras venezolanas un alfa de 0,74, cónsono con el estudio de Bagés y cols. (1990)

En su muestra de 246 trabajadores Bagés y cols. (1990) encontraron seis factores que explicaban el 61% de la varianza total, al tomar un autovalor de 1. Estos factores se relacionaron con apoyo familiar (21%), apoyo de pareja (10%), apoyo general (9%), apoyo de grupos o instituciones (7%), apoyo laboral (7%) y percepción de carencia de apoyo (6%).

Pacheco y cols. (1998) utilizando una escala de corrección de 0 a 3 (0= nunca y 3= mucho) encontraron consistencia interna de 0,89 calculada por el alfa de Cronbach, pero en el análisis de componentes principales utilizando un autovalor de 1,5 no corroboran las cinco dimensiones, si no que obtuvieron tres componentes que explicaron el 49% de la varianza total, a saber: apoyo general, apoyo de amigos y apoyo de sí mismo y de figuras importantes. Al considerar una carga factorial igual o mayor a 0,40 se tuvo que los ítems que componen cada componente fueron: apoyo general (2, 3 inverso, los ítems 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 27, y 28), apoyo de amigos (1, 4, 8, 20 inverso, 23 y 24) y apoyo de sí mismo y de figuras importantes (7, 11, 12, 16, 17 y 26).

Hallazgos parecidos fueron reportados por Angelucci (2001), en donde además de encontrar una alta consistencia interna de los ítems en la escala (alfa de Cronbach= 0,85), se hallaron tres componentes que explicaban el 41,04% de la varianza total. Al utilizar un punto de corte de 0,35 para la carga factorial se encontró que el factor 1

estaba compuesto por los ítems: 1, 4, 8, 9, 13, 14, 19, 20 inverso, 23 y 24 (apoyo de amigos y cercanos); factor 2: 2, 3 inverso, 5, 10, 15, 18, 21, 25, 26 y 27 inverso (apoyo familiar); y factor 3: 6, 7, 11, 16, y 17 relacionado con el apoyo de grupos y comunidad religiosa.

En la presente investigación se corrigió el instrumento siguiendo el resultado del análisis de componentes principales de Angelucci (2001), utilizando la siguiente escala 0 (totalmente en desacuerdo) a 3 (totalmente de acuerdo) para todos los ítems. La corrección de la escala se realizó obteniendo un puntaje por cada factor, donde a mayor puntaje en apoyo de amigos y cercanos, apoyo familiar y apoyo religioso, mayor apoyo percibido.

Cuestionario de Creencias sobre los Efectos del *Compartimiento* Social de las Emociones (BSEQ) (ver anexo F).

Escala adaptada al español por Martínez-Sánchez y cols. (2004) por el método de la traducción inversa. El BSEQ recoge enunciados sobre los efectos intra e interpersonales percibidos del compartir socialmente las emociones, así como de la no expresión de éstas. Está formado por 31 ítems que los sujetos han de responder en una escala tipo

Likert de cinco puntos, donde: total desacuerdo= 1 y total acuerdo= 5. Los ítems 2, 4, 7, 10, 13, 14, 18, 20, 21, 22, 24 y 29 están formulados en forma inversa.

Los autores evaluaron la estructura factorial, confiabilidad, y validez convergente y divergente del instrumento en 390 estudiantes con edades universitarias con edades comprendidas entre los 17 y 29 años (106 hombres y 284 mujeres). Obtuvieron mediante un análisis de componentes principales y la prueba gráfica de sedimentación tres factores que explicaron el 39% de la varianza total. Se usó la rotación varimax y un criterio de aceptación de los ítems de 0,35. El primer factor denominado beneficios intrapersonales de compartir las emociones acumula el 21% e incluye los ítems: 1, 5, 6, 8, 11, 15, 16, 19, 25, 26, 30 y 31. El segundo factor, denominado beneficios de la no expresión social de las emociones explica el 12% de la varianza y está compuesto por los ítems: 2, 4, 7, 10, 13, 14, 20, 21, 22, 24 y 29. Por último, el tercer factor llamado beneficios interpersonales de compartir las emociones explica el 6% de la varianza y se compone de los ítems: 3, 9, 12, 17, 18, 23, 27 y 28.

La confiabilidad por el coeficiente alfa de Cronbach indica alta consistencia interna para la prueba total (0,77) y para cada uno de los componentes obtenidos (0,84, 0,81 y 0,72, respectivamente). Igualmente se utilizaron las puntuaciones de 60 sujetos (30 hombres y 30 mujeres) que completaron la escala en dos ocasiones, en un periodo de 7 semanas

entre la primera y la segunda, obteniéndose una alta fiabilidad test-retest ( $r = 0,72$ ,  $p < 0,01$ ) (Martínez-Sánchez y cols., 2004).

En cuanto a la validez divergente los autores encontraron correlaciones positivas y significativas con cuestionarios que concurren teóricamente con el constructo de la expresión emocional, entre los cuales está la escala de expresividad emocional (EES) ( $r = 0,45$ ). Igualmente hallaron correlaciones negativas significativas con cuestionarios que divergen teóricamente con el constructo de la expresión emocional, entre los cuales está el de ambivalencia de la expresión emocional (AEQ) ( $r = -0,26$ ).

En la presente investigación se corrigió el instrumento usando una escala de 0 a 3 puntos (0= nada y 3 = mucho) y los factores propuestos por Martínez-Sánchez y cols. (2004), se invirtieron los ítems: 2, 4, 7, 10, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 29; de manera que un mayor puntaje se asocia con creencias favorables hacia el compartir socialmente las emociones en sus tres dimensiones: beneficios intrapersonales de compartir las emociones, beneficios de la expresión social de las emociones y beneficios interpersonales de compartir las emociones.

#### Datos de Identificación:

Se evaluaron por medio de preguntas cerradas los siguientes datos personales: edad, sexo, estado civil, peso, altura, nombre del postgrado, profesión, ocupación, horas promedio diarias de actividad laboral, cumplimiento de horas extras, cumplimiento de horario nocturno, si fuma o no y número de hijos. Muchos de estos datos no se incluyeron en el modelo de ecuaciones estructurales, pero se tomaron en cuenta para caracterizar más ampliamente a la muestra en aspectos relacionados con la salud. Igualmente se correlacionaron con las variables de interés (ver anexo G).

#### Procedimiento:

Se procedió a hacer los contactos pertinentes en cada una de las direcciones de los postgrados impartidos en la UCAB para la petición de los permisos. Luego se contactó a los profesores de algunas materias en estos postgrados para que prestaran sus salones de clase; ya en el sitio se les explicó en líneas generales a los estudiantes el objetivo de estudio y algunos aspectos de la administración del instrumento, para luego pedirles su participación en el mismo. De esta manera la administración de los cuestionarios se hizo de forma colectiva.

Luego de recogidos los cuestionarios se llenó una base de datos en Excel 4,0 y se procedió al análisis de resultados mediante el programa estadístico SEM del sistema R (Fox, 2006).

Consideraciones éticas:

En la presente investigación se tomaron en cuenta las consideraciones pertinentes de los lineamientos éticos referidos a la investigación (Escuela de Psicología, 2002; Kerlinger y Lee, 2002).

Así en la presente investigación: a) se obtuvo un consentimiento informado del director de Postgrado y de los participantes, b) se respetó el anonimato y la confidencialidad de los datos, c) se aseguró que los participantes estuvieran libres de coacción, garantizando al candidato la opción de negarse a participar o retirarse en cualquier momento, d) se garantizó la publicación de los datos generales y se dio información de donde podían obtenerla, e) la investigadora asumió la responsabilidad de todos los aspectos involucrados en el proceso de investigación.

#### IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis descriptivo:

Para evaluar el comportamiento de las variables en la muestra seleccionada se calcularon los estadísticos descriptivos para cada una, incluyendo sus dimensiones (ver Tabla 1)

Tabla 1. Estadísticos descriptivos para las variables de estudio

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación	Asimetría	Curtosis	Mínimo	Máximo
Salud Física	631	0	14,223	13,00	8,893	1,207	1,999	0	58
Ansiedad	630	1	5,4921	4,00	4,981	0,960	0,268	0	21
Somático	630	1	6,781	6,00	4,303	0,721	-0,109	0	19
Depresión	630	1	0,722	0,00	1,808	4,736	31,059	0	18
Disfunción Social	628	3	9,570	10,00	3,795	-0,293	-0,392	0	19
Expresión Abierta	630	1	10,955	11,00	3,966	-0,103	-0,339	0	18
Evitación de Expresión	630	1	10,842	10,00	7,311	0,435	-0,339	0	33
Ambivalencia de Querer	630	1	15,415	14,00	10,206	0,406	-0,641	0	45
Ambivalencia por Controlar	630	1	13,128	13,00	6,784	0,070	-0,438	0	33
Creencia Intrapersonal	622	9	26,424	27,00	6,072	-0,793	0,770	3	36
Creencia Interpersonal	623	8	14,908	15,00	3,933	-0,377	-0,204	4	24
Creencia de Expresión	622	9	24,713	26,00	6,227	-0,862	0,412	2	33
Apoyo Amigos	622	9	24,771	26,00	4,718	-1,051	0,925	6	30
Apoyo Familia	620	11	23,238	24,00	4,061	-0,935	0,934	7	30
Apoyo Religión	622	9	7,799	8,00	3,46	0,199	-0,688	0	15

Para la percepción de salud física, la muestra presenta, de un rango posible de 0 a 58, un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 58, con un promedio de 14,22 y una  $S= 8,89$  con una alta asimetría positiva (1,207) que indica que la mayoría de los encuestados se ubican en puntajes bajos de la escala, de manera leptocúrtica ( $K=1,99$ ), reportando por tanto pocos síntomas de enfermedad; sin embargo existe heterogeneidad en la distribución ( $CV= 63\%$ ), lo que indica que algunos sujetos presentan mayor número de síntomas físicos, por ejemplo, 9,4% obtienen puntaje mayor o igual a 29, el cual es el puntaje medio de la escala.

Con relación a la salud psicológica, para la dimensión ansiedad en un rango posible de 0 a 21 puntos, la muestra presenta un puntaje mínimo de 0 y máximo de 21, un promedio de 5,49, con una  $S= 4,98$  y una asimetría positiva (0,96) que indica que la mayoría de los encuestados se ubican en puntajes bajos de la escala, de manera mesocúrtica ( $K=0,268$ ), presentándose una ansiedad moderada baja; no obstante existe una muy alta heterogeneidad en la distribución ( $CV= 91\%$ ), lo que indica que algunos sujetos presentan alta ansiedad, el 20,8% presentan puntaje mayor o igual a 10, el cual es el puntaje medio de la escala. Siguiendo con la salud psicológica, para la dimensión síntomas somáticos en un rango posible de 0 a 21 puntos, la muestra presenta un puntaje mínimo de 0 y máximo de 19, un promedio de 6,78 y una  $S= 4,3$  y una asimetría positiva (0,72) que indica que la mayoría de los encuestados se ubican en puntajes moderados

bajos de la escala, de manera mesocúrtica ( $K = -0.109$ ); no obstante existe heterogeneidad en la distribución ( $CV = 63\%$ ), lo que indica que algunos sujetos presentan somatización, donde el 24% obtienen puntaje mayor o igual a 10, siendo este el puntaje medio de la escala. Para la dimensión depresión, en un rango posible de 0 a 21, se dió un puntaje mínimo de 0 y máximo de 18, con una media de 0,72 y una  $S = 1,81$ , con una marcada asimetría positiva (4,74) y una alta curtosis ( $K = 31,06$ ) lo cual indica una distribución extremadamente leptocúrtica, así la mayoría o casi todos los encuestados presentaron muy poca depresión; muy pocos sujetos puntuaron alto en esta escala, sólo el 0,8% puntuaron igual o mayor a 10, el cual es el punto medio de la escala, por lo que la dispersión es muy alta ( $CV = 250\%$ ). Finalmente, para la dimensión disfunción social o falta de bienestar, con un rango posible de 0 a 21, se obtiene un puntaje mínimo de 0 y máximo de 19 con un promedio de 9,57 y una  $S = 3,8$ , una baja asimetría negativa (-0,29) y una curtosis platicúrtica (-0,59) y una dispersión moderada ( $CV = 40\%$ ), lo que indica que los encuestados presentan una falta de bienestar o disfunción social moderada-alta, el 52,4% obtuvo una puntuación igual o mayor a 10, el cual es el puntaje medio de la escala.

Para la expresividad emocional, en la dimensión evitar la expresión de emociones, de en un rango posible de 0 a 33, los encuestados obtienen un puntaje mínimo de 0 y máximo de 33, con un promedio de 10,84 y una  $S = 7,3$ , tiene una asimetría moderada y positiva

(0,44) que indica que la mayoría de los sujetos reporta una moderada-baja evitación de la expresión de emociones; la distribución presenta una alta heterogeneidad ( $CV= 67\%$ ), siendo platicúrtica ( $K= -0,34$ ). Para la dimensión expresión abierta de las emociones en un rango posible de 0 a 18 puntos, se obtiene un puntaje mínimo de 0 y máximo de 18 con un promedio de 10,96 y una  $S= 3,9$ , presentándose baja asimetría negativa ( $-0,10$ ), moderada variabilidad ( $CV= 36\%$ ) y una forma platicúrtica en la distribución ( $K= 0,34$ ), lo que muestra que los sujetos presentan moderada expresión abierta de sus emociones.

Con respecto a la ambivalencia emocional, para la dimensión ambivalencia de controlar las emociones para no perjudicar a otros en un rango posible de 0 a 33 puntos, se observa un puntaje mínimo de 0 y máximo de 33, con un promedio de 13,13 y una  $S= 6,8$  y muy baja asimetría ( $0,07$ ), lo que indica moderada ambivalencia en este aspecto, de manera moderadamente heterogénea ( $CV= 52\%$ ) y platicúrtica ( $-0,44$ ). Para la ambivalencia de querer expresar emociones y no poder hacerlo, en un rango posible de 0 a 45 puntos, se presenta un puntaje mínimo de 0 a 45 con una media aritmética de 15,41 y una  $S= 10,2$ , una asimetría positiva ( $0,41$ ), alta dispersión ( $CV= 66\%$ ) y con una curtosis platicúrtica ( $-0,64$ ), que indica baja ambivalencia referida a este componente.

Con relación a las creencias hacia el compartir las emociones, para la dimensión creencias acerca de los beneficios interpersonales de compartir las emociones en un

rango posible de 0 a 24 puntos, se observa un puntaje mínimo de 4 y máximo de 24, con un promedio de 14,91 y una  $S= 3,9$ , con asimetría moderada-baja y negativa (-0,37), se tiene una alta creencia favorable acerca de los beneficios interpersonales y personales de compartir las emociones, de manera homogénea ( $CV= 26\%$ ), siendo la distribución ligeramente platicúrtica (-0,204). Para la dimensión creencias acerca de los beneficios intrapersonales de compartir las emociones en un rango posible de 0 a 36 puntos, se observa un puntaje mínimo de 3 y máximo de 36, con un promedio de 26,42 y una  $S= 6,1$ , alta asimetría negativa (-0,79) y una curtosis platicúrtica ( $K= -0,77$ ). Se tiene así, una alta creencia favorable acerca de los beneficios interpersonales y personales de compartir las emociones, de manera homogénea ( $CV= 23\%$ ). Para la creencias favorables generales del expresar las emociones, se obtiene que un rango posible de 0 a 33 puntos, se presenta un puntaje mínimo de 2 a 33 con una media aritmética de 24,71 y una  $S= 6,2$ , una asimetría negativa alta (-0,86), baja dispersión ( $CV= 25\%$ ) y una curtosis leptocúrtica (0,41), que indica altas creencias referidas a este componente.

Por último, para la variable apoyo social, se tiene que para la dimensión apoyo de amigos en un rango posible de 0 a 30 puntos, la muestra presenta un puntaje mínimo de 6 y máximo de 30, un promedio de 24,77 y una  $S= 4,7$  con una alta asimetría negativa (-1,05) que indica que la mayoría de los encuestados se ubican en puntajes altos de la escala, de manera leptocúrtica ( $K= 0,93$ ), presentando muy baja heterogeneidad ( $CV=$

19%). Para apoyo familiar en un rango posible de 0 a 30 se dio un puntaje mínimo de 7 y máximo de 30, con una media de 23,24 y una  $S= 4,1$ , con una alta asimetría negativa (-0.94) y una alta curtosis leptocúrtica ( $K= 0,93$ ). Así la mayoría de los estudiantes presentaron alto apoyo familiar percibido con baja heterogeneidad ( $CV= 17\%$ ). Finalmente para apoyo religioso con un rango posible de 0 a 15, se obtiene un puntaje mínimo de 0 y máximo de 15 con un promedio de 7,80 y una  $S= 3,5$ , una baja asimetría positiva (0,20), una curtosis platicúrtica (-0,69) y una dispersión alta ( $CV= 55\%$ ), lo que indica que los encuestados presentan una percepción moderada-baja de apoyo religioso.

En resumen, la muestra es básicamente sana a nivel físico y psicológico, con moderados síntomas somáticos, de ansiedad y falta de bienestar (disfunción social). Así mismo, presentan tendencia a expresar sus emociones, tanto porque no evitan la expresión, como porque la expresan abiertamente de manera moderada. Reportan baja ambivalencia emocional y moderada sólo cuando se hace referencia a controlar las emociones para no perjudicar a otros. Manifiestan creencias favorables hacia compartir las emociones y alto apoyo familiar percibido, moderado de amigos y menos apoyo religioso.

Ahora bien, con el objetivo de verificar el modelo planteado (ver Anexo K) se estimó su ajuste mediante ecuaciones estructurales, utilizando para ello programa paquete SEM del sistema R (Fox, 2006). Para evaluar los estadísticos significativos se utilizó un nivel de

significación del 5%. Se reportan los siguientes índices de bondad del ajuste: raíz cuadrática media del error de aproximación (RMSEA), Índice de Bondad de Ajuste (GFI), Índice de Bondad de Ajuste ajustado (AGFI), Índice de Ajuste Comparativo de Bentler (CFI), Índice de Ajuste Normado de Bentler-Bonnet (NFI) y por ultimo, la raíz del residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR). De acuerdo a Steiger (1990), un RMSEA menor a 0,10 indica un buen ajuste de los datos. El rango de GFI, como el del resto de los índices de ajuste relacionados con el porcentaje de varianza explicada, es de 0 a 1 y cuando los valores exceden a 0,90 indican un buen ajuste (Kelloway, 1998).

Hechos los cálculos, se obtuvo un índice chi cuadrado no significativo, como es lo esperado:  $X^2 = 841,33$  gl= 103,  $p > 0,05$ , chi cuadrado del modelo nulo = 3960,5 gl = 105  $p > 0,05$ , además el GFI=0,861; AGFI ajustado= 0,794, RMSEA= 0,107, NFI de 0,788, CFI= 0,806 y SRMR = 0,115. Los resultados indican un bajo ajuste del modelo al tomar en cuenta de manera general los índices calculados.

La gráfica del modelo resultante en función del análisis estructural de covarianza aparece en la Figura 2 (sólo se indican las relaciones significativas al 5%).

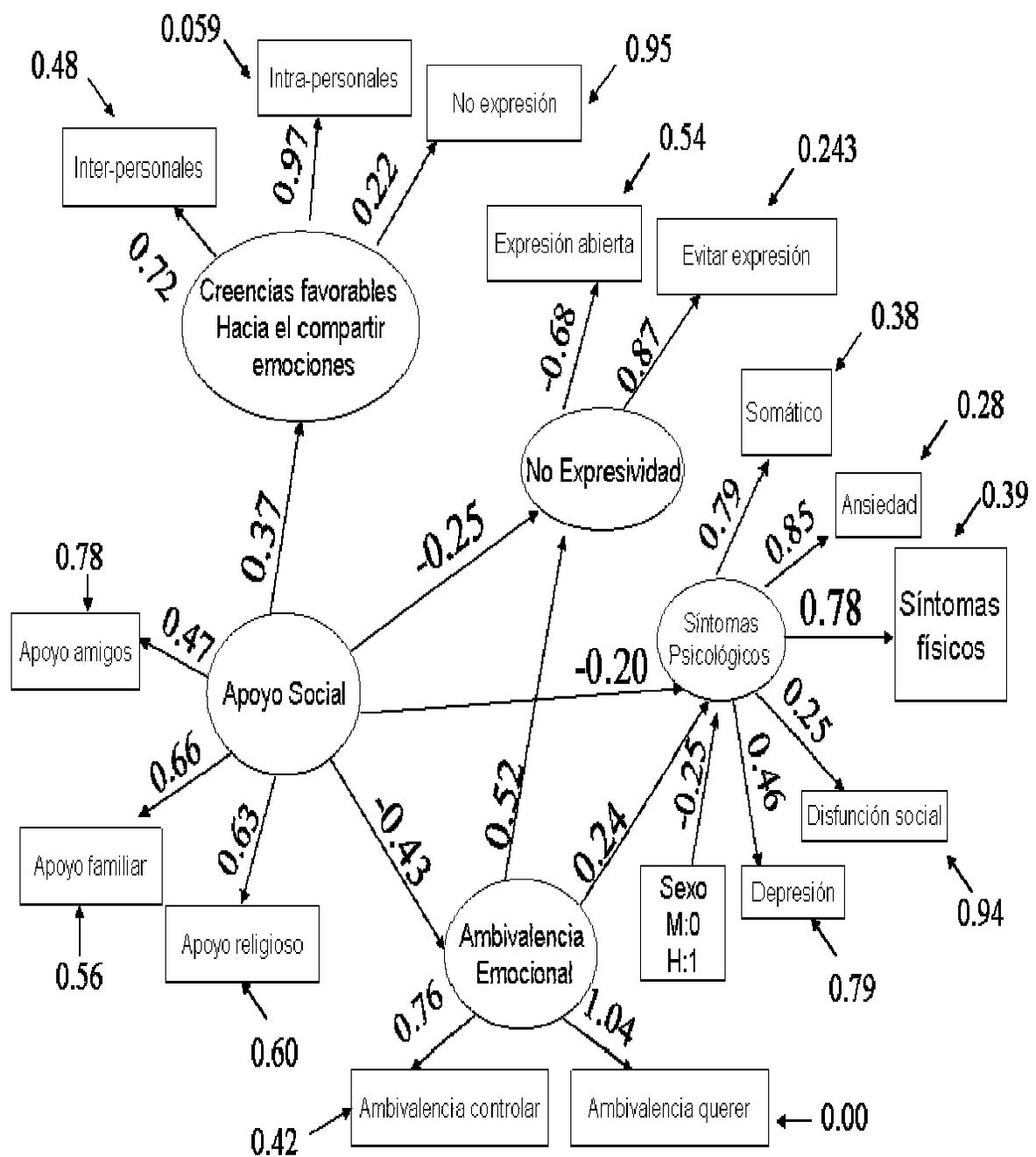


Figura 2. Modelo resultante luego del análisis.

Como ya se indicó, el ajuste del modelo no es bueno dado que los índices están ligeramente por debajo de los criterios establecidos. En la revisión de varios artículos en el área de investigación sobre salud se encuentran índices cercanos a los hallados en la presente investigación (ver Anexo H), por lo que se podría decir que dentro del contexto de la investigación en esta área el modelo resultante no es totalmente inadecuado.

No obstante se consideró dado el bajo ajuste, no interpretar las relaciones encontradas entre las variables y realizar modificaciones al modelo original (modelo A) no cambiando las relaciones planteadas ni las variables latentes incluidas, sino realizando previo al planteamiento del segundo modelo, un análisis de las dimensiones que componen cada una de las variables latentes en la muestra de investigación.

Con el fin de crear entonces el segundo modelo (modelo B), se procedió a realizar un análisis de componentes principales de cada una de las escalas que medían los indicadores de las variables latentes y colocar en el modelo lo encontrado a partir de este análisis, para luego verificar si esto aumenta o no, la bondad de ajuste del modelo (ver Anexo K para ecuaciones calculadas en el modelo).

Se realizó así, un análisis de la confiabilidad y estructura factorial de todos los instrumentos. Para el análisis de confiabilidad se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach

y para conocer la estructura factorial se realizó un análisis de componentes principales (ACP).

Para el instrumento de percepción de salud física la confiabilidad obtenida fue de 0,866 lo que indica alta consistencia interna, todos los ítems correlacionan positivamente y con correlaciones mayores a 0,25 con el puntaje total, a excepción del ítem 17 que presenta una correlación de 0,24 (ver Anexo I).

Del ACP se obtuvo un índice KMO de 0,895 y un chi cuadrado de 3423,48 ( $gl = 325$ ) para el test de esfericidad de Bartlett, significativo desde el punto de vista estadístico ( $p = 0,00$ ), lo que indica que puede llevarse a cabo el análisis factorial. De esta manera se realizó un análisis de componente principal con un autovalor de 1,5 y se obtuvo un factor, lo que se refuerza en el gráfico de sedimentación. Este factor presenta un autovalor de 6,20 y explica el 23.84% de la varianza total (ver Anexo I)

En la matriz factorial (Tabla 2) se pueden observar las cargas factoriales de los ítems en el factor, donde igualmente el ítem con menor carga es el 17 (dificultad para controlar la orina) con una carga de 0,27. Al utilizarse un criterio de 0,40 como carga factorial el ítem 17 no aparece en la tabla, sin embargo se tomó para la suma total

Tabla 2. Matriz de componentes rotada de salud física

	Componente
FISICA1	0,534
FISICA2	0,510
FISICA3	0,328
FISICA4	0,410
FISICA5	0,644
FISICA6	0,500
FISICA7	0,530
FISICA8	0,453
FISICA9	0,499
FISICA10	0,426
FISICA11	0,411
FISICA12	0,494
FISICA13	0,479
FISICA14	0,527
FISICA15	0,518
FISICA16	0,332
FISICA17	
FISICA18	0,451
FISICA19	0,535
FISICA20	0,481
FISICA21	0,524
FISICA22	0,516
FISICA23	0,570
FISICA24	0,596
FISICA25	0,502
FISICA26	0,481

Para la escala de Salud General de Golberg se obtuvo un coeficiente alfa de 0,884 con correlaciones ítems-total positivas y mayores a 0,25 a excepción del ítem 15 que correlaciona -0,24 y del 28 con una correlación de 0,24 (ver Anexo I).

El índice KMO fue de 0,887 y un chi cuadrado de 8190,43 (gl = 378) para el test de esfericidad de Bartlett, significativo desde el punto de vista estadístico ( $p= 0,00$ ), lo que indica que puede llevarse a cabo el análisis de componentes principales. Se fijó el análisis de componente principal con un autovalor de 1,5 obteniéndose tres componentes, que igualmente aparecen claramente en la caída del gráfico de sedimentación. El primer componente presenta un autovalor de 7,86 y explica el 28,06% de la varianza total de la prueba, el segundo tiene un autovalor de 3,10 y explica el 11,08%, el tercer componente tiene un autovalor de 2,77 y explica 9,90% la varianza total de la prueba. En total estos tres componentes explican el 49,04% de varianza total (ver Anexo I).

Se realizó una rotación varimax y se obtuvo la matriz factorial donde se usó un criterio mayor a 0,40 para escoger los reactivos de cada componente (ver Tabla 3), así se tuvo que en el componente 1 cargan los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 16 ítems que tienen que ver con estar nervioso, agobiado, somatización, entre otros síntomas relacionados con ansiedad, tensión y excitación nerviosa, por lo que se denominó a este componente ansiedad y síntomas somáticos. En el componente 2 cargaron los ítems 22, 23, 24, 25, 26, 27 y 28 los cuales están relacionados con melancolía y pensamientos suicidas, por lo que se denominó depresión. El ítem 26 cargó más en el componente 1, pero por su contenido se decidió colocarlo en el

componente 2. En el componente 3 cargaron los ítems 17, 18, 19, 20 y 21, lo que está relacionado con el no hacer las cosas bien y no satisfacción con la vida, por lo que se podría denominar no bienestar, pero dado que el autor original del instrumento lo denomina disfunción social, se va a usar este último término para este componente. El ítem 15 cargó cercano a 0,40 y de forma negativa (-0,37) y no se colocó en algún componente.

El primer componente presentó una confiabilidad de 0,905, donde todos los ítems correlacionaron por encima de 0,35. En el componente 2 se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,781 y todos los reactivos correlacionaron con el puntaje total por encima de 0,45. Por último, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,851 para el componente 3; todos los ítems correlacionaron por encima de 0,55. Por lo que se puede indicar que las dimensiones de salud psicológica presentan alta confiabilidad.

Tabla 3: Matriz de componentes rotada de salud general

	Componentes		
	Ansiedad/somático	Depresión	No bienestar
MENTAL1	0,429		
MENTAL2	0,662		
MENTAL3	0,740		
MENTAL4	0,653		
MENTAL5	0,632		
MENTAL6	0,662		
MENTAL7	0,523		
MENTAL8	0,569		
MENTAL9	0,567		
MENTAL10	0,787		
MENTAL11	0,786		
MENTAL12	0,545		
MENTAL13	0,700		
MENTAL14	0,741		
MENTAL15			
MENTAL16	0,517		
MENTAL17			0,749
MENTAL18			0,812
MENTAL19			0,817
MENTAL20			0,793
MENTAL21			0,684
MENTAL22		0,590	
MENTAL23		0,661	
MENTAL24		0,790	
MENTAL25		0,670	
MENTAL26	0,506	0,431	
MENTAL27		0,715	
MENTAL28		0,738	

Para el instrumento de expresividad emocional se obtuvo un coeficiente Alfa de 0,586 existiendo 6 ítems con correlaciones ítems-total negativas: 6, 9, 10, 12, 14 y 16 que disminuyen considerablemente la confiabilidad. Todas las correlaciones son mayores a 0,25 a excepción de los ítems 9, 10, 12 y 16 (ver Anexo I).

El índice KMO fue de 0,931 y un chi cuadrado de 4340,03 (gl = 136) para el test de esfericidad de Bartlett, significativo desde el punto de vista estadístico ( $p= 0,00$ ), lo que indica que puede llevarse a cabo el análisis de componentes principales.

Se fijó el análisis de componente principal con un autovalor de 1,5 obteniéndose dos componentes. En la caída del gráfico de sedimentación aparecen igualmente dos componentes. El primer componente presenta un autovalor de 6,87 y explica el 40,40% de la varianza total de la prueba y el segundo un autovalor de 1,57 y explica el 9,23%. Ambos componentes explican el 49,63% de varianza total (ver Anexo I).

Se realizó una rotación varimax y se obtuvo la matriz factorial donde se usó un criterio mayor a 0,40 para escoger los reactivos de cada componente (ver Tabla 4), así se tuvo que en el componente 1 cargan los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 15 y 17 ítems que tienen que ver con el control y la evitación de expresiones emocionales, por lo que se denomina evitación de la expresividad emocional. En el componente 2 cargaron los ítems 6, 9, 10, 12, 14 y 16, los cuales están relacionados con la manifestación de las emociones, por lo que se llamó expresividad abierta de emociones.

Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,89 para el componente 1, donde todos los ítems correlacionan de manera positiva y mayor a 0,50 con el puntaje total, así como un

coeficiente de 0,79 para el componente 2, presentándose correlaciones por encima de 0,40 y positivas. De manera que ambas dimensiones de expresividad emocional tienen alta confiabilidad.

Tabla 4: Matriz de componentes rotada de expresividad emocional

	Componentes	
	Evitación de expresión	Expresión abierta
EXPRES1	0,753	
EXPRES2	0,742	
EXPRES3	0,722	
EXPRES4	0,668	
EXPRES5	0,609	
EXPRES6		0,618
EXPRES7	0,463	
EXPRES8	0,628	
EXPRES9		0,688
EXPRES10		0,690
EXPRES11	0,536	
EXPRES12		0,523
EXPRES13	0,707	
EXPRES14		0,707
EXPRES15	0,734	
EXPRES16		0,725
EXPRES17	0,627	

Para la escala de Ambivalencia emocional se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,938 con correlaciones ítems-total positivas y mayores a 0,30 (ver Anexo I).

El índice KMO fue de 0,950 y un chi cuadrado de 8179,04 (gl = 378) para el test de esfericidad de Bartlett, significativo desde el punto de vista estadístico ( $p= 0,00$ ), lo que indica que puede llevarse a cabo el análisis de componentes principales. Se fijó el

análisis de componente principal con un autovalor de 1,5 obteniéndose dos componentes, que igualmente aparecen en la caída del gráfico de sedimentación. El primer componente presenta un autovalor de 10,86 y explica el 38,79% de la varianza total de la prueba, el segundo tiene un autovalor de 1,65 y explica el 5,89%. En total estos dos componentes explican el 44,68% de la varianza total (ver Anexo I).

Se realizó una rotación varimax y se obtuvo la matriz factorial donde se usó un criterio mayor a 0,40 para escoger los reactivos de cada componente (ver Tabla 5), así se tuvo que en el componente 1 cargan los ítems 1, 6, 8, 10, 11, 14, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 27 y 28 ítems que tienen que ver con la incapacidad para expresar la emoción a pesar de querer hacerlo, por lo que se denomina ambivalencia por querer y no poder expresar las emociones. En el componente 2 cargaron los ítems 3, 4, 5, 7, 9, 12, 13, 16, 21 y 23 los cuales están relacionados con la evitación de la manifestación de las emociones para crear una buena imagen o evitar roces con las demás personas, por lo que se llamó ambivalencia por control de la emoción para no perjudicar a otros. El ítem 2 y el 15 no fueron incluidos en algún factor. Los ítems 6, 9, 21 y 23 cargaron en los dos componentes, pero por su carga y contenido se ubicaron en los componentes por su contenido.

Para el componente 1 se presentó una confiabilidad alta (alfa de Cronbach = 0,92), donde todos los ítems correlacionaron por encima de 0,45. Para el componente 2 se obtuvo, igualmente, una alta confiabilidad (alfa de Cronbach = 0,84) y todos los ítems correlacionaron con el total por encima de 0,45.

Tabla 5: Matriz de componentes rotada de ambivalencia emocional

	Componentes	
	Ambivalencia de querer y no poder	Ambivalencia por control para no dañar
AMBI1	0,611	
AMBI2		
AMBI3		0,615
AMBI4		0,702
AMBI5		0,502
AMBI6	0,503	0,432
AMBI7		0,508
AMBI8	0,679	
AMBI9	0,426	0,470
AMBI10	0,615	
AMBI11	0,660	
AMBI12		0,554
AMBI13		0,670
AMBI14	0,523	
AMBI15		
AMBI16		0,551
AMBI17	0,743	
AMBI18	0,766	
AMBI19	0,700	
AMBI20	0,487	
AMBI21	0,454	0,477
AMBI22	0,702	
AMBI23	0,495	0,518
AMBI24	0,742	
AMBI25	0,652	
AMBI26	0,409	
AMBI27	0,778	
AMBI28	0,460	

Con relación al instrumento de creencias se obtuvo un coeficiente alfa de 0,872 con correlaciones ítems-total positivas y mayores a 0,25 a excepción del ítem 18 y 19 que correlacionan bajo y negativo (-0,22 y -0,14, respectivamente) y el 23 con 0,21 (ver Anexo I).

El índice KMO fue de 0,922 y un chi cuadrado de 8258,94 (gl = 465) para el test de esfericidad de Bartlett, significativo desde el punto de vista estadístico ( $p= 0,00$ ), lo que indica que puede llevarse a cabo el análisis de componentes principales.

Se fijó el análisis de componente principal con un autovalor de 1,5 obteniéndose dos componentes. En la caída del gráfico de sedimentación aparecen tres componentes, pero se decidió utilizar sólo dos, dado el porcentaje de varianza explicada. El primer componente presenta un autovalor de 8,33 y explica el 26,88% de la varianza total de la prueba y el segundo un autovalor de 4,81 y explica el 15,52%. Ambos componentes explican el 42,40% de varianza total (ver Anexo I).

Se realizó una rotación varimax y se obtuvo la matriz factorial donde se usó un criterio mayor a 0,40 para escoger los reactivos de cada componente (ver Tabla 6), así se tuvo que en el componente 1 cargan los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 18 (de manera inversa), 23, 25, 26, 27, 28, 30 y 31 ítems que tienen que ver con los beneficios

de expresar las emociones a nivel personal y general, por lo que se denominó creencias favorables hacia el compartir las emociones intrapersonal y general. En el componente 2 cargaron los ítems 2, 4, 7, 10, 13, 14, 20, 21, 22, 24 y 29, los cuales están relacionados con el rechazo, molestia y debilidad que se presenta al expresar las emociones ante otros, pero dado que están corregidos al inverso se le denominó creencias favorables de que el compartir las emociones no crean malestar interpersonal. El ítem 19 no alcanzó el criterio establecido de 0,40, por lo que no se tomó en cuenta para la contabilización.

En cuanto a la confiabilidad de los componentes, se tiene que el 1 presentó una confiabilidad alta (alfa de Cronbach = 0,917), donde todos los ítems correlacionaron con el puntaje total más de 0,35. Para el componente 2 se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,866 y todas las correlaciones ítems-total estuvieron por encima de 0,38.

Tabla 6: Matriz de componentes rotada de creencias hacia el compartir las emociones

	Componentes	
	Creencias favorables intrapersonales	Creencias favorables interpersonales
CREEN1	0,472	
CREEN2		0,446
CREEN3	0,548	
CREEN4		0,551
CREEN5	0,560	
CREEN6	0,687	
CREEN7		0,585
CREEN8	0,670	
CREEN9	0,591	
CREEN10		0,682
CREEN11	0,659	
CREEN12	0,614	
CREEN13		0,663
CREEN14		0,735
CREEN15	0,702	
CREEN16	0,620	
CREEN17	0,675	
CREEN18	-0,415	
CREEN19		
CREEN20		0,621
CREEN21		0,771
CREEN22		0,801
CREEN23	0,516	
CREEN24		0,704
CREEN25	0,770	
CREEN26	0,779	
CREEN27	0,727	
CREEN28	0,690	
CREEN29		0,536
CREEN30	0,678	
CREEN31	0,645	

Por último, para la escala de apoyo social percibido, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,851, donde todos los ítems correlacionaron positivamente y por encima

de 0,25, a excepción del ítem 3 (0,17) y el 12 (0,15), lo que indica alta consistencia interna en esta prueba (ver Anexo I).

El índice KMO fue de 0,878 y un chi cuadrado de 5548,43 (gl = 378) para el test de esfericidad de Bartlett, significativo desde el punto de vista estadístico ( $p= 0,00$ ), lo que indica que puede llevarse a cabo el análisis de componentes principales.

Se fijó el análisis de componente principal con un autovalor de 1,5 obteniéndose tres componentes. En la caída del gráfico de sedimentación aparecen cuatro componentes, pero se decidió utilizar sólo tres, dado que el cuarto factor se refiere al no apoyo y el porcentaje de varianza explicada con tres factores es suficiente. El primer componente presenta un autovalor de 6,94 y explica el 24,77% de la varianza total de la prueba, el segundo un autovalor de 2,28 y explica el 8,14%, y el tercer componente con un autovalor de 2,08 explica el 7,44% de la varianza; explicándose el 40,35% de varianza total por los tres componentes (ver Anexo I).

Se realizó una rotación varimax y se obtuvo la matriz factorial donde se usó un criterio mayor a 0,40 para escoger los reactivos de cada componente (ver Tabla 7), así se tuvo que en el componente 1 cargaron los ítems 1, 4, 8, 9, 13, 14, 19, 20, 23, 24 y 26 ítems que tienen que ver con el apoyo de amigos, gente alrededor y compañeros, por lo que se

denominó apoyo de amigos. En el componente 2 cargaron los ítems 5, 10, 15, 18, 21, 22 y 25, los cuales están relacionados con el apoyo de la familia, se le denominó apoyo familiar. El tercer componente incluye los ítems 6, 11, 16 y 17, tiene que ver con el apoyo de grupos sociales y la religión, por lo que se llamó apoyo religioso. Los ítems 2, 3, 7, 12, 27 y 28 no alcanzaron el criterio establecido de 0,40, por lo que no se tomaron en cuenta para la suma de alguno de los componentes. Los ítems 9 y 15 cargaron en ambos componentes, sin embargo se colocó donde tenían más carga.

La confiabilidad del primer componente fue  $=0,857$  y todos los ítems correlacionaron por encima de 0,45 con el puntaje total. La del segundo fue 0,80 y todas las correlaciones ítem-total fueron superiores a 0,50. Por último, el tercer componente presentó, de igual manera una alta confiabilidad (alfa de Cronbach = 0,756), donde todos los ítems correlacionaron por encima de 0,44.

Tabla 7: Matriz de componentes rotada de apoyo social percibido

	Componentes		
	Apoyo de amigos	Apoyo familiar	Apoyo religioso
APOYO1	0,700		
APOYO2			
APOYO3			
APOYO4	0,588		
APOYO5		0,756	
APOYO6			0,625
APOYO7			
APOYO8	0,697		
APOYO9	0,551		
APOYO10		0,742	
APOYO11			0,653
APOYO12			
APOYO13	0,675		
APOYO14	0,571		
APOYO15		0,600	
APOYO16			0,812
APOYO17			0,846
APOYO18		0,613	
APOYO19	0,633		
APOYO20	0,571		
APOYO21		0,750	
APOYO22		0,451	
APOYO23	0,682		
APOYO24	0,758		
APOYO25		0,610	
APOYO26			
APOYO27			
APOYO28			

Como se puede observar a partir de los resultados de la muestra utilizada en la presente investigación, existen cambios en el número de dimensiones o indicadores de las variables latentes, específicamente en la variable salud psicológica, que ahora está integrada por tres indicadores, y la variable creencias hacia el compartir las emociones que ahora está compuesta por dos indicadores. El resto de las variables quedan iguales al

modelo anterior. De esta manera el nuevo modelo propuesto queda como aparece en la Figura 3.

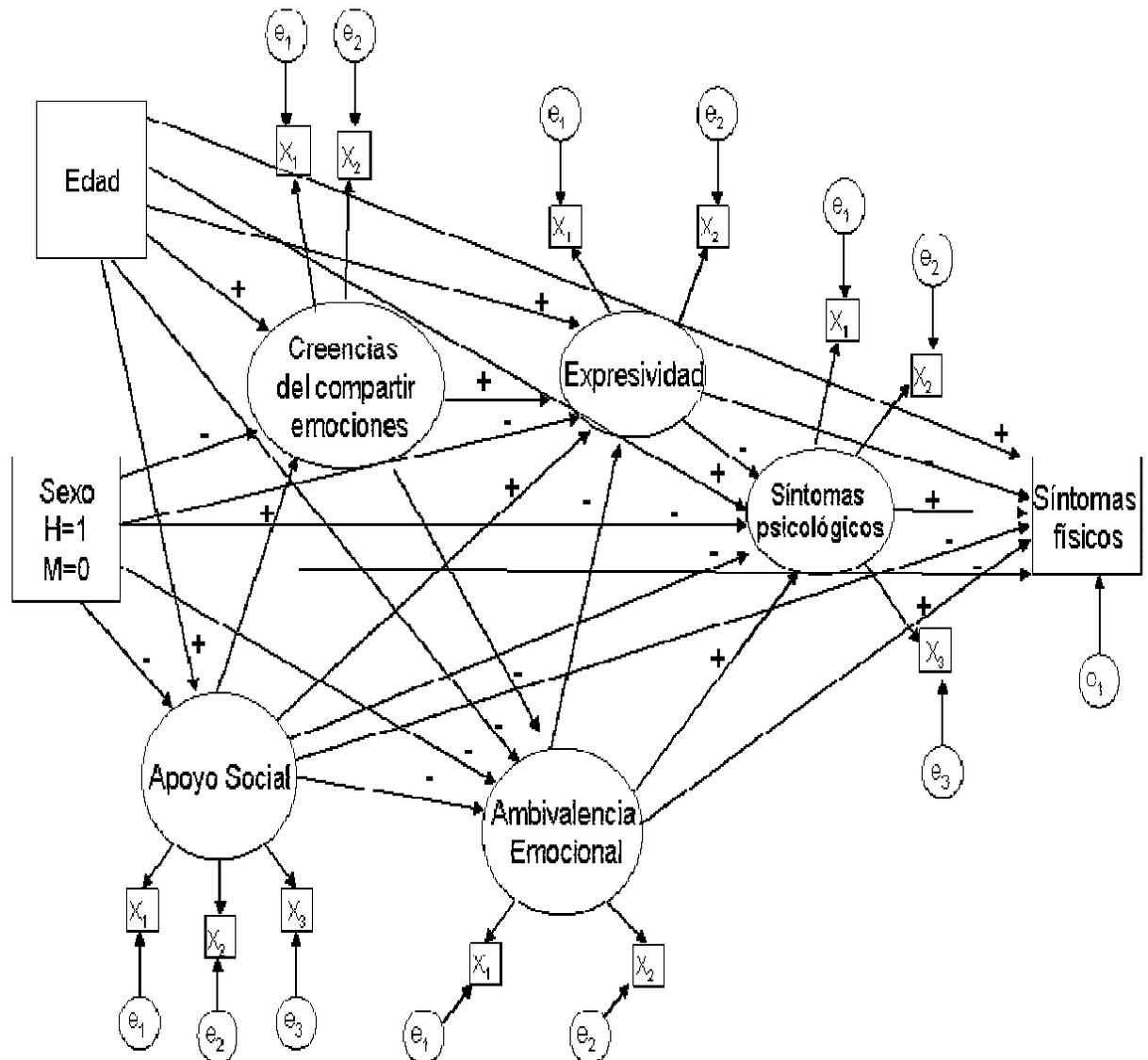


Figura 3. Segundo modelo propuesto (modelo B)

Para evaluar el comportamiento de las variables en la muestra seleccionada, se calcularon los estadísticos descriptivos para cada una de las dimensiones obtenidas a partir del análisis de componentes principales realizado (ver Tabla 8).

Al realizar la revisión de los datos del análisis descriptivo se observa que son muy parecidos a los reportados en un principio. Dado esto, y para no sobrecargar la lectura de este apartado, el análisis propiamente dicho se presenta en el Anexo J.

Tabla 8. Estadísticos descriptivos para las variables de estudio del Modelo B

	N	Perdidos	Media	Mediana	Desviación	Asimetría	Curtosis	Mínimo	Máximo
Salud Física	631	0	14,223	13,00	8,893	1,207	1,999	0	58
Ansiedad y somático	629	2	13,119	11,00	8,933	0,869	0,149	0	40
Depresión	630	1	0,722	0,000	1,808	4,736	31,059	0	18
Disfunción Social	628	3	7,044	7,00	3,311	-0,273	-0,586	0	15
Expresión Abierta	630	1	10,955	11,00	3,966	-0,103	-0,339	0	18
Evitación de Expresión	630	1	10,842	10,00	7,311	0,435	-0,339	0	33
Ambivalencia por controlar	630	1	12,549	12,00	6,428	0,078	-0,514	0	30
Ambivalencia por Querer	630	1	16,384	16,000	11,007	0,414	-0,658	0	47
Creencia Intrapersonal	622	9	41,001	42,00	10,035	-0,689	0,580	1	57
Creencias interpersonal	622	9	24,713	26,00	6,224	-0,864	0,417	2	33
Apoyo Amigos	622	9	22,543	23,00	4,073	-0,435	0,567	6	33
Apoyo Familia	622	9	17,998	19,00	3,496	-1,435	1,701	3	21
Apoyo Religión	622	9	5,783	6,00	3,160	0,212	-0,737	0	12

Entonces, con el fin de verificar el modelo B se calculó igualmente el ajuste del modelo mediante ecuaciones estructurales utilizando el programa paquete SEM del sistema R (Fox, 2006). Para evaluar los estadísticos significativos se utilizó un nivel de significación del 5% y los índices mencionados para el primer modelo.

Los resultados indican que con respecto al modelo de medida los indicadores presentaron correlaciones moderadas o altas con las variables latentes, a excepción de disfunción social con la salud psicológica (mayor reporte de síntomas psicológicos) y el de creencias intrapersonales y generales hacia el compartir las emociones con la variable creencias favorables hacia el compartir las emociones; ambos indicadores presentan correlaciones bajas (alrededor de 0,20) con la variable latente. Al evaluar con mayor detalle este modelo, se tiene que salud psicológica está más cargada por el indicador ansiedad y síntomas somáticos (0,98); ambivalencia por ambos indicadores, aunque un poco superior por ambivalencia de querer expresar y no poder (1,00); la expresividad por ambos indicadores aunque mayor y de manera negativa para evitar la expresión de emociones (-0,94); apoyo social por apoyo familiar y apoyo religioso (0,67 y 0,63, respectivamente) y creencias hacia el compartir por creencias interpersonales con 0,70.

En cuanto a las relaciones planteadas, se obtuvo un buen ajuste del modelo al tomar en cuenta de manera general los índices calculados. El índice Chi cuadrado fue no

significativo, como es lo esperado:  $X^2 = 500,86$  gl= 73,  $p > 0,05$ , chi cuadrado del modelo nulo = 3073,8 gl = 105  $p > 0,05$ ; los otros índices se encuentran justo en el corte establecido como un buen ajuste, sobre todo el GFI, el RMSEA y el SRMR. Así se tiene: GFI= 0,902; AGFI ajustado= 0,839, NFI de 0,793, CFI= 0,856, SRMR = 0,090 y el RMSEA= 0,097.

Como se puede observar los índices de bondad de ajuste de este modelo referidos a la varianza explicada aumentan y los índices referidos al error disminuyen, en comparación al primer modelo. De esta manera los cambios realizados en los indicadores de las variables latentes aumentan el ajuste del modelo.

El gráfico del modelo, resultante en función del análisis estructural de covarianza realizado, aparece en la Figura 4 (sólo se presentan las relaciones significativas al 5%).

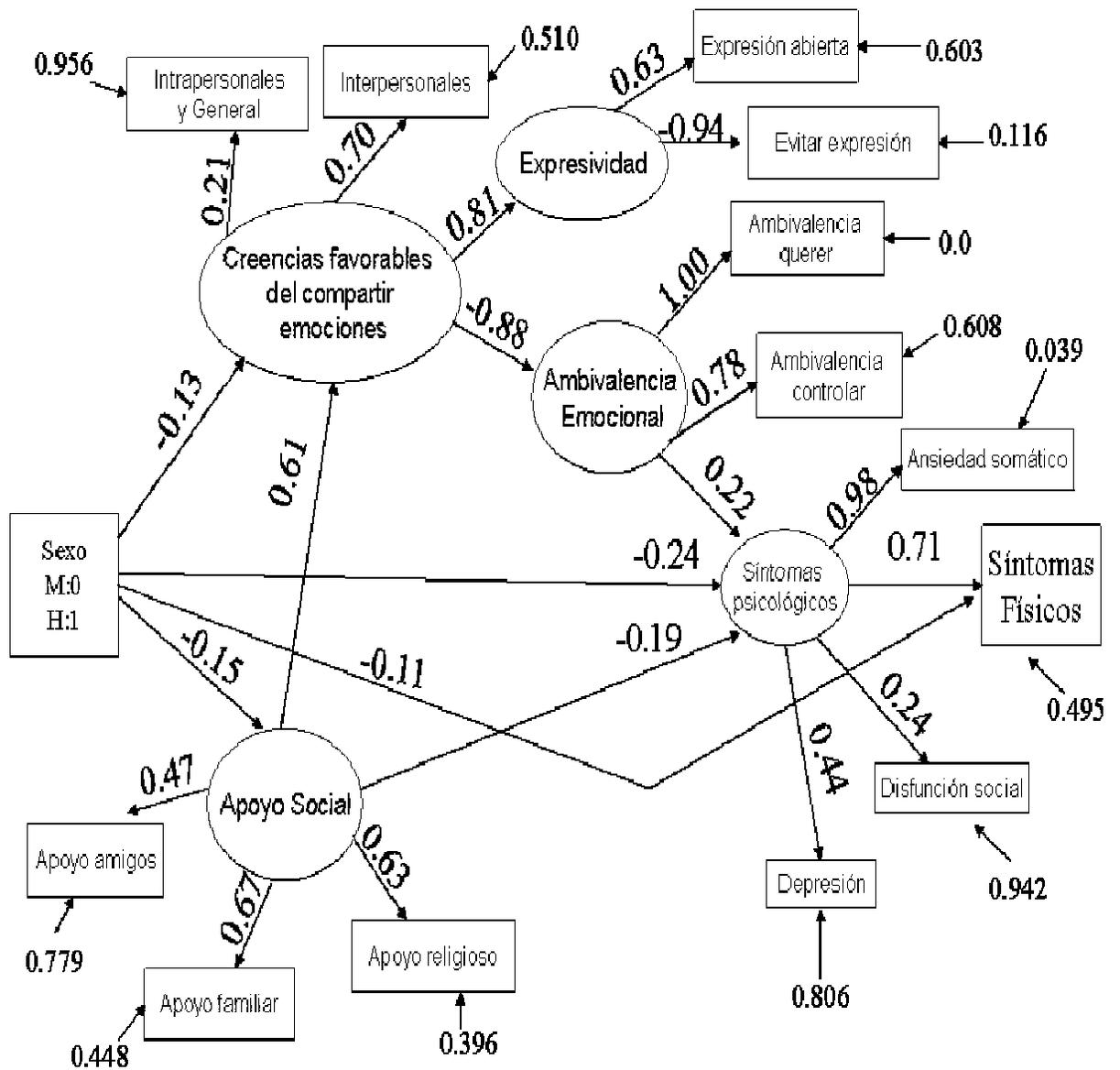


Figura 4. Modelo estructural resultante (Modelo B).

Como se puede ver en la Figura 4 las hipótesis relacionadas con la salud física (síntomas de enfermedad) son verificadas parcialmente, sólo la salud psicológica y el sexo mantienen una influencia directa significativa sobre el reporte de síntomas físicos, siendo la relación más fuerte la de la variable síntomas psicológicos (coeficientes de 0,71 y -0,11 respectivamente), de manera tal que el presentar mayor reporte de síntomas psicológicos y ser mujer se asocia con mayores síntomas físicos de enfermedad autopercebidos.

En cuanto a la salud psicológica las relaciones verificadas son mayores que para salud física. Se observa una influencia directa de ambivalencia emocional, apoyo social y sexo sobre el reporte de síntomas psicológicos tal como estaba planteado en la hipótesis. Una mayor ambivalencia emocional (0,22), un menor apoyo social percibido (-0,19), el ser mujer (-0,24) se relaciona con una menor salud psicológica autopercebida.

Para la expresividad emocional las hipótesis se validaron muy parcialmente, sólo la variable creencias hacia el compartir las emociones la influye directamente, manera bastante alta (0,81). Así, se observa que el tener creencias favorables hacia el compartir las emociones se asocia con mayor expresividad emocional.

Al igual que con expresividad, se obtuvo una validación parcial de las hipótesis referidas a la ambivalencia emocional, sólo la variable creencias hacia el compartir las emociones influye directamente sobre la ambivalencia de manera alta (-0,88) donde, tal como se había planteado, el poseer creencias desfavorables hacia el compartir las emociones, se asocia con mayor ambivalencia emocional.

Con relación a las creencias hacia el compartir las emociones el modelo valida en gran medida las hipótesis planteadas, siendo el apoyo social y el sexo las variables que la influyen directamente, de manera que un mayor apoyo social percibido (0,61) y el ser mujer (-0,13) se relaciona con poseer creencias favorables hacia el compartir las emociones.

Por último, para el apoyo social se tiene que de las dos variables predictoras, sólo el sexo lo influye directamente, en la dirección esperada (-0,15), donde el ser mujer se relaciona con percibir mayor apoyo social.

De esta forma, se evidencia que al tomar el modelo completo, este presenta una adecuada bondad de ajuste y, al evaluar las relaciones planteadas entre las variables, se observa que se cumplen en su mayoría en el sentido esperado. Aunque para salud física,

expresividad y ambivalencia emocional no todas las variables seleccionadas resultaron ser importantes, las que lo fueron presentaron coeficientes de asociación altos.

Igualmente, el sexo no sólo influencia a la salud física de manera directa, sino que lo hace indirectamente por las siguientes vías: sexo-salud psicológica-salud física, sexo-apoyo social-salud psicológica y sexo-creencias hacia el compartir las emociones-ambivalencia emocional-salud psicológica. El apoyo social a pesar de no influir directamente a la salud física la influye indirectamente por las vías: apoyo social-salud psicológica-salud física y apoyo social-creencias hacia el compartir las emociones-ambivalencia emocional-salud física. Las creencias hacia el compartir las emociones no influyen directamente a la salud física pero lo hacen indirectamente a través de la ruta creencias-ambivalencia emocional-salud psicológica-salud física. La variable expresividad no resultó ser una variable importante en la explicación de la salud física dado que no presentó efectos directos o indirectos.

Así, el modelo es útil para representar efectos indirectos y directos de las variables seleccionadas.

## **V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

En la presente investigación se pretendió evaluar cómo influyen el sexo, la edad, la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social percibido y las creencias hacia el compartir las emociones sobre la salud psicológica y la salud física percibida y, cómo es la relación entre estas variables.

En primer lugar, al considerar el comportamiento de la muestra en la salud física percibida y la salud general evaluada a través de las tres dimensiones, ansiedad y síntomas somáticos, depresión y disfunción social, se encontró que en líneas generales, los estudiantes universitarios de postgrado reportan una adecuada salud física, aunque algunos sujetos presentan alta frecuencia de síntomas físicos. Manifestaron poseer adecuada salud general con muy poca depresión y moderados síntomas somáticos y de ansiedad; indicando una mayor falta de bienestar (disfunción social).

Lo anterior se ajusta a lo encontrado en muestras de sujetos no institucionalizados e integrantes de una comunidad universitaria (González y Landero, 2008), y específicamente en muestras venezolanas, como en la investigación de Pacheco y cols. (1998) en estudiantes universitarios, Bagés (2000) en empleados universitarios, Romaguera y Uzcátegui (2001) en profesores y empleados universitarios, Angelucci

(2001) en empleados universitarios y Núñez y Socorro (2005) y, Araujo y Moreno (2006) en estudiantes de postgrado. En estas investigaciones se reporta que los individuos manifiestan buena salud al presentar baja proporción de síntomas físicos o enfermedades y síntomas psicológicos referidos a ansiedad, falta de bienestar y depresión.

El hecho de que los estudiantes presenten adecuada salud puede ser explicado por las características de la muestra, dado que son sujetos de postgrado, de una institución privada y además, en su mayoría, trabajadores, permite presuponer cierta estabilidad laboral y un nivel socioeconómico medio, elementos que en otras investigaciones se ha asociado con una buena salud o con factores relacionados con ella, como falta de estrés, estilos de vida saludables, entre otros (Gallo y Matthews, 2003; Kielbasiewicz-Drozdowska, 2007; Ross y Mirowski, 1995; Taylor, Lerner, Sage, Lehman y Seeman, 2004). Además se desenvuelven en un contexto universitario, el cual tiende a promover hábitos de salud y bienestar (Angelucci, 2001). El papel de estos aspectos podrían ser estudiados en posteriores investigaciones.

El que la dimensión de disfunción social o bienestar fuera la dimensión menos saludable en comparación con el resto de las dimensiones de salud psicológica, pudiera deberse a que es esta dimensión la que se asocia con el sentimiento general que la gente tiene

acerca de su vida, lo que incluye evaluaciones cognitivas y reacciones afectivas sobre los diferentes eventos cotidianos. De esta manera se constituye en la dimensión, que en cierto modo implica menos patología, y por ende existe una mayor probabilidad de presentar un mayor reporte de los síntomas por parte de esta muestra.

Así mismo, los individuos evaluados expresan sus emociones, tanto porque no evitan la expresión, como porque la expresan abiertamente de manera moderada. Estos datos son consistentes con el estudio de Bujanda y Chriqui (2004) en estudiantes de educación media y con el de Ramírez (2000) y el de Núñez y Socorro (2005) en estudiantes de pre y postgrado de la misma universidad que la de la presente investigación.

De esta manera, dado que las investigaciones anteriores y la presente fueron todas en el contexto venezolano y en estudiantes de diferentes edades, se puede inferir que se tiende a expresar abiertamente de manera moderada las emociones y a no evitar su expresión, independientemente del momento evolutivo donde se encuentran las personas, si se toma en cuenta un rango de edad entre 15 y 65 años. Es decir, no existe una relación entre la edad y la expresión de emociones, por lo menos en los contextos evaluados en estas investigaciones, aspecto que se corrobora aquí al no encontrarse una relación entre edad y expresividad emocional.

Una de las razones explicativas puede ubicarse en la influencia del patrón cultural que enmarca a los sujetos evaluados en cuanto a la expresión de las emociones. Varios autores han estudiado las diferencias culturales en la expresividad emocional y, específicamente, la latinoamericana y dentro de ésta la venezolana (Fernández, Zubieta y Páez, 2001; Zubieta, Fernández, Vergara, Martínez y Candía, 1998); estos autores han encontrado que los países colectivistas, como Venezuela, se caracterizan por tener relaciones más interdependientes, con una implicación emocional mayor con su grupo de referencia.

Según estos autores, Venezuela se caracteriza por un índice de desarrollo alto y ser colectivista, masculina, con alta distancia de poder y baja evitación de la incertidumbre, tomando en cuenta las dimensiones culturales de Hofstede (1991; cp. Zubieta, Fernández, Vergara, Martínez y Candía, 1998); estos elementos se asocian a una cultura emocional de baja intensidad física y conductual, en particular de las emociones negativas y del enfado-enojo, sin embargo, que expresa las emociones, tanto las de tristeza como las de alegría. Lo que concuerda en parte con los hallazgos de Guarino, Feldman y Roger (2005) donde los venezolanos en comparación con los británicos presentaron baja sensibilidad emocional negativa y positiva, aunque esto no contradiga su expresividad emocional, sobre todo de las emociones positivas.

Dado que en la presente investigación no se evaluaron estas dimensiones macropsicológicas ni la valencia de la expresividad emocional ni la sensibilidad emocional o la intensidad emocional, se recomienda tomar en cuentas estas variables en futuras investigaciones.

Así mismo, los encuestados reportan moderada-baja ambivalencia emocional en lo referente a querer expresar las emociones y no poder y, moderada sólo cuando se hace alusión a controlar las emociones para no perjudicar a otros. De esta manera, se puede decir que en términos generales existe un conflicto moderado en la expresión de las emociones, datos que concuerdan con los de Núñez y Socorro (2005) y los de Ramírez (2000). La muestra evaluada se caracteriza por querer expresar sus emociones, sean negativas o positivas, sin embargo en ocasiones no pueden hacerlo por restricciones ambientales y otras por no perjudicar a los demás; pudiéndose inferir que la muestra evaluada se desempeña en contextos (académicos, familiares, laborales, entre otros) que restringen la expresión abierta de las emociones. Además presentan autocontrol de sus emociones y consideración hacia el otro en sus relaciones interpersonales, reportando preferencia por ocultar sus emociones antes de causar daño a otros; aspectos que pudieran ser evaluados en investigaciones subsiguientes.

Manifiestan creencias favorables hacia el compartir las emociones, ya sea porque creen que el compartir las emociones trae beneficios intra e interpersonales. Esto concuerda con los resultados de Martínez-Sánchez y cols. (2004) en una muestra de estudiantes universitarios de una universidad española, donde se encontró que la mayoría cree en los beneficios del compartir socialmente las emociones. Estos autores explican que las personas de su estudio valoran revelar las emociones por pertenecer a una cultura individualista, que se caracteriza por un estilo de expresión emocional intensa; sin embargo, esta explicación no cuadra con los resultados de la presente investigación, ya que Venezuela se ha caracterizado por ser una cultura colectivista. En este sentido, se infiere que tal como se estableció en los estudios de Fernández, Zubieta y Páez (2001) y Zubieta, Fernández, Vergara, Martínez y Candía, (1998) un solo elemento de las dimensiones culturales de Hofstede no logra predecir el patrón emocional de los sujetos de un determinado país. Así mismo, se debería explorar si estos elementos culturales que se han asociado a la respuesta emocional, también se relacionan con las creencias acerca de la misma.

Por último, los evaluados reportan alto apoyo social percibido, específicamente alto apoyo familiar, moderado de amigos y menos percepción de apoyo religioso. Estos datos no concuerdan exactamente con el trabajo de Angelucci (2001) en empleados universitarios, donde el mayor apoyo era el de amigos, luego el familiar y por último el

religioso, sin embargo sí con lo encontrado por Romaguera y Uzcátegui (2001) en una población similar a la de la presente investigación, donde predominaba el apoyo familiar. En cierta manera esto puede ser explicado por ser en un 31% casados y tener una edad promedio de 32 años, lo que se ha asociado con un mayor apoyo familiar y de amigos, sobre el religioso.

Luego de haber presentado el comportamiento de cada una de las variables en la muestra, se procede a discutir los resultados del análisis de las relaciones planteadas en el modelo de ecuaciones estructurales.

Así, en cuanto a las predicciones, se obtuvo que la presencia de síntomas físicos es predicha en mayor medida por la variable síntomas psicológicos y en menor medida por el sexo, donde a mayores síntomas psicológicos (estando más marcados por la variable ansiedad y síntomas somáticos) y el ser mujer lleva a mayores síntomas físicos; el resto de las variables involucradas en el modelo no predicen directamente el aumento de la frecuencia de este tipo de síntomas. Indirectamente se presentan efectos del sexo, el apoyo social y la ambivalencia emocional mediados por la variable síntomas psicológicos. Además, las creencias hacia el compartir las emociones influye indirectamente a la salud física a través de la ambivalencia emocional y síntomas psicológicos.

En estudios anteriores se ha encontrado que aspectos de los síntomas psicológicos aquí evaluados influyen en la presencia de síntomas físicos. Así por ejemplo, Taylor y cols. (2004) encontraron que la ansiedad y la depresión se relacionaban con el reporte de salud, siendo mayor el aporte de la ansiedad. En el modelo de González y Landero (2008) los síntomas psicósomáticos son predichos por variables psicológicas como cansancio emocional y estrés, pero no por la ansiedad y la depresión, cuando se toman estos dos elementos de manera individual. Sin embargo, González, Landero y Ruiz (2008) encontraron una relación estrecha entre la salud física y mental cuando se toman como variables latentes. De manera que, la forma de conceptualizar la salud mental y la salud física, así como la forma operacional de aproximarse a ellas debe tomarse en cuenta a la hora de relacionarlas.

El hecho de que fuera la mujer la que reportó más síntomas es cónsono con numerosas investigaciones que han encontrado diferencias entre hombres y mujeres, tanto en el reporte de síntomas, como en el tipo de enfermedad que padecen (Cronkite y Moss, 1984; Wilhelm y Parker, 1989).

En la presente investigación se halló que el sexo también explicó la salud psicológica, lo que concuerda también con estudios previos, siendo las mujeres las que reportaron

mayores síntomas psicológicos (Cauffman, Lexcen, Goldweber, Shulman y Grisso, 2007; Matud y Aguilera, 2009; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994). Así existe efecto del sexo tanto para la salud psicológica, como para la física.

Las diferencias entre hombres y mujeres con relación a la salud percibida, sea física o psicológica, para algunos autores indica en cierto modo que las mujeres reportan más libremente sus síntomas que los hombres, esto puede ser debido a que las mujeres son más expresivas en líneas generales que los hombres o por la atención que suelen prestar éstas hacia su cuerpo, lo que las sensibiliza a percibir los cambios y malestares y a reportarlos con mayor facilidad (Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994).

Otra explicación viene dada por Feldman (1995) quien, en función de sus investigaciones en Venezuela, indica que a causa del desarrollo de la sociedad la mujer ha asumido roles múltiples que llevan a su vez a asumir mayores responsabilidades y estar expuesta a mayores situaciones de estrés; en consecuencia, la mujer es más propensa a padecer y reportar problemas de salud. Esta posición está relacionada con la de Cronkite y Moss (1984), quienes señalan que la mujer es más susceptible a las situaciones estresantes y a la de Golding (1990) quien indica que los roles sociales femeninos están asociados con mayor estrés que los masculinos. Con relación a los roles Matud y Aguilera (2009) establecen la importancia de evaluar los roles sexuales con

relación a la salud, específicamente la salud mental, al encontrar interacciones entre el rol sexual y el sexo sobre algunos componentes de la salud mental.

Otra explicación se enfoca en los hábitos o estilos de vida saludables. En la literatura se reporta que las mujeres presentan un estilo de vida más adecuado que los hombres al considerar casi todas las conductas saludables, a excepción de la actividad física. Esto podría parecer paradójico, pero no lo es al tomar en cuenta que son las mujeres las que acuden más a los chequeos médicos y por ende están más informadas sobre sus síntomas y posibles enfermedades, y tienen un autoconocimiento mayor de sí mismas en cuanto a este aspecto (Dawson y cols., 2007), lo que le permite reportar con mayor facilidad sus síntomas físicos o psicológicos. Así mismo, al respecto, Dawson y cols. (2007) afirman que los hombres evalúan mejor su estatus de salud general que las mujeres, a pesar de presentar más conductas de riesgo de salud, estableciendo como una posible explicación la poca vulnerabilidad percibida a la enfermedad que presentan los hombres.

Como se puede observar las diferencias sexuales en salud han recibido una alta atención, siendo varias las explicaciones de las posibles diferencias, las cuales pueden verificarse en posteriores estudios.

Por otra parte, la salud psicológica aparte del sexo, es explicada por el apoyo social y la ambivalencia emocional. De esta manera, tal como se había predicho, el ser mujer, tener una mayor ambivalencia emocional y un menor apoyo se relaciona con una inadecuada salud psicológica percibida. La variable creencias hacia el compartir las emociones influyen indirectamente a la salud psicológica a través de la ambivalencia emocional y, la expresividad emocional no se relaciona con la salud psicológica.

Esto concuerda con resultados de diferentes investigaciones, por ejemplo, Angelucci (2001) obtuvo que los niveles de ansiedad y angustia, cansancio y trastornos del sueño, depresión y falta de bienestar se relacionaban con tener niveles bajos de apoyo; Conell, Davis, Galant y Sharpe (1994) obtuvieron que niveles elevados de apoyo social percibido estaban asociados con menor depresión, siendo esta relación independiente del sexo, estado civil, edad y nivel educativo. Meneses y cols. (1999) hallaron que la disponibilidad de apoyo de la pareja y el apoyo de instituciones, específicamente de índole religiosa, estaban relacionadas con una mejor percepción de salud mental. El apoyo laboral se relacionó con una menor probabilidad de presentar problemas de somatización, angustia y ansiedad. Pacheco y cols. (1998) donde el apoyo social de amigos se relacionó con una menor falta de bienestar, depresión y disturbios del sueño y Romaguera y Uzcátegui (2001) encontraron que un mayor apoyo de amigos y de sí mismo se relacionaba con un menor reporte de problemas de salud.

De esta manera, varios estudios han establecido el papel protector del apoyo social con respecto a la salud. Una de las explicaciones es que el poseer mayor apoyo social, sea recibido o percibido, facilita los procesos de autocuidado y mantenimiento de la salud (Uchino y cols., 1996). Para Cohen (1988) el apoyo emocional percibido reduce o elimina las circunstancias evaluadas como estresantes y promueve un afecto positivo en la autoestima o expectativa de autoeficacia. Además, produce efectos sobre el sistema inmunológico y endocrino del individuo, reduciendo su susceptibilidad a padecer enfermedades al promover conductas de cuidado del sistema de salud. El papel protector del apoyo social se ve confirmado en la relación encontrada en la presente investigación, directamente con la salud psicológica e indirectamente con la salud física.

Igualmente, se observa que el apoyo social es influenciado por otras variables, funcionando a su vez como mediadora de estas variables en su relación con la salud, lo que apoya posturas e investigaciones anteriores (Allgöwer, Wardle y Steptoe, 2001; Cohen, 1988; Dormann y Zapf, 1999; Turner y Marino, 1994; Uchino y cols., 1996). En el presente estudio se da el efecto indirecto de sexo sobre la salud, a pesar de que esta última variable también influye de manera directa.

Con relación a la ambivalencia emocional y el reporte de síntomas psicológicos, se encontró que una mayor ambivalencia se asoció con peor salud psicológica, cónsono con

los resultados de Núñez y Socorro (2005) donde se halló que una mayor ambivalencia emocional se relacionaba con mayor ansiedad e insomnio, depresión y disfunción social, componentes de la variable latente salud psicológica de la presente investigación.

Los planteamientos de algunos autores permiten explicar la relación ambivalencia-salud psicológica. Para King (1998) la ambivalencia emocional conlleva a problemas en las relaciones interpersonales y por consiguiente a una adaptación ineficiente. De igual forma MongraI y Vellese (2003) establecen que el conflicto en la expresión de emociones se traduce en consecuencias negativas, tanto a nivel intrapersonal como interpersonal, producto de su relación con la congruencia en la comunicación y la visión negativa del otro. En este sentido, es esperado encontrar que una mayor ambivalencia determine una mayor número de síntomas psicológicos, considerando que esta última variable se compone de elementos del funcionamiento subjetivo e interpersonal; y en cierta forma explica su no relación con los síntomas físicos.

Otros autores, como Katz y Campbell (1994), establecen que la ambivalencia emocional es una variable que predice la salud/enfermedad, porque la presencia de conflictos en la expresión de las emociones se asocia con la experimentación de reacciones emocionales prolongadas, que a la larga pueden producir estrés y por tanto, síntomas de enfermedad.

Así, para evaluar de manera más elaborada la relación ambivalencia-salud, podría estudiarse el papel de factores como niveles y manejo del estrés, experiencia emocional y relaciones interpersonales (comunicación y congruencia).

Ahora bien, la expresividad emocional, contrario a lo esperado, no fue explicada por el sexo y la ambivalencia emocional, factores que sin embargo, han sido reportados ampliamente como elementos influyentes en la expresión de emociones (Bujanda y Chriqui, 2004; King y Emmons, 1990; Grossman y Wood, 1993; Ramírez (2000).

En cuanto al sexo, los datos concuerdan con los de King (1998), dado que no se evidenció relación entre sexo y expresividad; y se adecuan parcialmente a los de Bujanda y Chriqui (2004) y Núñez y Socorro (2005). En el primer estudio las autoras hallaron que el sexo no se relacionaba con la expresión abierta de las emociones, pero sí con no evitar la expresión de emociones, donde los hombres presentaron una tendencia a no evitar la expresividad emocional mayor que la de las mujeres, y en el segundo, los autores encontraron que el sexo no se relacionó con el no evitar la expresión de emociones, pero sí con la expresión abierta de las emociones, donde las mujeres mostraban más abiertamente sus emociones que los hombres.

Como se puede evidenciar, no parece estar muy clara la relación entre sexo y expresión de las emociones, y parece depender de características de la muestra, como edad, ocupación, entre otras, así como del tipo de expresividad emocional a la que se haga referencia; es decir, de la expresividad emocional general o de la expresividad de emociones positivas o negativas o de la expresión abierta de las emociones o no evitar expresarlas. En la presente investigación, el tipo de expresividad queda en parte disminuido, al construir una variable latente a partir de los dos componentes de la expresividad, hacia la cual el sexo no tiene efecto.

Otras explicaciones sugieren que existen diferentes factores que pueden mediar o moderar la relación entre sexo y expresividad, por ejemplo, las pautas sociales establecidas en cuanto a cómo deben comportarse los hombres y las mujeres (Riggio y Friedman, 1986; Gallagher, 1992; Grossman y Wood, 1993; Kring y Gordon, 1998). Al respecto, Grossman y Wood (1993) señalan que las posibles diferencias de la expresividad por el sexo, provienen de los roles sexuales o de género, y no sólo del sexo biológico, por lo que la feminidad y masculinidad serían las que definen una mayor o menor expresión emocional. Es decir serían factores psicosociales asociados al sexo los que juegan un rol preponderante en la expresión de las emociones (Bujanda y Chriqui, 2004; Ramírez, 2000), aspecto que debe considerarse, entonces, en futuras investigaciones.

En cuanto a la ambivalencia y su relación con la expresividad, esta no se presentó en esta investigación. La ambivalencia emocional se ha definido como el querer expresar las emociones pero no ser capaz de hacerlo, expresarlas pero no necesariamente querer hacerlo, y expresarlas pero luego arrepentirse (King y Emmons, 1990); así, al sentir ambivalencia en un contexto particular, producto de las expectativas de las demás personas, posiblemente se inhibirá la expresión de las emociones. No obstante, al tomar en cuenta la configuración total de las dimensiones: expresión abierta y no evitar la expresión de emociones en una variable latente, las relaciones planteadas en investigaciones anteriores con alguno de estos componentes y la ambivalencia quedan anuladas.

Sin embargo, la expresividad emocional sí se ve explicada por las creencias hacia el compartir las emociones de manera positiva, resultado que concuerda con los resultados de Martínez-Sánchez y cols. (2004), donde tener creencias favorables lleva a una mayor expresividad emocional, y con la relación encontrada entre actitud hacia la expresividad emocional y la expresividad emocional, señalada por Bujanda y Chriqui (2004).

Esto es congruente con los modelos teóricos de psicología social, en los cuales se establece que la actitud y las creencias, es decir la evaluación positiva o negativa hacia el objeto social o los juicios probabilísticos hacia el mismo, determinan en cierta forma la

conducta hacia ese objeto (Morales, 1999). En este caso, las creencias son hacia el compartir las emociones y no hacia la expresividad emocional, sin embargo, al analizar los ítems que componen la escala de creencias, se observa que existe una similitud operativa entre el compartir las emociones y la expresividad emocional, en el sentido de que ambas apuntan hacia la exteriorización de las emociones.

Al igual que la expresividad emocional, la ambivalencia emocional fue explicada por las creencias hacia el compartir las emociones, en el sentido de que creencias favorables se asocian con menor ambivalencia emocional. Lo que es similar a lo encontrado por Martínez-Sánchez y cols. (2004), donde estas creencias en su dirección favorable se relacionaban con una menor ambivalencia emocional. Así mismo, la relación entre un juicio evaluativo hacia la expresión de las emociones y la ambivalencia, es igualmente hallada por Laghai y Joseph (2000) en estudiantes y trabajadores universitarios y por Bujanda y Chriqui (2004) en estudiantes de educación media. Estas dos investigaciones no evalúan directamente las creencias, sino la actitud, no obstante la miden, en su mayor parte, a través de su componente cognitivo, es decir a partir de los juicios y opiniones acerca de las ventajas y desventajas del expresar las emociones, lo que es similar a la evaluación de las creencias sociales hacia un objeto social, en este caso el compartir socialmente las emociones.

El planteamiento de King (1998) puede usarse también para explicar la relación entre ambivalencia y creencias, de esta manera, el autor señala que los conflictos de sentimientos pueden llevar al individuo a desconfiar de la expresión emocional de otras personas, lo que en cierta forma se podría relacionar con el no percibir beneficios del compartir o expresar las emociones, sobre todo interpersonales. Uno de los aspectos que llama la atención en este punto es si son las creencias las que generan el conflicto emocional, o es éste el que hace formar un juicio desfavorable hacia el compartir las emociones, lo que se podría evaluar en investigaciones posteriores.

Así mismo, la influencia de las creencias hacia el compartir las emociones, tanto en la expresividad emocional como en la ambivalencia emocional, resalta la importancia de los elementos culturales en la explicación de las emociones, dado que las creencias se constituyen en juicios probabilísticos sobre el objeto social que dan cuenta de sus cualidades, beneficios y desventajas, cargadas altamente de los lineamientos generales de una cultura en particular (Morales, 1999).

Tal como señala Fernández-Abascal y Palmero (1999), es indispensable considerar los aspectos culturales y de aprendizaje asociados con el proceso emocional, contituyéndose estos en un segundo filtro responsable del control emocional en este proceso. Así, el desarrollo de actitudes, creencias o normas relacionadas con la expresión o el compartir

las emociones a partir del proceso de socialización, pueden generar una menor o mayor expresión o ambivalencia emocional.

Al igual que con la expresividad emocional, el sexo no influyó sobre la ambivalencia emocional. En investigaciones anteriores con muestras venezolanas se han hallado resultados contradictorios en cuanto a la relación entre sexo y ambivalencia emocional (Bujanda y Chriqui, 2004; Nuñez y Socorro, 2005), dado que el sexo influye o no dependiendo del componente de la ambivalencia evaluado. De esta manera, se infiere que al construir una variable latente de la ambivalencia a partir de los dos componentes, el efecto del sexo se ve disminuido. Igualmente puede deberse a la forma de conceptualizar la ambivalencia: como una dimensión sin importar el canal, ni la valencia de las emociones, o como dos dimensiones referidas a la valencia de las emociones (positivas y negativas).

Por otra parte, las creencias hacia el compartir socialmente las emociones se vio influida por el apoyo social y el sexo, en el sentido que las mujeres y presentar mayor apoyo social se asoció con mayores creencias favorables.

En cuanto al sexo, el resultado es cónsono con el de Martínez-Sánchez y cols. (2004), donde igualmente consiguieron que las mujeres presentan creencias más favorables

hacia el compartimiento social. Estos autores sugieren que esta relación entre el sexo y estas creencias, confirman la opinión general de que las mujeres son más expresivas y creen en mayor medida en los beneficios del compartir las emociones, así como en los beneficios del autocontrol emocional. Para estos autores la explicación de este hecho podría estar asociada a un mayor afrontamiento emocional, mayor experiencia subjetiva emocional y mayor facilidad de recordar acontecimientos emocionales, más intensamente. Una explicación similar proponen Castle, Slade, Barranco y Rogers (2008) al encontrar que las mujeres presentan una actitud hacia la expresión de emociones más positiva que los hombres. De igual forma, las creencias pueden estar diferenciadas por el sexo por la acción de diferentes agentes de socialización que tratan de mantener la creencia general de que las mujeres son más expresivas y sociales, y la expresión de emociones en el hombre es un signo de debilidad, aspecto relacionado con los estereotipos de rol sexual, por lo que podría investigarse en el futuro el papel de esta variable, así como la representación o conceptualización acerca de la expresión de las emociones en la relación sexo-creencias hacia el compartir las emociones.

Con respecto a la relación entre el apoyo social y las creencias hacia el compartir socialmente las emociones, son pocas las investigaciones que la han evaluado. El apoyo social parece favorecer una visión positiva acerca del compartir socialmente las emociones, lo que podría ser explicado por el hecho de que al percibirse un mayor

apoyo, ya sea de parte de amigos, familiares o instituciones religiosas, se perciben condiciones idóneas para compartir emociones y percibir los beneficios que ésta acarrea. Castle, Slade, Barranco y Rogers (2008) estudiaron la relación entre actitud hacia la expresión emocional y apoyo social encontrando que una actitud favorable se relacionó con una mayor percepción de apoyo social, los autores establecen que al tener una actitud negativa acerca de la expresión las personas podrían percibirse menos capaces para señalar sus requerimientos para el apoyo social, y por lo tanto percibir menos apoyo en el medio.

Por último, en cuanto al apoyo social percibido, este se vio explicado por el sexo, en el sentido que las mujeres reportaron mayor apoyo percibido que los hombres, lo que concuerda con investigaciones anteriores (Angelucci, 2001; Matud, Carballeira, López, Marrero y Ibáñez, 2002; Núñez y Socorro, 2005; Turner y Marino, 1994, entre otras). Una explicación posible se encuentra, nuevamente, en las conductas y percepciones esperadas por género producto del proceso de socialización. Según diferentes autores las mujeres son más sociables, familiares, cálidas, dependientes y sensibles, lo que las hace más propensas a reconocer las dificultades y buscar apoyo de otros, así como a identificar y recibir el apoyo ofrecido por los demás (Bem, 1974; Eagly, Johannesen-Schmidt y van Engen, 2003).

De esta forma, el apoyo social aparece como un factor protector que permite una relación indirecta del sexo sobre la salud, lo que está en concordancia con investigaciones anteriores (Uchino y cols., 1996). Así, en líneas generales, las mujeres reportan peor salud, sin embargo aquellas mujeres que tienden a percibir más apoyo social, reportan menos síntomas psicológicos.

Del modelo, la única variable que no predice a otra es la edad, lo que podría estar en contradicción con otros estudios. La edad de la presente muestra parece ser muy homogénea para predecir alguna de las variables implicadas en el modelo o podría ser que existiera una relación no lineal entre las variables, que debido a supuestos del modelo no se verifican en el presente estudio.

En cuanto a la bondad de ajuste del modelo planteado para predecir salud física, se tiene que el mismo presenta un ajuste suficiente, de esta manera al resumir los hallazgos de la presente investigación se tiene que se verifican la mayoría de las relaciones del modelo propuesto, explicándose con mayor proporción los síntomas de salud psicológica percibida. La ambivalencia emocional, el apoyo social y el sexo fueron predictores de la salud psicológica influyendo indirectamente, a través de ésta, a los síntomas físicos percibidos. Así mismo, la ambivalencia emocional media la relación de las creencias

hacia el compartir las emociones en su relación con la salud psicológica. La expresividad emocional resultó no ser un predictor importante de la salud.

El modelo propuesto llega a niveles de ajuste muy parecidos a los obtenidos en el campo de la psicología de la salud, por lo que se propone como marco de referencia para investigaciones destinadas a estudiar los síntomas físicos y psicológicos y variables emocionales.

Igualmente, la presente investigación se constituye en un paso importante en el área de la salud, considerando los pocos estudios en psicología de la salud que utilizan modelos de ecuaciones estructurales. Para Buhi, Goodsoo y Neilands (2007) desde 1996 hasta el 2004 sólo 22 trabajos utilizaron este tipo de técnica en el área de la salud y la importancia que representan estos modelos para la extensión y alcance del campo: “un conocimiento de procedimientos estadísticos multivariados es crucial para generar investigaciones de alta calidad y responder cuestionamientos complejos” (American Academy of Health Behavior Work Group on Doctoral Research Training, 2005, p. 554; cp. Buhi y cols., 2007, p. 74).

Desde una perspectiva aplicada, puede ser útil para proporcionar a los profesionales de salud lineamientos de qué evaluar con respecto a la salud psicológica o física, qué

factores podrían ser importantes en su modificación, como por ejemplo podrían establecerse modelos de prevención donde se trabajen estrategias para facilitar el apoyo social, disminuir la autoestima y considerar las diferencias entre hombres y mujeres con relación a estas variables.

Sin embargo, a pesar de que se asemeja a los ajustes de modelos estructurales propuestos en el área de salud, específicamente, y se confirma una proporción importante de las relaciones planteadas, no llega a ser completo. En este sentido, este modelo pone en evidencia que los síntomas físicos y psicológicos son multicausados, y que los factores influyentes considerados en este modelo corresponden sólo a un conjunto de variables psicológicas importantes, pero quedan por incluir otras, algunas de las cuales se han formulado a lo largo de esta discusión.

De igual manera, el modelo está constituido para predecir finalmente la salud física a partir de la psicológica y un conjunto de factores psicológicos, no obstante se ha propuesto que el agregado de variables predice con mayor ajuste la salud psicológica, que la física (Sverke, 2002; cp. Storseth, 2006). De hecho, Storseth (2006) encontró, mediante un modelo de ecuaciones estructurales, que variables organizacionales predecía mejor la salud psicológica que la física. Así mismo, González, Landero y Ruiz (2008) encontraron, en su modelo de predicción, una relación moderada y positiva en la

predicción de salud física a la psicológica, pero baja y negativa al predecir salud física a partir de la salud psicológica, por lo que concluyeron que la predicción de salud psicológica está mejor ajustada que la de la física.

Este aspecto puede inferirse en los resultados de la presente investigación, dado que la explicación directa de la salud física sólo se da a partir de la salud psicológica, mientras que la salud psicológica es predicha por las otras variables del modelo. Por lo que se recomienda verificar el modelo de este estudio, pero usando como variable final la salud psicológica.

## **VI. CONCLUSIÓN**

El modelo estructural propuesto presenta un buen ajuste de los datos. Logra explicar en parte la salud, verificándose las relaciones planteadas más para la salud psicológica que la salud física, en una muestra sana de estudiantes de postgrado. Se confirmaron relaciones relevantes en medicina conductual y psicología de la salud bajo la perspectiva biopsicosocial de la salud.

La salud física percibida es predicha en mayor cuantía por la salud psicológica y en menor por el sexo, donde a mayores síntomas psicológicos y el ser mujer lleva a mayores síntomas físicos; las variables emocionales propuestas no lograron influir directamente la salud física.

La salud psicológica es explicada por el sexo, el apoyo social y la ambivalencia emocional. Así el ser mujer, tener una mayor ambivalencia emocional y el tener un menor apoyo social se relaciona con una inadecuada salud psicológica percibida. De esta forma los síntomas de salud psicológica median el efecto de estas tres variables sobre la salud física.

La expresividad emocional y la ambivalencia emocional fueron explicadas por las creencias hacia compartir las emociones, en el sentido de que creencias favorables se asocian con menor ambivalencia emocional y mayor expresividad emocional. De esta forma las creencias hacia el compartir socialmente las emociones influyen de manera indirecta a la salud psicológica y física. La expresividad emocional es el factor emocional que no presenta efectos sobre la salud, física o psicológica.

Las creencias hacia compartir las emociones fue influida por el sexo y el apoyo social, Así ser mujeres y el presentar mayor apoyo social se asoció con mayores creencias favorables. De esta manera, el sexo y el apoyo social influyen de manera indirecta a la ambivalencia emocional y a la expresividad emocional.

La edad en el rango evaluado no influye a alguna de las variables del modelo.

Se confirma a la salud como un constructo complejo que para ser abordado en su explicación e intervención debe contemplar el análisis de relaciones directas e indirectas de diversos factores de diferentes modalidades; lo que es cónsono con los modelos de salud actuales.

## **VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

Los resultados arrojados se generalizan a personas sólo con características parecidas a las de la muestra, la cual abarca a estudiantes de postgrado de una universidad privada y mayormente trabajadores, donde es posible que las relaciones entre las variables no se manifiesten con suficiente magnitud. En este sentido, es necesario continuar las investigaciones en poblaciones sanas, sin embargo es importante comparar poblaciones sanas y no sanas al validar los modelos propuestos en salud.

Con respecto a la salud tanto física como psicológica, se presentan dos limitaciones importantes. La primera es que es una medida autorreportada, lo cual pudo generar sesgos debidos a la deseabilidad social como un intento de los encuestados de contestar aquello que se espera socialmente, interferencias por sentirse evaluados u omisiones producto de olvidos al momento de la evaluación. Por lo que sería recomendable también utilizar medidas objetivas de salud.

La segunda limitación relacionada con la forma de evaluar a la salud, viene dada por el uso de un instrumento que no mide exactamente salud como un continuo de la enfermedad, lo que no está totalmente cónsono con la perspectiva actual de la salud. Esta restricción se debió a la inexistencia de un instrumento de este tipo, en la literatura, por

lo que la presente investigación se vio forzada a utilizar una escala que se centra más en la enfermedad o patología. Sin embargo, esto fue en parte subsanado al emplear uno de los instrumentos más validados y usados en investigaciones de la salud y por la OMS.

Otro aspecto relacionado con el abordaje metodológico es el carácter fundamentalmente cuantitativo, lo que para algunos autores no permite tener certeza de la respuesta de los encuestados acerca de lo que se pide que respondan. En este sentido, se podría complementar investigaciones de este tipo con aproximaciones cualitativas que permitan conocer por ejemplo, el concepto de salud o emociones que presentan los evaluados.

Por otro lado, se debe tomar en cuenta que el modelo propuesto es parcial y explica sólo una parte de la salud bajo ciertas especificaciones conceptuales, de manera que el modelo no puede explicar algo que está fuera de sus propias restricciones y las interpretaciones deben hacerse a la luz de tal limitación. Sin embargo, dados las relaciones encontradas y las inferencias que se pueden hacer acerca de las mismas, se cree preciso considerar la inclusión de otras variables emocionales como por ejemplo, la sensibilidad emocional, intensidad emocional, valencia de la expresividad emocional o frecuencia de emociones positivas y negativas, o tener en cuenta otros tipos de variables psicosociales o sociodemográficas tales como, las fuentes de estrés, las estrategias de afrontamiento hacia el estrés, hábitos de salud, nivel socioeconómico, estado civil,

autoeficacia en el cuidado de la salud, conflicto de roles, cualidad del rol, contexto donde se desenvuelve mayormente la persona, rol sexual, dimensiones macropsicológicas de Hofstede y el autocontrol en las relaciones interpersonales. Esto permitiría aumentar la comprensión del fenómeno salud, y en consecuencia redundaría en beneficios para la psicología aplicada.

Igualmente, dado que el modelo está planteado hacia la salud física, se recomienda verificar la influencia de las variables involucradas en el modelo presentado, pero considerando como variable final la salud psicológica. En este mismo sentido de verificación de relaciones causales, sería útil establecer de las posibles relaciones bidireccionales entre las variables, qué relación de influencia presenta mayor ajuste; por ejemplo, ver cuál relación es más ajustada: a) la de creencias hacia compartir las emociones sobre la ambivalencia o b) la de la ambivalencia hacia estas creencias.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, N. y Matthews, K. (1994). Health: Why some people get sick and some stay well. *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- Afifi, M. (2006). Positive Health practices and depressive symptoms among high school adolescents in Oman. *Singapore Medicine Journal*, 47(11), 960-966.
- Allen, J., Markovitz, J., Jacobs, D., y Knox, S. (2001). Social support and health behavior in hostile black and white men and women in cardiac. *Psychosomatic Medicine*, 63, 609-618.
- Allgöwer, A., Wardle, J. y Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and woman. *Health Psychology*, 20, 223-227.
- Aneshensher, C., y Sucoff, C. (1996). The neighborhood context of adolescent mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 293-310.
- Angelucci, L. (2001). *Influencia de las variables sociodemográficas, el apoyo social y locus de control de salud sobre la salud en empleados universitarios*. Trabajo de ascenso no publicado, Universidad Simón Bolívar, Sartenejas, Venezuela.
- Anuario Estadístico UCAB 2007-2008. (2010). Primera edición. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
- Araujo, E., y Moreno, D. (2006). Influencia de las emociones positivas y Negativas, apoyo social, sexo y edad sobre la salud. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Báges, N. (1990). Estrés y salud: El papel de los factores protectores. *Comportamiento*, 1, 15-28.
- Bagés, N. (2000). *Psychology risk factors and coronary heart disease*. Tesis Doctoral presentada en la Universidad de Maastricht: Holanda.

- Bagés, N., Feldman, L., Chacón, G., Pérez, M. & Guarino, L. (1990). *Factores psicosociales de riesgo y protectores asociados a enfermedades cardiovasculares*. (Reporte interno no publicado). Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.
- Barra, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 21, 55 - 60.
- Barrett, A. (2000). Marital trajectories and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 451-464.
- Basabe, N. (2003). Salud, factores psicosociales y Cultura. En D. Páez, I. Fernández, S. Ubillos, E. Zubieta. *Psicología social, cultura y educación* (Vol. 1, pp. 891-913). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Bayés, R. (1979). *Psicología y medicina: Interacción, cooperación, conflicto*. Barcelona: Fontanella.
- Bellman, S., Forster, N., Still, L., y Cooper, C. (2003). Gender differences in the use of social support as a moderator of occupational stress. *Stress and Health*, 19, 45-58.
- Bem, S. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162.
- Billings, D., Folkman, S., Acree, M., y Moskowitz, J. (2000). Coping and physical health during care giving: The roles of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 131-142.
- Bolger, N., Zuckerman, A., y Kessler, R. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 953-961.
- Bosma, H., Sanderman, R., Scaf-Klomp, W., Van Eijk, J., Ormel, J., y Kempen, G. (2004). Demographic, health related and psychosocial predictors of changes in depressive symptoms and anxiety in late middle age and older persons with fall related injuries. *Psychology and Health*, 19(1), 103-115.

- Brannon, L., y Feist, J. (1992). *Health psychology, and introduction to behavior and health* (2ª. ed.). California: Wadsworth, Inc. Belmont.
- Brannon, L., y Feist, J. (2000). *Psicología de la salud* (1ª. ed.). España: Paraninfo Thomson Learning.
- Brown, S. (2000). The effect of union type on psychological well-being: Depression among cohabiters versus married. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 241-255.
- Brown, K., y Moskowitz, D. (1997). Does unhappiness make you sick? The role of affect and neuroticism in the experience of common physical symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 907-917.
- Buck, R., Miller, R., y Caul, W. (1974). Sex, personality, and physiological variables in the communication of affect via facile expression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 587-596.
- Buhi, E., Goodson, P., y Neilands, T. (2007). Structural equation modeling: A primer for health behavior researchers. *American Journal of Health Behavior*, 31 (1), 74-85.
- Bujanda, M., y Chriqui, S. (2004). *Expresividad emocional en adolescentes: Un diagrama de ruta*. Tesis de Licenciatura no publicada. Escuela de Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas-Venezuela.
- Bundek, N., Marks, G., y Richardson, J. (1993). Role of health locus of control beliefs in cancer screening of elderly hispanic women. *Health Psychology*, 12, 193-199.
- Cacioppo, J., Uchino, B., Crites, E., Snydermith, M., Smith, G., Berntson, G., y Lang, P. (1992). Relationship between expressiveness and sympathetic activation in emotion: A critical review, with emphasis on modeling underlying mechanisms and individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 110-128.
- Canino, E. (1997). *Hipertensión arterial* (1ª ed.). Caracas: Equinoccio.
- Canino, E., y Granell, E. (1990). Prevalencia de factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en un grupo de jóvenes. *Comportamiento*, 1, 35-50.

- Caponi, S. (1997). George Cangilhem y el estatus epistemológico del concepto de Salud. *Historia, Ciencias, Saúde, IV (2)*, 287-307.
- Casas Guillén, M. (2002) “Los modelos de ecuaciones estructurales y su aplicación en el Índice Europeo de Satisfacción del Cliente” en *Universidad de Valencia* [En línea]. Recuperado en agosto 2010 de: [www.uv.es/asepuma/X/C29C.pdf](http://www.uv.es/asepuma/X/C29C.pdf)
- Castle, H., Slade, P., Barranco, M., y Rogers, M. (2008). Attitudes to emotional expression, social support and postnatal adjustment in new parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 26(3)*, 180-194.
- Castro, A., Espinosa, I., Rodríguez, P., y Santos, P. (2007). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7(3)*, 883-898.
- Carta de Ottawa. (1986). Recuperado en Julio, 13, 2009, de <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
- Carta de Yakarta. (1997). Recuperado en Julio, 13, 2009, de [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf)
- Cauffman, E., Lexcen, F., Goldweber, A., Shulman, E., y Grisso, T. (2007). Gender differences in mental health symptoms among delinquent and community youth. *Youth Violence and Juvenile Justice, 5*, 287-307.
- Christensen, A., Turner, C., Smith, T., Holman, J., y Gregory, M. (1991). Health locus of control and depression in end-stage renal disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 419-424.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology, 7*, 269-297.
- Conferencia internacional de promoción de la salud II. (1998, Abril). Políticas públicas favorables a la salud, Adelaida, Australia.

- Conferencia internacional de promoción de la salud III. (1991, Junio). Entornos Propicios para la salud, Sundsvall, Suecia.
- Connell, C., Davis, W., Gallant, M., y Sharpe, P. (1994). Impact of social support social cognitive variables, and perceived threat on depression among adults with diabetes. *Health Psychology, 13*, 263-273.
- Covertry, W., Gillespie, N., Heath, A., y Martin, N. (2004). Perceived social support in a large community sample: Age and sex differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 625-636.
- Cronkite, R., y Moos, R. (1984). The role of pre-disposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior, 25*, 372-393.
- Dawson, K., Schneider, M., Fletcher, P., y Bryden, P. (2007). Examining gender differences in the health behaviors of Canadian university students. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 127*, 38-44.
- De Abreu, H., y García, P. (1996). *Aspectos psiquiátricos asociados a la patología hipertensiva en la unidad de hipertensión arterial con sede en el Hospital Universitario de Caracas*. Especialidad en Psiquiatría y Psicología Clínica. Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Dormann, C., y Zapf, D. (1999). Social support, social stressors at work and depressive symptoms: testing for main and moderating effects with structural equations in a three-wave longitudinal study. *Journal of Applied Psychology, 84*, 874-884.
- Duetz, M., Abel, T., y Niemann, S. (2003). Health measures: Differentiating associations with gender and socio-economic status. *European Journal of Public Health, 13*, 313-319.
- Dunn, S., Putallaz, M., Sheppard, B., y Lindstrom, R. (1987). Social support and adjustment in gifted adolescents. *Journal of Educational Psychology, 79*, 467-473.

- Eagly, A., Johannesen-Schmidt, M., y van Engen, M. (2003). Transformational, transactional, and laissez-faire: A meta-analysis comparing men and women. *Psychological Bulletin*, 129, 569-591.
- Edlin, G., y Golanty, E. (1988). *Health and wellness: A holistic approach* (3rd ed.). Boston: Jones y Bartlett.
- Emmons, R., y Colby, P. (1995). Emotional conflict and well-being: Relation to perceived availability, daily utilization, and observer report of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 947-959.
- Escuela de Psicología (2002). *Contribuciones a la deontología en psicología*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
- Feldman, L. (1995). *Factores psicosociales asociados a la salud de la mujer con roles múltiples*. Trabajo de Ascenso, Universidad Simón Bolívar, Sartenejas, Venezuela.
- Feldman, L. (2001). *Social Roles, Psychosocial Factors and Health in Venezuelan Working Women*. Tesis de PhD aprobada y no publicada, Universidad de Southampton, Reino Unido.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón, G., Zaragoza, J., Bagés, N., y Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos, *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751.
- Feldman, L., y Saputi, D. (2007). Roles múltiples, cualidad del rol, apoyo social y salud en mujeres trabajadoras. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12, 29, 91-116.
- Fernández, M., y Makoukj, Y. (2003). La salud, construcción de un concepto. *Cuaderno de la Escuela de Salud Pública*, 72, 9-13.
- Fernández- Abascal, E., y Palmero, F. (1999). Emociones y salud. En Fernández- Abascal, E. y Palmero, F. (eds.). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.

- Fernández, I., Zubieta, E., y Paéz, D. (2001). Emocionarse en Latinoamérica. *Internacional Journal of Social Sciences and Humanities (Sociotam)*, XI, 29-53.,
- Fox, J. (2006). Structural equation modeling with the sem package in R. *Structural Equation Modeling*, 13, 465-486.
- Friedman, H., Prince, L., Riggio, R. y DiMatteo, M. (1980). Understanding and assessing nonverbal expressiveness: The affective communication test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 333-351.
- Galán, A., Blanco, A., y Pérez, M. (2000). Análisis del concepto de enfermedad: un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de Psicología*, 16 (2), 157-166.
- Gallagher, P. (1992). Individual difference in nonverbal behavior: Dimensions of stile. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 133-145.
- Gallo, L., y Matthews, K. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical Elath: Do negative emotions play a role?. *Psychological Bulletin*, 129(1), 10-51.
- Ganong, L., y Coleman, M. (1985). Sex, sex roles and emotional expressiveness. *The Journal of Genetic Psychology*. 146, 405-411.
- Goldberg, D., y Hillier, V. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg, D., y Williams, P. (1988). *The User's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson: Windson.
- González, M., Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana Pública*, 23 (1), 7-18.
- González, M., Landero, R., y Ruiz, M. (2008). Modelo estructural de la salud mental y física en mujeres. *Revista Panamericana Pública*, 23 (29), 101-108.

- Grebowsky, D., Patrick, D., Diehr, P., Beresford, S., Kay, E., y Hecht, J. (1993). Self efficacy and health behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89-104.
- Gross, J., y John, O. (1995). Facets of emotional expressivity: three self report factors and their correlates. *Personality and Individual Differences*, 19(4), 555-568.
- Gross, J., y John, O. (1997). Revealing feelings: Facets of emotional expressivity in self - report, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*. 72, 435-448.
- Gross, J., y John, O. (1998). Mapping the domain of expressivity: Multimethod evidence for a hierarchical model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 74, 170-191.
- Gross, J., y Muñoz, R. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology. Science and Practice*, 2, 151-164.
- Grossman, M., y Wood, W. (1993). Sex differences in intensity of emotional experience: A social role interpretation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 65,1010-1022.
- Guarino, L. (1991). Estilos de afrontamiento a eventos estresantes en una muestra de estudiantes universitarios. Tesis para optar por el título de Magíster en Psicología, Universidad Simón Bolívar, Sartenejas, Venezuela.
- Guarino, L., Feldman, L., y Roger, D. (2005). La diferencia de la sensibilidad emocional entre británicos y venezolanos. *Psicothema*, 17 (4), 639-644.
- Härkäpä, K., Järviösk, A., y Vakkarit, T. (1996). Associations of locus de control beliefs with pain coping strategies and other pain-related cognition in back pain patients. *British Journal of Health Psychology*, 1, 51-63.
- House, J., Lepkowski, A., Mero, R., Kessler, R., y Herzog, A. (1994). The way health varies with age is importantly stratified by socioeconomic status. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 213-234.

- Jamal, M. (2004). Medically unexplained symptoms in women as related to physiological stress responses. *Stress and Health, 20*, 113-119.
- Jara, P., y Rosel, J. (1999). Mediciones en ciencia de la salud. En F. Palmero y E.G. Fernández Abascal (Eds.). *Emociones y Salud* (Vol. 1, pp. 19-46). Barcelona: Ariel.
- Johanson, B., Plomin, R., Ahern, F., Grant, J., Pedersen, N., Berg, S., y McClearn, G. (2001). Health locus of control in late life: A study of genetic and environmental influences in twins aged 80 years and older. *Health Psychology, 20*, 33-40.
- Juslin, P., y Laukka, P. (2003). Communication of emotion in vocal expression and music performance: Different channels, same code?. *Psychological Bulletin, 129*, 770-814.
- Katz, I., y Campbell, J. (1994). Ambivalence over emotional expression and well-being: Nomothetic and idiographic tests of the stress-buffering hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 513-524.
- Kaufmann, G., y Beehr, T. (1986). Interactions between job stressors and social support: Some counterintuitive results. *Journal of Applied Psychology, 71*, 522-526.
- Kelloway, E. (1998). *Using LISREL for structural equation modeling: A researcher's guide*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kerlinger, F. y Lee, (2002). *Investigación del Comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Kielbasiewicz-Drozdowska, I. (2007). Students' pro-healthy lifestyle choices - social and economic determinants. *Research Yearbook, 13(2)*, 254-258.
- King, L. (1998). Ambivalence over emotional expression and reading emotions in situations and faces. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 753-762.
- King, L. y Emmons, R. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 864-877.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 1-11.

- Krantz, G., & Östergren, P.-O. (1999). Women's health: do common symptoms in women mirror general distress or specific disease entities? *Scandinavian Journal of Public Health*, 27, 311-317.
- Kring, A., y Gordon, H. (1998). Sex differences in emotion: Expression, experience, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 686-703.
- Kring, A., Smith, D., y Neale, J. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: Development and validation of the emotional expressivity scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 934-949.
- Krohne, H., y Hock, M. (1993). Doping dispositions, actual anxiety, and the incidental learning of success-and failure-related stimuli. *Personality and Individual Differences*, 15, 33-41.
- Labiano, L. (2002). Hipertensión arterial: Importancia de las intervenciones psicológicas. *Psicología Iberoamericana*, 10(2), 64-71.
- Laghai, A., y Joseph, S. (2000). Attitudes towards emotional expression: Factor structure, convergent validity and association with personality. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 934-949.
- Lee, C. (1999). Health habits and psychological well-being among young, middle and older Australian women. *British Journal of Health Psychology*, 4, 301-314.
- Leventhal, E., Diefenbach, M., y Hansell, S. (1996). Negative affect and self report of physical symptoms: Two longitudinal studies of older adults. *Health Psychology*, 15, 193-199.
- Maciejewski, P., Prigerson, H., y Mazure, C. (2001). Sex differences in event-related risk for major depression. *Psychological Medicine*, 31, 593-604.
- Martínez-Sánchez, F., Zech, E., y Páez, D. (2004, in press). Adaptación española del cuestionario de creencias sobre los efectos del compartimiento social de las emociones, BSEQ. *Ansiedad y Estrés*, 10. versión electrónica recuperada en marzo

del 2005 de [www.ecsa.ucl.ac.be/personnel/zech/Anxiedad%20y%20Estres\\_2004.pdf](http://www.ecsa.ucl.ac.be/personnel/zech/Anxiedad%20y%20Estres_2004.pdf) .

- Matud, M., y Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud Mental*, 32, 53-58.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., y Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: Un análisis de género. *Salud Mental*, 25(2), 32-37.
- McDonough, P., Williams, D, House, J., y Duncan, G. (1999). Gender and the socioeconomic gradient in mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 17-31.
- McFatter, R. (1994). Interactions in predicting mood from extraversion and neuroticism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 570-578.
- Mellner, C., Krantz, G. y Lundberg, U. (2005). Burnout, stress and health of employees on non-satnard work schedules: a study of Canadian workers. *Stress and Health*, 21, 45-52.
- Mendoza-Vega, J. (2004). Algunas preocupaciones de la bioética en relación a la medicina para el siglo XXI. Bioética y Educación. Investigación, Problemas y Respuestas. Ana Isabel Gómez Córdoba y Carlos Eduardo Maldonado Castellano. Universidad del Rosario.
- Meneses, R., Feldman, L., y Chacón, G. (1999). Stress, social support and health of woman with multiples roles. *Revista Interamericana de Psicología*, 33, 109-132.
- Mirowski, J., y Ross, C. (1992). Mankn the most of ideas, facts and data about age and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 210-213.
- 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). Actitudes. En F. Morales, C. Huici, M. Moya, E. Gaviria, M. López-Sáez y E. Nouvilas. (Eds.). *Psicología social*. (pp. 131-143.) Madrid: McGraw Hill.

- Morales-Calatayud, G. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49, 63-70.
- Mubarak, A., y Barber, J. (2003). Emotional expressiveness and the quality of life of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(7), 380-384.
- Nolen-Hoeksema, S., y Girgus, J. (1994). The emergent of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.
- Norris, F., y Kariasky, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 498-511.
- 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.
- Nyklíček, I., Temoshok, L., y Vingerhoets, A. (2004). Introduction. En I. Nyklíček; L. Temoshok y A. Vingerhoets (Eds.) *Emotional expression and health*. (pp. 1-7) New York: Brunner-Routledge.
- Pacheco, A., Suárez, L. y Angelucci, L. (1998) Diagrama de ruta del efecto de los factores sociodemográficos, depresión y apoyo social sobre la salud percibida en estudiantes universitarios. *Suma Psicológica*, 5, 149 - 191.
- Pennebaker, J., Zaech, E., y Rimé, B. (2001). Disclosing and sharing Emotion: Psychological, social and health consequences. Versión electrónica. Recuperado marzo 2005 de <https://homepage.psy.utexas.edu/homepage/faculty/pennebaker/reprints/index.html>

- Peña, A., y Paco, O. (2002). El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Primera parte. *Anales de la Facultad de Medicina*, 63 (3), 223-232.
- Piédrola, G. (2002). *Medicina preventiva y salud pública* (10ma edición). Barcelona (España): Masson, S.A.
- Ramírez, M. (2000). *Red de relaciones entre la expresividad emocional, la ambivalencia en la expresión de las emociones, el sexo, el rol sexual y la extraversión*. Tesis de Licenciatura no publicada. Escuela de Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas-Venezuela.
- Ray, J. (2004). Bringing health and social care together for older people: Wiltshire's journey from independence to interdependence to integration. *Journal of Integrated Care*, 12(1), 27-32.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción*. (3° ed.). Madrid: McGraw Hill.
- Reeve, J. (1994). *Motivación y Emoción*. (1a. ed.) Madrid: McGraw Hill/Interamericana de España.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Riggio, R., y Friedman, H. (1986). Impression formation: The role of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 421-427.
- Rimé, B., Herbette, G., y Corsini, S. (2004). The social sharing of emotion. En I. Nyklíček; L. Temoshok y A. Vingerhoets (Eds.) *Emotional expression and health*. (pp. 27-42) New York: Brunner-Routledge.
- Rimé, B., Mesquita, B., Philippot, P., y Boca, S. (1991). Beyond the emotional event: Six studies on the social sharing of emotion. *Cognition and Emotion*, 5, 435-465.
- Robert, S. (1988). Community-level socioeconomic status effects on adult health. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 18-37.
- Rohde, P., Lewinsohn, P., Wilson, M., y Seeley, J. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 499-511.

- 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.
- Ross, C., y Bird, C. (1994). Sex stratification and health lifestyle: Consequences for men's and women's perceived health. *Journal of Health and Social Behavior* 35, 161-78.
- Ross, C., y Lin Wu, CH. (1996). Education, age, and the cumulative advantage in health. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 104-120.
- Ross, C., y Mirowsky, J. (1995). Does employment affect health?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 230-243.
- Rusting, C. (1998). Personality, mood, and cognitive processing of emotional information: Three conceptual frameworks. *Psychological Bulletin*, 124, 265-196.
- Schwartz, G. (1982). Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 1040-1053.
- Schwarzer, R., y Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 19, 487-495.
- Sebastiani, R., Pilicioni, M., y Chiattonne, H. (2002). La psicología de la salud latinoamericana: Hacia la promoción de la salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(1), 153-172.
- Seeman, J. (1989). Toward a model of positive health. *American Psychologist*, 44(8), 1099-1109.
- Seeman, T., Lusignolo, T., Albert, M., y Berkman, L. (2001). Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: McArthur studies of successful aging. *Health Psychology*, 20, 243-255.

- Simon, R., y Marcussen, K. (1999). Marital transitions, marital beliefs, and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 111-125.
- Snyder, M. (1974). The self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*. 30, 526-537.
- Soldatos,, C. (1994). Insomnio in relation to depression and anxiety: epidemiological consideration. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 3-8.
- Spector,, R. (2002). Cultural diversity in health and illness. *Journal Transcultural Nursing*, 13 (3), 197-199.
- Steiger, J. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 173-180.
- Stone, G. (1982). Health psychology: A new journal for a new field. *Health Psychology*, 1, 1-6.
- Storseth, F. (2006). Changes at work and employee reactions: organizational elements, job insecurity, and short-term stress as predictor for employee health and safety. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 541-550.
- Stroebe, W., Abakounkin, G., Schut, H., y Stroebe, G. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1241-1249.
- Surgenor, T., y Joseph, S. (2000) Attitudes toward emocional expresión, relational competente and psychological distress. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 139-142.
- Taylor, S. (1999). *Health Psychology* (4ta. ed.). Los Angeles: McGraw-Hill.
- Taylor, S., Lerner, J., Sage, R., Lehman, B., y Seeman, T. (2004). Early environment, emotions, responses to stress, and health. *Journal of Personality*, 72 (6), 1365-1393.
- Tibblin, G., Bengtsson, C., Furunes, B., y Lapidus, L. (1990). Symptoms by age and sex. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 8, 9-17

- Turner, J., y Marino, F. (1994). Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 193-212.
- Twenge, J. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1007-1021.
- Uchino, B., Cacioppo, J., y Kiecolt-Glaser, J. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.
- VanderZee, K., y Buunk, B. (1995). Social comparison as a mediator between health problems and subjective health evaluations. *British Psychological Society*, 34, 53-65.
- Vega-Franco, L. (2002). Ideas creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. *Salud Pública de México*, 44, 258-265.
- Vivas, E., y Cañoto, Y. (1994). Estudios epidemiológicos en psicología?. *Comportamiento*, 3, 2-18.
- Weich, S., Sloggett, A., y Lewis, G. (2001). Social roles and the gender difference in rates of the common mental disorders in Britain: A 7-year, population-based cohort study. *Psychological Medicine*, 31, 1055-1064.
- Weiss, S. (1992). Behavioral medicine in the world scene: toward the year 2000. *Annals of Behavioral Medicine*, 14, 302-306.
- Wilhelm, K., y Parker, G. (1989). Sex differences in depressiogenic risk factors and coping strategies in a socially homogeneous group. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 205-211.
- Wohlgemuth, E., y Betz, N. (1991). Gender as a moderator of the relationship of stress and social support to physical health in college students. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 367-374.

- Xiaohua Chen, S., Cheung, F., Bond, M., y Leung, J. (2005). Decomposing the construct of ambivalence over emotional expression in a chinese cultural context. *European Journal of Personality*, *19*, 185-204.
- Zubieta, E., Fernández, I., Vergara, A., Paez, D., Martínez, M.D., y Candia L.,(1998). Cultura y emoción en América. *Boletín de Psicología*, *61*, 65-89.