

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES.

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA IRA-HOSTILIDAD, ANSIEDAD
Y DEPRESIÓN EN EL CICLO DE LA VIDA.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA

MARIBEL ESTÉVEZ CERVANTES.

DIRECTORA DE TESIS

DOCTORA DOLORES MERCADO CORONA.

ASESOR METODOLÓGICO

MAESTRO ARTURO MARTÍNEZ LARA.

Ciudad Universitaria, octubre del 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación se realizó con apoyo y recursos del proyecto de Investigación "Estudio Comparativo de la Hostilidad como factor de riesgo en las enfermedades cardiovasculares y la Diabetes Mellitus Tipo 2" PAPIIT "IN 309205".

A LA DRA. DOLORES MERCADO CORONA

Por el cariño muy especial que siempre me brindo, por todos sus conocimientos y experiencias que compartió conmigo los cuales son muy valiosos para mí, por apoyarme siempre y estar conmigo incondicionalmente cuando la necesité. Con todo mi corazón muchísimas Gracias.

AL MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA

Por el interés, cariño y compromiso que siempre me brindo incondicionalmente, por orientarme y ayudarme durante la realización de esta tesis.

AL LIC. JOSÉ LUIS REYES GONZÁLEZ

Por su interés, dedicación, apoyo y por compartirme sus conocimientos.

AL DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

Por su dedicación, comprensión, conocimiento y apoyo incondicional hacia mí.

A LA MTRA. ANGELA SOMARRIBA ROCHA

Por su comprensión, interés y transmisión de conocimientos.

A MIS PADRES

Por confiar y creer en mí, por hacer posible a través de todo su apoyo, fe, cariño y esfuerzo que yo llegaré a ser la mujer que soy ahorita, porque me enseñaron a luchar y a salir adelante a pesar de las adversidades, siempre compartiéndome sus experiencias y su amor. Con todo mi amor Gracias.

A MI NOVIO ALBERTO

Por ser la fuente de mi inspiración, por ser el anhelo y la alegría de mi vida, por demostrarme y compartir conmigo un mundo maravilloso lleno de amor, en donde las adversidades se convierten en experiencias y los sueños se vuelven realidad. Siempre luchando a cada momento de la vida por ser una mejor persona. Te amo mi amor Gracias.

A MIS AMIGOS CLAUDIA Y ERNESTO

Por compartir tantos momentos conmigo, por brindarme sus experiencias, por apoyarme siempre en las buenas y en las malas, por no dejarme caer en los momentos difíciles de mi vida, por demostrarme siempre su amistad y cariño sincero durante la realización de esta tesis. Gracias los quiero mucho.

A MIS AMIGOS ANGELES, JESSICA Y VÍCTOR

Por ser mis amigos incondicionales, por compartir conmigo tantos momentos maravillosos que vivimos durante todos estos años, por creer y confiar en mí, por estar conmigo en las buenas y en las malas incondicionalmente. Gracias los quiero mucho.

A LA MEMORIA DE MI AMIGA MINETH

Porque fue una persona muy especial en mi vida, que siempre me apoyo y estuvo conmigo, que el destino quiso que ya no estuviera conmigo, pero siempre va a estar en mi corazón y en mi memoria. Te quiero amiga.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES	5
1.1. Emoción.	5
1.1.1. Perspectiva Biológica.	7
1.1.2. Perspectiva Cognitiva.	8
1.1.3. Emociones Básicas.	10
1.2. Ira-Hostilidad.	14
1.2.1. Ira.	14
1.2.2. Hostilidad.	15
1.2.3. Relación entre Ira y Hostilidad.	18
1.2.4. Instrumentos de medición de la Ira y Hostilidad.	21
1.3. Ansiedad.	23
1.3.1. Inventarios de Ansiedad.	26
1.4. Depresión.	29
1.4.1. Inventarios de Depresión.	33
1.5. Relación entre Ira-Hostilidad, Ansiedad y Depresión.	36

1.6. Ciclo de vida.	38
1.6.1. Adolescencia.	39
1.6.2. Adultez Joven.	41
1.6.3. Madurez.	42
1.6.4. Tercera Edad.	44
CAPÍTULO II. PLAN DE INVESTIGACIÓN	47
2.1. Justificación.	47
2.2. Objetivos.	48
2.2.1. Objetivo General.	48
2.2.2. Objetivo Específico.	48
2.3. Problemas de investigación.	48
2.4. Hipótesis.	49
2.5. Variables.	50
2.5.1. Variables Dependientes.	50
2.5.2. Variables Clasificadoras.	51
2.5.3. Definiciones conceptuales de las variables.	51
2.5.4. Definiciones operacionales de las variables.	54
CAPÍTULO III. MÉTODO	55
3.1. Tipo de Investigación.	55
3.2. Muestreo.	55
3.3. Sujetos.	55
3.4. Instrumentos.	56

3.5. Procedimiento.	57
CAPITULO IV. RESULTADOS	59
4.1. Diferencias por Edad.	60
4.1.1. Inventario de Ira-Hostilidad.	60
4.1.2. Test de Ansiedad Manifiesta.	67
4.1.3. Test de Depresión.	72
4.2. Correlación.	79
CAPITULO V. DISCUSIÓN	83
REFERENCIAS	89

RESUMEN

Las emociones tienen una función adaptativa, pero pueden dejar de ser adaptativas y dañar la salud y bienestar del individuo. Por eso la importancia que tienen la ira-hostilidad, ansiedad y depresión en la salud, ya sea como desencadenantes de alguna enfermedad o como factores agravantes de éstas. Ante esta situación se realizó una investigación para conocer la influencia que tienen la ira-hostilidad, ansiedad y depresión en el ciclo de vida, basada en la aplicación de instrumentos de medición; Inventario de Ira-Hostilidad, Test de Ansiedad Manifiesta y Test de Depresión y su posible relación entre estos. El propósito fue evaluar una muestra de diferentes estados de la República (327 del D.F., 66 del Edo. de México, 503 de Hidalgo, 58 de Morelos y 19 omitieron su respuesta), la cual se dividió en base a la edad en 5 rangos (13-20, 21-30, 31-40, 41-50 y 51-83). Es una investigación de campo, correlacional y descriptiva, con una muestra conformada por 973 personas de los 13 a los 83 años de edad. Los resultados mostraron que las personas entre las edades de 50 a 83 años presentan calificaciones más altas de Ira-Hostilidad, Ansiedad y Depresión, con excepción de dos factores que no fueron significativos (Anticipación $\alpha=.101$ e Irritabilidad $\alpha=.533$), el grupo de 13 a 20 años, ocupa el segundo lugar en intensidad emocional, en tanto que los grupos de 21 a 50 años obtienen las menores medias emocionales, también se encontró que existe una mayor relación entre el Inventario de Ira-Hostilidad y el Test de Ansiedad Manifiesta ($r_s=.641$).

Palabras clave: emoción, ira, hostilidad, ansiedad, depresión, ciclo de vida.

INTRODUCCIÓN

Las emociones han jugado un papel muy importante a lo largo de la historia y han sido estudiadas desde tiempos muy remotos porque son una parte inherente a la vida humana en el desarrollo del hombre desde el nacimiento hasta la muerte. No se puede pensar en un ser humano sin pensar en sus emociones ya que éstas sirven para energizar y dirigir la conducta, ejerciendo así un papel adaptativo, logrando mantener un equilibrio tanto físico como psicológico.

Las personas experimentan una variedad de emociones a lo largo del día y así sucede durante el transcurso de toda su vida. Las emociones son uno de los aspectos más importantes de los seres humanos ya que a través de ellas se expresan y comunican con su entorno y pueden percibir los estados de ánimo de las personas, también nos ayudan a lograr relaciones interpersonales, sirven como alarma de que algo que está ocurriendo alrededor les está afectando de cierta manera.

Las emociones tienen varios componentes que interactúan entre sí: el subjetivo (cognoscitivo) es la manera en cómo nos sentimos en cierta situación, y qué pensamos acerca de ella; el fisiológico son las reacciones biológicas que presenta nuestro organismo, preparándolo de una manera específica para una reacción adaptativa; el funcional que es la selección de acciones que nos servirán para hacer frente a la situación y el expresivo, ya que a través de nuestras expresiones y posturas podemos llegar a comunicarle a los demás cómo nos sentimos.

Cuando las emociones comienzan a interferir en el desarrollo personal y en las relaciones interpersonales, éstas dejan de ser adaptativas para convertirse en desadaptativas, las cuales pueden provocar problemas tanto a nivel fisiológico, como a nivel psicológico. Se ha demostrado en los últimos tiempos que cuando las emociones negativas se presentan con alta frecuencia y/o con gran intensidad deterioran o declinan el estado de salud, generando ciertas enfermedades, ya que provocan que el

sistema inmunológico se vuelva más vulnerable, lo que no permite su correcto funcionamiento, pero no solamente pueden ser un factor que ayude a desencadenar alguna enfermedad, sino también pueden agravar alguna enfermedad que se padece.

La ira y hostilidad son consideradas como emociones que perjudican a la salud, cuando se presentan habitualmente y con gran intensidad, pero en cierta medida son necesarias porque nos ayudan para enfrentarnos a situaciones y acontecimientos en los que somos o creemos ser heridos, engañados o traicionados, en ambas se produce una activación fisiológica y neuroquímica del organismo.

La ansiedad sirve para movilizar las operaciones defensivas del organismo, ante situaciones en las que sentimos miedo o peligro, tiene un papel esencial como instrumento de supervivencia. Es la base del aprendizaje y de la motivación para evitar el sufrimiento. Es un estado de alerta del organismo. Es adaptativa ya que ayuda a enfrentarse a ciertos requerimientos y exigencias concretos de la vida.

La ansiedad deja de ser adaptativa cuando dificulta el rendimiento tanto en el plano intelectual como en el psicomotor, en las relaciones personales o en la vida productiva, en la toma de decisiones o en la vida sexual y puede llegar a ser un factor de riesgo para desencadenar algún tipo de enfermedad.

La depresión es un conjunto característico de síntomas físicos y emocionales, caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, magnificándose la información negativa, provocando dificultades en las interacciones sociales y las habilidades interpersonales. Las personas que se sienten deprimidas tienen una actitud que demuestra una desaprobación de sí mismos, siendo un factor de riesgo para el agravamiento o desencadenamiento de alguna enfermedad.

Diversas investigaciones han estudiado la relación y la influencia que pueden tener la ira-hostilidad, ansiedad y depresión para que las personas sean más propensas a sufrir algún tipo de enfermedad perdiendo así su valor adaptativo.

Además de las enfermedades (úlceras, dolor de cabeza, problemas cardiovasculares, agravamiento de enfermedades, etc.) que pueden provocar la ira-hostilidad, ansiedad y depresión, algunas personas son más propensas a enfermarse. Siempre están deprimidos, sufren ansiedad, son hostiles Lawler, et al. (1999) y Taylor, et al. (2000).

La presente investigación se ha desarrollado con el fin de describir como se presentan la ira-hostilidad, la ansiedad y la depresión en diferentes edades de la vida, desde la adolescencia hasta la edad avanzada, para encontrar en qué edades están más presentes. La información que se obtenga podrá ser de utilidad para la creación de modelos de prevención, ya que se ha descubierto que la hostilidad, la ansiedad y la depresión pueden ser factores de riesgo para sufrir alguna enfermedad cardiovascular, pero también provocan un descenso en el sistema inmunológico, y en algunos casos pueden agravar ciertas enfermedades o agudizar dolores crónicos.

Asimismo es de suma importancia conocer qué población es la más vulnerable a estas emociones, para saber como psicólogos a qué nos estamos enfrentamos y reconocer la influencia que ha tenido el desarrollo social, cultural y personal para el desencadenamiento de estas emociones, y así lograr crear medios de prevención e intervención.

CAPITULO I. ANTECEDENTES

1.1. EMOCION

La emoción se caracteriza por la activación fisiológica y por los cambios en las expresiones faciales, los gestos, la postura y los sentimientos subjetivos. Se relaciona con la motivación en dos formas; sirve como sistema de lectura para indicar cuán bien o cuán mal están ocurriendo las cosas, refleja el estatus de satisfacción o de frustración de los motivos y funciona como un tipo de motivo.

Las emociones tienen funciones de enfrentamiento, solución y sociales (Izard, 1989; Keltner y Haidt, 1999; Manstead, 1991), comunican nuestros sentimientos a los demás, regulan el modo en que los demás interactúan con nosotros, invitan y facilitan la interacción social y desempeñan un papel principal para crear, mantener y disolver relaciones. Tienen surgimientos muy rápidos, son de breve duración y pueden ocurrir en forma automática/involuntaria, se expresan de manera única, motivan una forma predecible del comportamiento, surgen a partir de acontecimientos situacionales o de desarrollo.

Existen cuatro dimensiones de la emoción y su interacción entre ellas:

- Componente subjetivo; le da a la emoción su sentimiento, es una experiencia subjetiva que tiene significancia y significado personal o hace sentir a las personas de una forma particular: como irritados o alegres, a nivel subjetivo, tanto en intensidad como en calidad.
- Reacción biológica; incluye la actividad de los sistemas autónomo y hormonal, ya que preparan y regulan la conducta de enfrentamiento adaptativo, moviliza la

energía, la cual alista al cuerpo para adaptarse a cualquier situación que se enfrente.

- Componente Funcional; tiene que ver con cómo una emoción, una vez experimentada, beneficia al individuo.
- Componente Expresivo; es el aspecto comunicativo social de la emoción, mediante posturas, gestos, vocalizaciones y expresiones faciales en particular, nuestras experiencias se expresan y comunican a otros.

Los seres humanos tienen dos sistemas sincrónicos que activan y regulan la emoción. Un sistema es innato, espontáneo, fisiológico y reacciona de manera involuntaria a los estímulos emocionales. El segundo es cognitivo con base en la experiencia y reacciona en forma interpretativa y social. Estos dos sistemas son complementarios y trabajan juntos para activar y regular la experiencia emocional (Buck, 1984).

La emoción sentida durante las tareas de la vida energiza y dirige la conducta en forma óptima para el desarrollo, su función es prepararnos para responder de forma exitosa a las tareas fundamentales de la vida, abarca conceptos y creencias, que quizá se puedan aprender en determinada cultura.

No existe una emoción mala. La alegría no es necesariamente una buena emoción; asimismo, la ira y el miedo no son necesariamente malas emociones (Izard, 1982). Todas las emociones son benéficas, ya que dirigen la atención y canalizan la conducta a donde sea necesario, dadas las circunstancias que se enfrentan, proporcionan una disposición única para responder a una situación particular, sirven para la adaptación (agredir, escapar, buscar comodidad, ayudar a la gente, reproducirse, Plutchik, 2001).

Cuando algunas emociones (ira, hostilidad, tristeza, ansiedad, etc) se presentan en un periodo prolongado, con gran intensidad afectando las relaciones interpersonales, pueden llegar a ser factores de riesgo para desencadenar enfermedades específicas (úlceras, gastritis, enfermedades coronarias, etc) asociadas con deterioro de la salud. Pero no solamente tienen repercusiones en la salud, sino que pueden producir efectos de bloqueo en las personas, como el pánico escénico o quedar paralizado (por ejemplo en la realización de algún deporte).

No se puede definir con exactitud cuántas emociones experimentan los seres humanos, éstas van a depender desde la perspectiva que se aborde, como la Perspectiva Biológica que abarca desde un mínimo de 2 emociones hasta un máximo de 10, basada en un núcleo biológico, en cambio la Perspectiva Cognitiva no plantea un número limitado de emociones, sino que esta perspectiva aborda a las emociones en base a los circuitos neuronales y sus reacciones corporales, plantea que a través de una misma reacción biológica pueden surgir diversas emociones. Los dos sistemas de emoción (biológico y cognitivo) son complementarios y trabajan juntos para activar y regular la experiencia emocional.

1.1.1. PERSPECTIVA BIOLÓGICA

Enfatiza varias emociones primarias, con un límite inferior de dos (Solomon, 1980) o tres (Gray, 1994), hasta un límite superior de diez (Izard, 1991). En la Tabla 1 se muestran algunas propuestas de autores, sobre las que ellos consideran como las principales emociones básicas y su orientación biológica desde la que abordan.

Tabla 1. Emociones Básicas con una orientación biológica

	EMOCIONES	ORIENTACIÓN BIOLÓGICA
Solomon (1980)	* Placer se opone Aversión. * Aversión se contrapone Placer.	Dos sistemas cerebrales hedónicos e inconscientes.
Gray (1994)	* Método conductual (alegría). * Sistema pelear o huir (ira/miedo). * Sistema Inhibidor de conducta (ansiedad).	Basado en circuitos cerebrales separados.
Stein y Trabasso (1992)	* Felicidad (logro). * Ira (obstrucción). * Miedo (Incertidumbre de la meta). * Tristeza (pérdida).	En base a las reacciones que se reflejan hacia los 4 posibles estados de valoración de las metas.
Ekman (1992, 1994)	* Miedo. * Ira. * Tristeza. * Repugnancia. * Goce. * Desprecio.	Estas emociones están asociadas con una expresión facial universal (transcultural) correspondiente.
Plutchik (1980)	* Ira. * Repugnancia. * Tristeza. * Sorpresa. * Miedo. * Aceptación. * Alegría. * Anticipación.	Cada emoción corresponde a uno de ocho síndromes de emoción y conductas comunes a todos los organismos vivientes
Izard (1991)	* Ira. * Miedo. * Aflicción. * Alegría. * Repugnancia. * Sorpresa. * Vergüenza. * Culpa. * Interés. * Desprecio.	Teoría de las emociones diferenciales.

La perspectiva biológica plantea que existe un pequeño número de emociones básicas, éstas son universales para todos los seres humanos (y animales) y son producto de la evolución.

1.1.2. PERSPECTIVA COGNITIVA

La orientación cognoscitiva se fundamentan en la premisa que, las emociones surgen como respuesta a las estructuras significativas de las situaciones dadas; diferentes emociones surgen como respuesta a distintas estructuras de significado (Frijda, 1988).

La actividad cognitiva es un prerrequisito necesario de la emoción (Averill, 1982, 1991, Lazarus, 1984, 1991a, 1991b, Scherer, 1994a, 1994b, Weiner, 1986). Los seres humanos poseen mucho más emociones, que sólo las emociones básicas.

Los teóricos cognitivos afirman que existe un número limitado de circuitos neuronales y reacciones corporales, pero pueden surgir diferentes emociones a partir de la misma reacción biológica. Los seres humanos experimentan una rica diversidad de emociones porque las situaciones se interpretan de manera muy diferente (Shaver y Hazan, 1987) y porque la emoción surge de una mezcla de interpretaciones cognitivas (Lazarus, 1991), lenguaje (Storm y Storm, 1987), conocimiento personal (Linville, 1982), socialización (Kemper, 1987) y cultural (Leavitt y Power, 1989).

La valoración cognitiva individual del significado de un acontecimiento (más que el suceso en sí) establece el escenario para la experiencia emocional. El proceso que genera la emoción comienza con la valoración cognitiva de su significado (Lazarus, 1991a, 1991b).

Esta perspectiva aborda la forma en que las emociones secundarias se adquieren conforme el individuo aprende a interpretar las situaciones de manera diferente, gana experiencia en situaciones emocionales, aprende nuevas palabras de emoción, llega a manejar las expresiones de la emoción y aprende las reglas de despliegue cultural.

El proceso que genera emoción comienza no con el acontecimiento mismo ni con la subsecuente reacción biológica personal, sino con la valoración cognitiva de su significado.

Las experiencias emocionales están incorporadas al lenguaje (Shaver y Hazan, 1987), a las formas de actuar construidas socialmente (Averill, 1982) y a los roles sociales (Heise, 1989).

1.1.3. EMOCIONES BASICAS

Se consideran emociones básicas aquellas que (Ekman y Davidson, 1994):

1. Son innatas más que adquiridas.
2. Surgen en las mismas circunstancias para toda la gente (una pérdida personal hace que todos se sientan tristes, sin importar edad, cultura, etc).
3. Se expresan de manera exclusiva y distintiva (a través de la expresión facial).
4. Evocan un patrón de respuesta fisiológicamente distintivo.

Diferentes autores proponen diferente número de emociones básicas, entre éstas se consideran seis principales: miedo, ira, repugnancia, tristeza, alegría e interés (Ekman, 1992, Ellsworth y Smith, 1988, Izard, 1991, Shaver y Hazan, 1987, Weiner, 1986).

MIEDO: surge con una interpretación del individuo de una situación como potencialmente peligrosa y amenazante. Los peligros y amenazas percibidos pueden ser psicológicos o físicos. Motiva la defensa, funciona como una señal de advertencia para los daños físicos o psicológicos por venir, que se manifiesta en una excitación del sistema nervioso autónomo. Ofrece apoyo motivacional para evitar, huir, aprender nuevas respuestas de enfrentamiento, evitar que la persona se tope con el peligro (en primera instancia).

IRA: es una emoción universal (Averill, 1982). Implica realizar valoraciones de tener algo importante en juego y luego perderlo en una forma inmerecida a manos de un agente externo. Es potencialmente la emoción más peligrosa, ya que su propósito consiste en destruir las barreras del ambiente. La esencia de la ira radica en la creencia de que la situación no es lo que debería ser.

REPUGNANCIA: implica librarse o alejarse de un objeto contaminado, deteriorado o echado a perder. Sólo que lo que dicho objeto es, depende del desarrollo y la cultura

(Rozin, Haidt y McCauley, 1993, Rozin, Lowery y Ebert, 1994). La función de la repugnancia es el rechazo, el individuo rechaza en forma activa y se aleja de ciertos aspectos físicos o psicológicos del ambiente. La gente aprende las conductas de enfrentamiento necesarios para evitar (o crear) condiciones que producen repugnancia.

TRISTEZA: surge sobre todo de experiencias de separación, fracaso y pérdida. Motiva al individuo a iniciar cualquier conducta que sea necesaria para aliviar las circunstancias productoras de aflicción, antes de que ocurra de nuevo. Un aspecto benéfico de la tristeza es que en modo indirecto facilita la cohesión de los grupos sociales (Averrill, 1968). Como la separación de las personas importantes causa tristeza, motiva que la gente permanezca unida con sus seres queridos (Averrill, 1979).

Estas emociones se unifican a través de la amenaza y daño.

AMENAZA Y DAÑO: cuando se anticipan o prevén los malos acontecimientos, sentimos miedo. En el afán por rechazar o combatir la amenaza y el daño, sentimos repugnancia e ira. Una vez que la amenaza o daño ha ocurrido, sentimos tristeza. Como respuesta a la amenaza y el daño, el miedo motiva una conducta de evitación: huir a la amenaza. La repugnancia motiva el rechazo del suceso u objeto malo. La ira motiva la pelea y una contradefensa vigorosa. La tristeza acarrea inactividad y retirada y resulta efectiva cuando a uno le provoca la renuncia a brindar esfuerzos de enfrentamiento en situaciones en las que no puede huir, rechazar o pelear. Todas excepto la ira involucran evitación, en la ira la acción es de acercamiento.

ALEGRÍA: la función de la alegría es bipartita. Por una parte, facilita una buena disposición a involucrarnos en actividades sociales, ya que pocos estímulos sociales son tan poderosos y gratificantes como la sonrisa y la inclusión interpersonal. Un segundo beneficio de la alegría es su función tranquilizadora (Levenson, et al. 1991). La alegría es un sentimiento positivo que hace placentera la vida tiene una forma de deshacer los efectos aflictivos de las emociones.

INTERÉS: es la emoción más común del funcionamiento cotidiano de los seres humanos (Izard, 1991). Surge en aquellas situaciones que involucran las necesidades o el bienestar de la persona (Deci, 1992). El aumento y disminución de éste a menudo implica un desplazamiento de interés desde un suceso, pensamiento o acción hacia otro. Por lo general no perdemos interés, sino que lo encauzamos a otro objeto o acontecimiento. Crea el deseo por explorar, investigar, buscar, manipular, extraer información de los objetos que nos rodean, ser creativos, aprender y desarrollar las competencias y habilidades (Renninger, Hidi y Krapp, 1992).

Estas emociones se unifican a través de la inclusión y la satisfacción motivacional.

INCLUSION Y SATISFACCION MOTIVACIONAL: cuando uno se anticipa y prevé un suceso benéfico, se siente interés conforme se excita el motivo. Una vez que el suceso se materializa y el motivo se satisface, se experimenta alegría (o regocijo). Cuando una tarea o un acontecimiento involucra un motivo, el interés motiva al acercamiento y al comportamiento exploratorio necesario para propiciar el contacto con el suceso que satisfará el motivo. El interés y la alegría son las emociones que regulan el que una persona se sienta completa e involucrada en forma voluntaria con una actividad (Reeve, 1989).

No hay que confundir las emociones con los estados de ánimo, ya que estos surgen por diferentes causas o antecedentes. Las emociones emergen de las situaciones vitales y significativas y de las valoraciones de su significado para nuestro bienestar, funcionan sobre todo para influir la conducta y seleccionar cursos de acción específicos, emanan de sucesos instantáneos que duran segundos o acaso minutos, en cambio los estados de ánimo se presentan por procesos mal definidos y con mucha frecuencia desconocidos (Goldsmith, 1994), funcionan en gran medida para tener influencia en la cognición y lo que piensa la persona (Davidson, 1994), provienen de acontecimientos mentales que duran horas o más.

Gracias a las emociones se produce una activación que nos proporciona la energía necesaria para responder, rápidamente, a un estímulo que atente a nuestro bienestar físico o psicológico, permitiendo así, nuestra supervivencia. Sin embargo las emociones pueden ser también perjudiciales para la salud, influyendo en el desarrollo ciertas enfermedades, perdiendo en este sentido su valor adaptativo.

Una de las formas como influyen los procesos psicológicos en la salud, es a través de las emociones. Tanto las emociones positivas (alegría, optimismo) como las negativas (ira, ansiedad) y el estrés influyen en la salud. Las emociones perturbadoras influyen negativamente en la salud favoreciendo el desarrollo de ciertas enfermedades, ya que hacen más vulnerable el sistema inmunológico, lo que no permite su correcto funcionamiento. Las emociones positivas son un beneficio para nuestra salud, ya que ayudan a soportar las dificultades de una enfermedad y facilitan su recuperación.

1.2. IRA Y HOSTILIDAD

1.2.1. IRA

La ira es una emoción compuesta por sentimientos de variable intensidad, que conlleva una experiencia subjetiva (sentimientos y pensamientos), una activación fisiológica y neuroquímica y un determinado modo de expresión o afrontamiento.

Es una emoción que implica un estado de activación física coexistiendo con actos fantaseados o intencionados y culminando en efectos perjudiciales para otras personas (Kaufman, 1970 citado en Diamond, 1982).

Spielberger y cols. (1983) proponen que la ira es un estado emocional, que consta de sensaciones que varían en intensidad, desde una ligera irritación o enojo hasta una furia y rabia. Distinguen entre estado de ira, como un estado emocional o condición que consta de sensaciones subjetivas de tensión, enojo, irritación, furia o rabia, con activación concomitante o arousal del sistema nervioso autónomo; y rasgo de ira, se refiere a la disposición a experimentar episodios de ira de forma frecuente y/o pronunciada, ya sea por la percepción de un amplio rango de situaciones como provocadoras, por la predisposición a experimentar elevaciones más intensas, o debido a la interacción de ambos factores, son las diferencias individuales en cuanto a la frecuencia con que aparece el estado de ira a lo largo del tiempo.

El componente subjetivo o experiencial de la ira suele ser llamado experiencia de ira; puede variar en intensidad, oscilando desde una irritación leve hasta la furia o rabia. Una variable que influye en la experiencia de ira es la baja tolerancia a la frustración, parece ser que la ira es más intensa cuando la pérdida de aquello que valoramos ocurre inesperadamente, cuando es percibida como excesivamente injusta y cuando compromete cualquier aspecto muy valorado por el individuo. La experiencia de ira subyace a las actitudes hostiles y a las conductas agresivas. La ira incrementa la

probabilidad de que se desencadene una conducta de agresión, a la vez que incrementa también la probabilidad de experimentar y mostrar actitudes hostiles.

Las situaciones que desencadenan la ira están relacionadas con condiciones en las que somos heridos, engañados o traicionados, tienen que ver con un control físico o psicológico en contra de nuestra voluntad o se nos impide alcanzar una meta a la que consideramos que tenemos derecho. La estimulación aversiva (dolor físico, exposición al humo de los cigarrillos, olores fuertes y altas temperaturas) o la falta de un mínimo de estimulación, tales como restricción física o psicológica (Lazarus, 1991).

Johnson (1990) plantea tres estilos diferentes de afrontamiento para disminuir la sensación de ira que son la supresión de la ira (anger-in), la expresión de la ira (anger-out) y el control de la ira (anger-control).

- Supresión de la ira: el sujeto afronta la situación reprimiendo la expresión verbal o física.
- Expresión de la ira: el sujeto manifiesta conductas airadas, verbales o físicas, hacia sujetos y/u objetos, pero con o sin la intención de producir daño a una persona.
- Control de la ira: el sujeto tratará de canalizar su energía emocional y la dirigirá hacia fines más constructivos, para llegar a una resolución positiva del conflicto.

1.2.2. HOSTILIDAD

La hostilidad es considerada como una actitud negativa duradera y penetrante hacia uno mismo o hacia otras personas, que se refleja en un juicio decididamente desfavorable de ella o ellas, implica una actitud social de resentimiento y/o desconfianza que conlleva respuestas verbales o motoras implícitas, este sentimiento se mantiene en el tiempo, lo que conlleva a tener resentimiento, indagación, acritud y animosidad, también se presentan actitudes cínicas acerca de la naturaleza humana en general, pero

en situaciones puntuales puede llegar al rencor y hasta convertirse en violencia. Piensan que las demás personas son generalmente mezquinas, egoístas, deshonestas, antisociales e inmorales.

Con base en las teorías actuales de la ira y la agresión, Barefoot (1992) plantea que en la hostilidad o para las personas hostiles, las demás personas constituyen una fuente de amenaza y tienen intenciones malevolentes con respecto a nosotros y no confían en la bondad de los otros, estimando que es poco probable que éstos cumplan con sus obligaciones y sean agradables y cooperativos sin un propósito determinado. Abarca los componentes; cognitivo (hostilidad), afectivo-emocional (ira) y conductual (agresión).

La hostilidad implica la devaluación de los motivos de los otros, el deseo de oponerse a los demás en el ámbito relacional, llegando incluso al deseo de causarles daño y la creencia de que los seres humanos son fuente de malas obras (Smith, 1994).

Es el resultado de las influencias que puede haber recibido un sujeto por parte de su medio ambiente a lo largo de su vida, ya que el factor genético si actúa, lo hace de modo muy reducido. Los individuos hostiles se caracterizan por hacer evaluaciones negativas de otros, muestran desprecio o disgusto global por muchas personas, esperan lo peor de los demás, están siempre a la defensiva, crean ambientes de tensión y competitividad y perciben al entorno como un espacio de lucha para lograr objetivos.

Las principales características de la hostilidad relativas a sus desencadenantes y procesamientos cognitivos son los siguientes:

La *atribución hostil* se refiere a la percepción de otras personas como amenazantes y tienden a producir reacciones agresivas contra ellas.

Los *desencadenantes de la hostilidad* son la violencia física y el sufrir hostilidad indirecta. La hostilidad se desencadena cuando percibimos o atribuimos en otras personas, hacia nosotros o hacia personas queridas de nuestro entorno, actitudes de irritabilidad, de negativismo, de resentimiento, de recelo o de sospecha.

El *procesamiento cognitivo de la hostilidad* se refiere a como la persona hostil percibe los sucesos antes y después de que ocurran y como los afronta, se produce ante situaciones que suceden lenta y rápidamente, ante las que se posee un cierto grado de predicción. Antes de que ocurra el suceso, la persona hostil ya espera o tiene una idea de las posibles consecuencias que éste suceso traerá, entonces los planes que la persona había previsto quedan obstruidos, lo que provoca que se produzca un grado de urgencia para afrontar tanto el suceso como sus consecuencias. Las personas juzgan o evalúan que las consecuencias de la situación pueden ser controladas o modificadas. Poseen cierto grado de capacidad para afrontar el suceso, por lo tanto pueden adaptarse a la situación.

Los *efectos subjetivos de la hostilidad* implican usualmente sensaciones airadas. El componente afectivo incluye varios estados emocionales como el enojo, el resentimiento, el disgusto o el desprecio. Barefoot (1992) describe el componente subjetivo de la hostilidad como sentimientos negativos hacia otros, y las atribuciones que producen estos sentimientos hacen más probable que la conducta de los demás pueda ser interpretada como amenazante. Hace una distinción entre cinismo y atribuciones hostiles, en el cinismo las creencias negativas son acerca de la naturaleza humana en general, mientras que en las atribuciones hostiles se dirigen a creer que la conducta antagonista de otros está dirigida específicamente hacia uno mismo.

Los *efectos fisiológicos de la hostilidad* los principales cambios en el sistema nervioso autónomo se reflejan en elevaciones de la frecuencia cardiaca, de la presión arterial tanto sistólica como diastólica, del nivel de la conductancia de la piel y reducciones en el volumen sanguíneo y temperatura periférica. Los efectos sobre el

sistema somático se concretan en elevaciones tónicas de la tensión muscular general y aumentos de la frecuencia respiratoria.

El *afrontamiento de la hostilidad* es un estado de humor negativo que se caracteriza por expresiones de irritabilidad.

Uno de los patrones de conducta, de personalidad más peligrosos y que puede causar muerte prematura ocurre en individuos hostiles. Desde el punto de vista psicoanalítico es la falta de liberación de la ira, desde el punto de vista cognoscitivo (conductual-fisiológico) es la reactividad fisiológica y las modificaciones neurohormonales las que dañan el sistema cardiovascular. Las personas se sienten muy irritadas, pero no manifiestan su enojo. Esto aumenta el pulso y la presión arterial, sometiendo al corazón a una tensión tremenda (Bongard, al'Absi y Lovallo, 1998).

1.2.3. RELACION ENTRE IRA Y HOSTILIDAD

Booth-Kewley y Friedman (1987), Matthews (1988), señalan que la ira y la hostilidad son predictores significativos de los trastornos coronarios, con el matiz de que la hostilidad se asocia más frecuentemente con los trastornos coronarios que la ira.

Fernández-Abascal y Palmero (1999) proponen entender a la ira-hostilidad como una unidad en la que cada una de estas manifestaciones son componentes del mismo proceso emocional. El proceso, se inicia con la evaluación (cognición) de un estímulo (percepción) que realiza un sujeto con un determinado estado afectivo, si el estímulo es procesado como un candidato a desencadenar la emoción de ira, entonces la persona experimentará dicha emoción. Así se activa fisiológicamente, se produce una cierta disposición actitudinal hostil (cognición) y se activan tendencias a la acción que eventualmente darán lugar a una forma de afrontamiento, la agresión.

La ira es una emoción en la que se presenta una activación fisiológica con sentimientos de variable intensidad que pueden ir desde una ligera irritación o enojo hasta la furia y rabia, desencadenados por situaciones en las que nos hieren, engañan o traicionan.

La hostilidad es una actitud negativa y duradera hacia uno mismo o hacia otras personas, donde se producen cambios fisiológicos, se caracteriza por el cinismo, la desconfianza y la evaluación negativa de los acontecimientos.

Para explicar con mayor detalle la relación que existe entre la ira-hostilidad-agresión y los efectos que pueden provocar en la salud, se crearon varios modelos que explican esta interacción.

Modelo de la vulnerabilidad psicosocial (Smith & Frohm, 1985), propone que la hostilidad de algunas personas les genera conflictos interpersonales y, en consecuencia, un bajo nivel de apoyo social, lo que constituiría un factor de riesgo para sufrir trastornos cardiovasculares, como consecuencia del perfil psicosocial negativo que los caracteriza: poca cohesión, poco apoyo social y gran cantidad de conflictos interpersonales dentro del ambiente familiar, social y laboral (Barefoot, Dahlstrom y Williams, 1983, citados en García-L. y Reyes del Paso A., 2002). Estas personas experimentan más estresores diarios y más conflictos interpersonales, así como menos satisfacción social (Hardy y Smith, 1988, Smith et al. 1988).

Modelo de vulnerabilidad constitucional, (Krantz y Durel, 1983 y Krantz y Manuck, 1984), explica que los factores de personalidad como la hostilidad y la enfermedad coronaria, no están relacionados casualmente, sino que son coefectos o marcadores de diferencias individuales de tipo constitucional. Esta constitución biológica podría estar relacionada con estructuras del sistema nervioso central responsables de la actividad simpática, de los receptores adrenérgicos y/o de los órganos Diana (corazón, riñón, arterias, ojos, cerebro, Smith, 1992). Krantz y Durel (1983) sugieren la existencia de una

segunda estructura, de tipo cognitivo-actitudinal, que favorece las evaluaciones e interpretaciones típicas de estos sujetos. La interacción entre ambas estructuras sería la que produciría las manifestaciones comportamentales y emocionales del constructo Hostilidad-Ira-Agresión. Esta interacción implicaría un mecanismo de feedback somatopsíquico, relacionado con la percepción, evaluación y procesamiento automático de la reactividad psicofisiológica, a partir del cual dicha actividad autonómica periférica es capaz de influir en la aparición de ira y/o agresión; a su vez, las respuestas emocionales y comportamentales darían como resultado un incremento en la reactividad psicofisiológica.

Modelo de salud conductual (Leiker y Haley, 1988), plantea que las personas hostiles podrían ser más vulnerables que otras al padecimiento de enfermedades en general y, de enfermedades cardiovasculares en particular, debido a sus malos, pobres o inexistentes hábitos de salud. Parece ser que las personas hostiles tienen más problemas que los demás para mantener la adherencia a los regímenes médicos preescritos, lo que es posible que también incremente el riesgo de enfermedades.

Modelo de reactividad psicofisiológica (Williams, Barefoot y Shekelle, 1985) considera a la hostilidad como una causa contribuyente al desarrollo de la enfermedad cardiovascular. Habría un incremento en las respuestas fisiológicas, tanto en intensidad como en cantidad al aumentar la frecuencia de los episodios de ira y encontrarse el individuo en un estado de hipervigilancia ante el entorno social. Otros estudios muestran que la hostilidad está asociada, no sólo con episodios más intensos de reactividad cardiovascular, sino también con una mayor frecuencia, consistencia temporal y tiempo de recuperación de los niveles basales de tales episodios.

Modelo Transaccional (Smith, 1989 y Smith y Pope, 1990) parte de una perspectiva interaccionista y considera que las diferencias individuales en reactividad psicofisiológica representan únicamente uno de los elementos de un complejo sistema interactivo, en el que los factores psicológicos y los situacionales -físicos y sociales-

constituyen los restantes componentes del sistema. Así, las personas hostiles no responderían simplemente a los estresores diarios con episodios mayores, más intensos y duraderos de reactividad cardiovascular y neuroendocrina, sino que, mediante sus pensamientos y acciones, crearían también contactos más frecuentes, severos y duraderos con los estresores. Es probable que el estilo conductual y cognitivo de las personas hostiles elicite y exacerbe los conflictos interpersonales en su vida diaria. Estas personas esperan de los demás lo peor y experimentan constantes rumiaciones cuando se enfadan. Esta tendencia va a provocar fácilmente conductas semejantes en la gente de su entorno, y puede también minar sus fuentes potenciales de apoyo social.

Entre la serie de procesos que se han sugerido como posibles mecanismos en la unión entre ira-hostilidad y salud, la reactividad fisiológica es un elemento común en la mayoría de las proposiciones (Smith y Brown, 1991). Parece ser que las personas hostiles experimentan episodios de ira con más frecuencia y se hallan más a menudo en un estado de vigilancia de su medio ambiente.

1.2.4. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA IRA Y HOSTILIDAD

La Ira y Hostilidad se han medido en psicología mediante diversos métodos: fisiológicos, conductuales, psicométricos. Por estar directamente relacionado con este trabajo se presenta algunos de los principales instrumentos de evaluación:

Entrevista Estructurada de Rosenman (1974), incluye tres dimensiones, potencial de hostilidad, ira hacia adentro y hacia fuera. Este instrumento se construyó con el propósito de medir el Patrón de Conducta Tipo A y el único que no se basa en autoinforme, está constituido por observación y preguntas.

Cuestionario de Agresión desarrollado por Buss y Perry (1992), es una herramienta desarrollada para investigación empírica de los diversos componentes de la

hostilidad: agresión física, agresión verbal, ira (componente emocional) y hostilidad (componente cognitivo).

Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (1957) se utilizó en el campo de la investigación así como en el de la clínica y de la salud. Consta de siete subescalas; asalto o ataque, hostilidad indirecta, irritabilidad, negativismo, resentimiento, sospecha o recelo y hostilidad verbal. Hay una adaptación española del instrumento (Fernández-Abascal, 1994).

Escala de Ira hacia dentro y hacia fuera, desarrollada por Harburg, Blakelock y Roeper (1979) se utiliza para el estudio de los efectos de la ira en la hipertensión. Esta escala consta de una serie de situaciones interpersonales que provocan ira, para cada situación se describe un caso de ataque arbitrario por parte del esposo/a, hijo/a o persona de fuera del medioambiente de la casa, al sujeto se le pide que elija la respuesta alternativa que mejor ilustra "como él se sentiría".

Inventario de Ira-Hostilidad (IIH) desarrollado por Mercado y Cols. (en preparación) el cual ha sido validado y confiabilizado en una muestra mexicana de 1031 personas. Comprende 70 reactivos con contenido cognoscitivo, conductual, psicofisiológicos, fenomenológico y situacional, los cuales se agruparon factorialmente en 7 Factores los cuales explican el 44.6 de la varianza y una confiabilidad valorada mediante el Alfa de Cronbrach de $\alpha=.903$. Estos Factores son: Indicadores Fisiológicos, Falta de Control, Ideología de Poder, Hostilidad, Intolerancia, Victimización y Culpa. Su forma de respuesta es de Falso y Verdadero.

1.3. ANSIEDAD

La ansiedad es una respuesta emocional compleja, que surge de la interacción entre factores individuales y situaciones específicas (Endler y Parker, 1992), tiene su expresión a través de un patrón variable de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras (Lang, 1968).

La ansiedad como fenómeno (subjetivo), consiste en manifestaciones cognitivas y somatofisiológicas (Scharwtz, Davidson y Goleman, 1978). En la categoría cognitiva se presentan pensamientos desagradables, tales como miedos y/o preocupaciones y en lo somático hay signos orgánicos internos (tensión en estómago, taquicardia, palpitaciones, etc.) o externos (sudoración, diarrea, temblor, etc.) asociados con tensión de los sistemas motor o autónomo, implicando un aumento del ritmo respiratorio (Kaplan y Sadock, 1992).

La ansiedad es una manifestación afectiva, en la que puede estar implicada una vivencia, un estado subjetivo o una experiencia interior, que puede ser considerada como emoción. A esto se le añade un estado de activación neurofisiológica (arousal), que consiste en la puesta en marcha de los mecanismos que controlan la vigilancia (fundamentalmente córtico-subcorticales, mediados por la formación reticular). La consecuencia va a ser un estado de alerta (hipervigilancia).

La ansiedad sirve para movilizar las operaciones defensivas del organismo, tiene un papel tan esencial como lo tiene el dolor como instrumento de supervivencia. Además, la ansiedad normal es la base del aprendizaje y de la motivación para evitar el sufrimiento. La ansiedad normal es menos acentuada, más ligera y no implica la reducción de la libertad personal.

La ansiedad se puede presentar de las siguientes maneras:

- Ansiedad reactiva o exógena: es motivada por estímulos externos, en relación con un suceso o una anticipación de algo; puede ser normal y servir para enfrentarse a una situación o anormal y dificultar la adaptación.
- Ansiedad endógena: es aparentemente inmotivada, surge sin razón o causa comprensible, como una manifestación del carácter de la persona, es excesiva y poco o nada adaptativa.
- Ansiedad generalizada: es una ansiedad continua, más o menos estable, fluctuante en intensidad pero permanente en tiempo y en la mayoría de las situaciones.
- Crisis de ansiedad: es una ansiedad que se manifiesta en períodos breves de inicio súbito e interrupción rápida.

La ansiedad se puede diferenciar entre rasgo y estado. El estado de ansiedad se refiere a la ansiedad momentánea o situacional de la persona, es una respuesta de miedo más inmediata cuya intensidad varía con el tiempo y de un escenario a otro. El rasgo de ansiedad, al contrario, se refiere a un nivel de ansiedad global, más estable, es una disposición a la preocupación a estar tenso y a interpretar las situaciones estresantes como cargadas de amenaza.

El aumento o la disminución de la ansiedad tiene que ver con la elaboración individual de la información que al sujeto le llega. Las condiciones son impuestas por la emisión de esas señales de temor y por la recepción de las mismas.

La ansiedad es siempre un estado de alerta del organismo que produce un sentimiento indefinido de inseguridad. Por ello, la amenaza se sitúa en dos planos inmediatos: el físico y el psíquico.

La manera como respondemos a la ansiedad está influenciada por factores cognitivos personales (autopercepción) y otros de interacción social (relación), que incluyen la expresión del propio sentimiento ansioso y las dificultades para sentirse comprendido y aceptado por los demás.

La ansiedad es adaptativa, ya que ayuda a enfrentarse (si su intensidad no es excesiva) a ciertos requerimientos y exigencias concretos de la vida. Todos los procesos de activación ansiosa o estresante tienen un objetivo fundamental: preparar al organismo para la acción.

La ansiedad se presenta en situaciones adaptativas, pero también surge después de traumas, entonces esta ansiedad se interpretaría con base en los principios del condicionamiento.

La Ley de Yerkes-Dobson, 1908 (citada en De Carlo, 1997) explica como el aumento de la ansiedad ante determinado problema, aumenta también la eficacia y rendimiento de la respuesta en un principio. Por ejemplo, ante un examen o una entrevista se presta mayor atención al estudio o los contenidos que pueden tener mayor importancia, se está "motivado" (ansiedad normal) mejorando el rendimiento. Al aumentar esa ansiedad normal o motivación se llega a un nivel óptimo en la relación ansiedad-eficacia, pero a partir de aquí cualquier aumento, por mínimo que sea, genera una disminución muy rápida del rendimiento. De esta forma se puede llegar a una eficacia nula, como cuando la persona se queda con la mente en blanco o se bloquea en la acción. Si este estado se mantiene aun en ausencia de demandas exteriores es cuando hablamos de ansiedad patológica, que puede configurar un trastorno psiquiátrico con características propias o asociarse a otro gran número de trastornos.

Puesto que algunas personas consideran a la ansiedad como aversiva, la gente trata de reducirla o evitarla. Cuando el suceso peligroso es externo como un ataque, la ansiedad se alivia mediante el simple escape o alguna otra forma de resolución del

problema (como solicitar auxilio). A su vez, la reducción del estado de ansiedad refuerza las formas de conducta que provocan alivio. En consecuencia, se refuerzan las actividades que dan por resultado una escapatoria o evasión eficaces. El refuerzo de las conductas de escape eficaces, puede ser vital en el mismo grado en que se aprende a escapar con mayor facilidad de situaciones peligrosas futuras, pero también se aprende a anticipar y evitar.

La ansiedad excesiva puede afectar a la persona, ya que ejerce una influencia negativa sobre los procesos de atención (McNally, 1998), repercute negativamente, sobre los procesos relacionados con la interpretación y el juicio (Calvo, Eysenck y Castillo, 1997), y disminuye el funcionamiento general en los procesos de memoria (Lang y Craske, 1997).

La ansiedad puede ser normal o patológica. Es normal cuando la ansiedad es una respuesta a algo que nos sucede, el hecho de sentirla supone que nos interesamos por el problema, tratamos de resolverlo, nos preparamos para ello, movilizamos nuestros recursos, etc. Pero se vuelve patológica cuando la ansiedad, más que ayudar dificulta el rendimiento, ya que provoca sufrimiento y no sirve para resolver las causas que la motivan, está acompañada siempre de descensos de rendimiento, tanto en el plano intelectual como en el psicomotor, en las relaciones personales o en el trabajo, en la toma de decisiones o en la vida sexual.

1.3.1. INVENTARIOS DE ANSIEDAD

Durante el transcurso del tiempo se han elaborado diversos instrumentos para la evaluación de la ansiedad, como los cuestionarios, inventarios y escalas. A continuación se mencionan solamente algunos de los instrumentos para medir la ansiedad:

Cuestionario de Ansiedad Cognitiva-Somática (Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire, CSAQ) Schwartz et al., (1978). Está la versión española de Sandín y

Chorot (1990a). El cuestionario consta de 14 ítems, de los cuales 7 son de índole cognitivo (subescala cognitiva) y 7 de tipo somático (subescala somática). Se contesta en una escala tipo Likert graduada de 1 a 5.

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (Anxiety Sensitivity Index, ASI Peterson y Reiss, 1987). Existe la versión española de Sandín y Chorot (1990b.). El cuestionario está constituido por 16 ítems y pretende medir el miedo a los síntomas de ansiedad. Cada ítem expresa una creencia acerca de las consecuencias negativas de la experiencia de los síntomas de ansiedad. Se contesta en una escala tipo Likert de 5 puntos.

Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI (State-Trait Anxiety Inventory, STAI Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Es un inventario de autoevaluación de la ansiedad como estado transitorio (Ansiedad Estado) y como rasgo latente (Ansiedad Rasgo). Consta de 40 ítems, los cuales son contestados en una escala tipo Likert.

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, I.S.R.A., (Tobal y Vindel, 1986), es un inventario en formato Situación-Respuesta, destinado a evaluar la frecuencia con que se manifiestan una serie de respuestas cognitivas (pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc.), fisiológicas (diversos índices de activación del S.N.A. y S.N.C.) y motoras (varios índices de agitación motora) de ansiedad ante distintas situaciones (de evaluación, interpersonales, fóbicas y de la vida cotidiana). Consta de 224 ítems los cuales se contestan en una escala tipo Likert.

Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (TMAS) creada por Janet Taylor en 1953. Esta prueba se originó a partir del MMPI y constaba de 50 reactivos. Se tomó como base la versión traducida y adaptada por el Dr. Gustavo Fernández. Se tradujo para esta investigación el reactivo "I am a high-strung person" como dos reactivos para la versión en español: "tengo la tendencia a tomar las cosas a pecho" y "soy muy enérgico". Fue validado y confiabilizado (Mercado y cols. en preparación) en una muestra mexicana de 1075 personas. Después de someterse a pruebas de discriminabilidad de reactivos

quedaron 28 los cuales fueron agrupados factorialmente en 5 Factores: Desesperanza, Preocupaciones, Dispersión, Sensibilidad y Miedo, con un Alfa de Cronbach de $\alpha=.90$. Su forma de respuesta es de Falso y Verdadero sin límite de tiempo.

1.4. DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno afectivo con un conjunto característico de síntomas físicos y emocionales, caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas.

El término depresión se utiliza a menudo para designar un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognoscitivas y de la conducta que no se presenta como un trastorno psiquiátrico definido. En esos casos es considerado como un síndrome, o conjunto de síntomas.

La depresión es uno de los problemas emocionales más generalizados, ya que proviene de diversas causas.

No hay que confundir la depresión con el desamparo aprendido, ambas comparten una etiología en común: las creencias de control personal negativas que emanan de un estilo atributivo pesimista. Difieren en que la depresión es un concepto más amplio que el desamparo, ya que ésta incluye causas y síntomas bioquímicos, somáticos, psicodinámicos, emocionales y cognitivos que no necesariamente están asociados con el desamparo aprendido.

Entre más desesperanzada se sienta la gente en una situación, más probable es que se sienta deprimida (Foster y Gallagher, 1986).

No existe una teoría única que explique por sí sola las causas de la depresión. Una línea de investigación sugiere que la depresión tiene una base hereditaria (U.S. Dep. of Health and Human Services, 1981) y en su explicación hace hincapié en la relación con la estructura química del cuerpo. La teoría sugiere que la depresión es ocasionada por la insensibilidad de los receptores del cerebro a las monoaminas

(sustancias que funcionan como neurotransmisores), lo que tiene como consecuencia que la transmisión de impulsos nerviosos se demore (Garver y Zelman, 1986).

Otra teoría afirma que la depresión se relaciona con condiciones médicas o de salud. Las personas ancianas con problemas médicos parecen correr riesgo particularmente alto de desarrollar desordenes depresivos. En ocasiones, una condición médica precipita la depresión; otras veces, los síntomas médicos imitan a la depresión.

La teoría del aprendizaje enfatiza que la conducta depresiva es aprendida y que puede empezar en el momento en que una pérdida o un suceso estresante producen una depresión temporal. Cuando una persona está deprimida, sus amigos y familiares se muestran ansiosos, depresivos y hostiles en su presencia, lo que hace que la persona los evite, lo que a su vez refuerza la conducta depresiva. La persona deprimida comienza a sentir que nada de lo que haga puede obtener reforzamiento social, por lo que se aleja aún más de la actividad y continúa en la espiral descendente. Más aún, la gente depresiva tiende a ser pesimista, agorera constante de tragedias o desastres para la cual nada bueno puede suceder.

Los teóricos cognoscitivos sugieren que lo importante en relación con la depresión es la interpretación que la gente haga de una situación, es decir, su reacción no se basa sólo en la situación, sino en la evaluación que haga de la misma. Estas personas pueden generalizar en exceso y utilizar etiquetas inexactas, para luego responder a las etiquetas y no a la situación real. Diversas investigaciones indican que los pensamientos negativos persistentes tienen un impacto definitivo sobre la depresión (Nacoste y Wise, 1991).

Las teorías psicodinámicas de la depresión hacen hincapié en que las reacciones excesivas a los sucesos se basan en experiencias vividas en la infancia temprana. De modo que la depresión prolongada que sigue a la muerte de una persona cercana a

menudo se relaciona con sentimientos de culpa por problemas anteriores con esa persona.

Las teorías existenciales-humanistas de la depresión proponen la idea de que ésta es ocasionada por tensión y preocupación excesivas, así como por la pérdida de autoestima (Keith 1987, Roberts y Monroe, 1992). Se ha vinculado con la depresión a los problemas persistentes y perturbadores en la relación matrimonial (Coyné 1987, Heim y Snyder, 1991, Whisman y Jacobson, 1989), factores como la pérdida de empleo, del cónyuge (Breckenridge, Gallagher, Thompson y Peterson, 1986), del estatus social o de dinero, ocasionan ansiedad y disminuyen la autoestima.

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información.

Para Beck (citado en Sanz, 1993), en las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta en una retirada persistente del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de retirada.

La depresión se puede definir por sus siguientes características:

1. Una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, sensación de soledad, apatía.
2. Un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autorreproches y autoinculpación.
3. Deseos regresivos y de autocastigo: deseo de escapar, esconderse o morir.

4. Trastornos vegetativos: anorexia, insomnio, disminución de la libido.
5. Cambios en el nivel de actividad: retardo o agitación.

La depresión se caracteriza en general por una sensación de tristeza, melancolía, desaliento, acompañados de indiferencia, apatía y un decrecimiento de la estima de sí mismo, tal vez con sentimiento de fracaso y de insignificancia, entre otros. Las personas en diversos grados se pueden retraer de los objetos y se concentran en sí mismos, se sienten apáticos y embotados, solos e indeseados, sin ningún deseo para estar con los demás. Las relaciones personales y laborales no le satisfacen, tienen una carencia de energía y ningún incentivo particular los logra sacar de ese estado. Algunos se pueden sentir ligeramente molestos, irritables, ansiosos o culpables. Con frecuencia la tristeza y los temores aparecen vagos y hasta cierto punto incomprensibles, sin poderlos atribuir a circunstancias determinadas o a causas bien definidas. La intensidad y duración de estas experiencias puede variar; pueden ser ligeras y durar muy poco, o profundas y duraderas.

Roth y Tucker (1986) proponen que la depresión se da por una atención excesivamente autofocalizada en uno mismo, como resultado del fallo en los sistemas preceptuales, realzando la información negativa hacia uno mismo y minimizando la información positiva. Se tiene una visión negativa del yo, del mundo y del futuro, provocando la reducción del interés por los estímulos externos.

Durante la depresión están activados una serie de esquemas (formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen. Estos esquemas suelen adquirirse en la infancia, pero pueden permanecer latentes (inactivos) y activarse cuando el sujeto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron. Estos esquemas que procesan información de carácter negativo están más activos que aquellos que se usan para procesar información positiva, ya que está operando un modo constrictivo por medio del cual el individuo se retira de los acontecimientos y conserva energía en respuesta a una negatividad que lo invade todo.

Así, en la depresión se atiende selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras que se ignora o minimiza la información positiva; los errores y fallos se personalizan y sus efectos negativos se exageran y sobregeneralizan.

Los sujetos depresivos exhiben más actitudes excesivamente perfeccionistas acerca de sí mismo, más actitudes inapropiadas para determinar las vulnerabilidades o debilidades caracterológicas de uno, y más actitudes de dependencia (Clark, Beck y Stewart, 1990; Sanz y Avia, 1993).

La depresión en particular tiende a dañar la salud, la conducta, las relaciones interpersonales. Los que se sienten deprimidos hacen menos ejercicio, comen mal, duermen poco, no usan los cinturones de seguridad de su automóvil, fuman más, etc. (Allgower, Wardle y Steptoe, 2001).

Existen algunos estresores que pueden provocar la depresión entre ellos se encuentran: pérdida de la pareja, el desempleo, el fracaso académico consistente, relativo a estándares objetivos o personales, la denigración y la vergüenza social, las dificultades interpersonales más complejas, que incluyen conflictos con la familia, la pobreza, la mala salud y muchas otras dificultades personales.

Las dificultades en las interacciones sociales y las habilidades interpersonales pueden ser desencadenantes para la depresión, pero a su vez la depresión puede dificultar estas interacciones y habilidades.

1.4.1. INVENTARIOS DE DEPRESIÓN

La depresión ha sido estudiada desde tiempos muy remotos, por la importancia que tiene sobre la salud, por eso fue indispensable diseñar instrumentos que la midieran con el objetivo de detectarla a tiempo. A continuación se mencionan solamente algunos Inventarios para medir la Depresión.

Escala de Depresión de Hamilton (12 EDH) consta de 17 ítems que evalúan el estado depresivo, síntomas vegetativos y cognitivos de depresión, y síntomas de ansiedad comórbida. Este cuestionario ha sido validado y contrastado con otros tests para evaluar su utilidad y concordancia, su correlación oscila entre 0.8 y 0.9 y tiene una sensibilidad del 85% de detección de depresión en población general y en el área clínica.

Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE) elaborado por Alonso-Fernández en 1988, es un cuestionario para el diagnóstico, clasificación y seguimiento de Depresión. Establece una estructura del estado depresivo en cuatro dimensiones: Humor depresivo, Anergia o vaciamiento energético, Discomunicación o Falta de Sociabilidad y Ritmopatía o distorsión de los ritmos biopsíquicos. Consta de 63 ítems los cuales son de respuesta libre.

Test de Depresión (D) elaborado por Ruth Axelrod Praes en 1990, el cual se validó y confiabilizó en una muestra mexicana de 1090 sujetos pertenecientes a tres niveles socio-económicos (alto, medio y bajo). La prueba consta de una lista de 62 adjetivos que describen aspectos depresivos, los cuales obtuvieron un Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.94$. Su forma de respuesta fue de tipo Likert con 10 opciones que iban de 1 (nada) hasta 10 (mucho). Esta prueba se reestructuró con fines de investigación por

Mercado y Cols. (en preparación) como lista de verificación que contenía 65 adjetivos y cuya respuesta consistía únicamente en marcar como se sentían las personas en ese momento. Se aplicó un análisis de varianza con rotación varimax en el que se obtuvieron 6 Factores que agruparon 44 reactivos los cuales explicaron el 29.04% de la varianza, el Alfa de Cronbach fue de $\alpha = 0.938$.

1.5. RELACION ENTRE IRA-HOSTILIDAD, ANSIEDAD Y DEPRESION

La ira, hostilidad y ansiedad se consideran emociones que cumplen funciones adaptativas para el ser humano, pero cuando estas emociones se presentan con mayor intensidad, o por un periodo prolongado de tiempo o aparecen ante estímulos o situaciones que no son específicas para estimular su presentación, dejan de ser adaptativas y se vuelven perjudiciales para la salud.

Debido a la importancia que tienen la ira-hostilidad, ansiedad y depresión en el ser humano, han sido de interés para diversas disciplinas investigarlas desde tiempos muy remotos y también ha habido interés en saber si se relacionan o son independientes, se ha encontrado que estas pueden estar relacionadas, ya sea desencadenando enfermedades, o provocando agravamientos en las enfermedades.

Diversas investigaciones han estudiado la relación y la influencia que pueden tener la ira-hostilidad, ansiedad y depresión en el agravamiento de algunas enfermedades o de dolor crónico, pero también pueden ser factores para que las personas sean más propensas a sufrir algún tipo de enfermedad.

Tanto la ansiedad como la depresión se han considerado como factores que pueden producir un agravamiento en problemas de dolor crónico. Este agravamiento se ve producido, principalmente, por la actitud pasiva, disminución de la atención, la reducción de la actividad general, la adopción del rol de enfermo, de incapacitado, etc. Todos estos cambios afectan negativamente al paciente en general, y también dificulta seriamente la solución del problema del dolor crónico.

Otra emoción que suele estar asociada con la valoración cognitiva del dolor, es la ira. Algunos autores (Berkowitz, 1990) consideran que la respuesta natural al dolor es la

ira. La ira se va a expresar mediante rasgos o factores de predisposición como la hostilidad, o más comportamentalmente mediante la agresión.

Las relaciones recíprocas entre la ansiedad y la hostilidad son tan estrechas, que una puede conducir inevitablemente a la otra. Por ejemplo, una persona ansiosa, al tratar de hallar remedio o justificación para sus sentimientos, puede desembocar en una conducta hostil. La hostilidad, tal vez le resulte satisfactoria a un individuo ansioso, pues quizás piense que está haciendo algo para solucionar su problema. Si encuentra un chivo expiatorio, tal vez se vuelva iracundo y lo culpe de todo lo malo que le sucede para paliar o justificar su ansiedad. La hostilidad a menudo conduce a la ansiedad, ya que los actos o los pensamientos hostiles son inaceptables tanto para la sociedad como para el individuo mismo. En un determinado momento, el sujeto puede perder el control conforme aumentan los efectos de la interacción entre ansiedad y hostilidad. La hostilidad puede ser manifiesta y oculta, puede estar dirigida a los demás o hacia uno mismo. Tanto la hostilidad como la ansiedad, pueden tener su origen en la falta de habilidad para enfrentar problemas; y en cualquier situación en la que el individuo es incapaz de salir adelante, en particular si se prolonga mucho tiempo, se vuelve en potencia capaz de producir ansiedad y hostilidad.

La depresión, ansiedad y la hostilidad han demostrado estar asociados al riesgo de enfermedad coronaria y de eventos adversos tras un episodio coronario agudo. Existen múltiples hipótesis que explican esta asociación: el incremento de la reactividad plaquetaria, pobre adherencia al tratamiento o el incremento de la aterogénesis.

Además de los factores de riesgo (úlceras, dolor de cabeza, problemas cardiovasculares, agravamiento de enfermedades, etc.) que pueden provocar la ira-hostilidad, ansiedad y depresión, algunas personas son más propensas a enfermarse. Siempre están deprimidos, sufren ansiedad, son hostiles Lawler et al. (1999), Taylor et al. (2000).

1.6. CICLO DE VIDA

El ser humano nace inmaduro y mediante un largo proceso de maduración alcanza el desarrollo de sus potencialidades. El proceso que depende de la dotación genética y las oportunidades ambientales, es responsable del resultado del desarrollo.

El desarrollo humano se refiere al cambio y la estabilidad a lo largo de la vida, va a estar influenciado por lo que sucedió en periodos anteriores y afectará lo que está por acontecer, también lo influyen el contexto histórico y social, el equilibrio entre el crecimiento y el deterioro, la plasticidad en el desempeño. La vida siempre está marcada por hitos del desarrollo, es decir, hechos sobresalientes, marcas o puntos críticos en el desarrollo personal.

Aunque las personas atraviesan por las mismas secuencias generales de desarrollo, existen numerosas diferencias individuales en la duración y la presentación de los cambios, pero otras son comunes a determinados grupos de edad, generaciones o personas que viven o se crearon en sociedades y culturas particulares.

El desarrollo está sujeto a muchas influencias: las características con que las personas nacen, más los efectos de la experiencia que tienen. Algunas de éstas son exclusivamente personales, mientras que otras son comunes a determinados grupos de edad, generaciones o personas que viven o se crearon en sociedades y culturas particulares. El comportamiento y el estilo de vida personal también influyen en su desarrollo.

Se ha estudiado el desarrollo clasificando diferentes etapas de vida con características específicas, una clasificación es: infancia, adolescencia, adultez joven, madurez y senectud, se propone que las transiciones entre etapas producen crisis y que al resolverse ya crean mayor desarrollo.

1.6.1. ADOLESCENCIA

La adolescencia es el periodo durante el cual el individuo hace esfuerzos reales para separarse de grupos de personas de otras edades. Finaliza cuando el individuo alcanza su madurez emocional y social, y cuando ha cumplido con la experiencia, capacidad y voluntad requeridas para escoger entre una amplia gama de actividades y asumir el papel de adulto.

Esta etapa representa un periodo de prueba importante ya que los individuos intentan determinar lo que es único y especial respecto a su persona. Tratan de descubrir quiénes son, cuáles son sus fortalezas y qué tipo de papeles podrían desempeñar mejor el resto de su vida, su identidad.

Al adolescente se le ha descrito como emocional, sumamente voluble, egocéntrico, conservador, estereotipado, inestable, perfeccionista, sensible, con necesidades de recompensas frecuentes e inmediatas, tiene inconsciencia o indiferencia hacia las cosas y sucesos que no están relacionados con su propia personalidad, tiene poco contacto con la realidad y son incapaces de la autocrítica. Esta etapa tiene características distintivas de impulso, intensidad, afecto y formas de ser y variaciones en el comportamiento.

Se presentan diferentes cambios, ya que es un periodo muy difícil porque el niño deja de ser niño, se tiene que enfrentar a un mundo donde la situación se va tornando cada vez más de adulto y no cuenta con la experiencia necesaria para enfrentarlo, sufre porque no tiene una opinión de sí mismo estable, sino que todavía está en formación, por eso examina constantemente la realidad, sin saber cuál será la respuesta o hasta qué grado la realidad confirmará o negará el débil concepto de sí mismo que se ha creado hasta ese momento.

La adolescencia es un proceso de desarrollo que puede ser generador de ansiedad, cuyas funciones esenciales son perder la inocencia infantil y lograr una separación personal de las necesidades sociales y de las aspiraciones de la familia (Barnett, 1970 citado en Horrocks, 1999).

Las preocupaciones y la ansiedad están muy relacionadas con el temor, pero surgen de situaciones desagradables que pueden ser imaginarias o reales (Moore, Jensen y Hauck, 1990). La persona imagina las cosas terribles que podrían suceder y que en muchas ocasiones no ocurren, por lo que la preocupación ha sido innecesaria. Sienten ansiedad al preocuparse por asuntos relacionados con la escuela, la familia, la vocación, el empleo, las relaciones sociales, dinero, el futuro en general, el matrimonio, el sexo, el sobre peso, etc.

También se puede producir estrés como resultado de los cambios que demandan las relaciones interpersonales y la imagen de sí mismo. Estos dos cambios son los que producen más estrés y ambos exigen bastante esfuerzo psicológico (Levy, 1969).

Pueden presentar hostilidad, o mantenerse oculta, o manifestarse en la rebelión cotidiana en contra de la autoridad de los adultos. Todas estas conductas producen ansiedad, ya sea oculta o manifiesta. Parece ser que con la adquisición de mayor experiencia y seguridad en uno mismo, y de conductas de enfrentamiento más adecuadas, disminuye la necesidad de ser hostil, con la consiguiente disminución de ansiedad. Cuanto más joven y menos experimentado sea un adolescente, más probable será que el ambiente le produzca ansiedad (Count, 1967).

Pueden tratar de expresar su hostilidad en actividades físicas como el trabajo o los deportes; otras veces refrenan sus sentimientos, pero se convierten en personas resentidas, retraídas o malhumoradas. En muchas ocasiones expresan su ira por medio de la agresión verbal (Kubany, Richard, Bauer y Muraoka, 1992); otras veces su ira se

expresa en actos de violencia contra objetos inanimados, ellos mismos o los demás. Los estímulos que les provocan ira suelen ser principalmente de tipo social.

Siempre que se genera una ira excesiva e incontrolable y que no se expresa de manera socialmente constructiva, toma formas impulsivas, irracionales y destructivas, convirtiendo al adolescente en una amenaza (Hart, 1990). La ira que se convierte en violencia destructiva usualmente se genera por la exposición de la persona a relaciones negativas, repetidas y duraderas, con los demás.

La depresión se presenta con más frecuencia en la adolescencia que en la niñez y tiene mucho más incidencia en las niñas que en los niños (Culertson, 1997).

1.6.2. ADULTEZ JOVEN

Los cambios que se operan en el pensamiento adulto pueden provenir de diversos factores entre ellos pueden estar los socioculturales, las operaciones intelectuales. Los factores culturales e históricos inciden de modo especial en cada generación de adultos.

Tienen mejor salud, sufren menos enfermedades agudas y todavía no conocen los problemas propios de la madurez. Se encuentran en la plenitud del desarrollo biológico. La madurez cognoscitiva del adulto está marcada por el desarrollo de las destrezas autónomas de toma de decisiones.

En esta etapa tienen que tomar muchas responsabilidades. Las tareas propias de la edad tienen que ver con el mundo social (pareja, trabajo, hijos, etc.). Hay construcción y establecimiento de un estilo de vida, se organiza la vida de forma práctica, se llevan a cabo propósitos. También hay mucha exploración y aprendizaje (no todos los roles que se asumen son definitivos).

Surge una tendencia por dominar el mundo real, intentan alcanzar sus logros (buscan la competencia), tratan de buscar una buena relación y comunicación interpersonal, el trabajo y el amor son la esencia de su vida, toman decisiones importantes y por lo general buscan una relación duradera que culmine en matrimonio, están estables ya que están en su máximo funcionamiento lo que provoca que se sientan seguros. Esta sensación de dominio se manifiesta en un sentimiento de autonomía, lo que permite utilizar las energías de forma más eficiente.

Perciben la satisfacción personal que se deriva del trabajo y no desean perderla. Los trabajadores tratan de conseguir una posición permanente en la profesión que eligieron. En los primeros años a veces hay algunos cambios de trabajo y profesión, pero la carrera tiende a estabilizarse en la segunda mitad de esta etapa. Estos suelen ser los años más creativos de la vida laboral.

Los rasgos de personalidad y los estilos se hacen relativamente estables, pero los cambios en la personalidad pueden ser influidos por las etapas y los acontecimientos de la vida. Las transformaciones se dan al nivel de los nuevos roles que se viven: ser padres, en lo laboral, en el matrimonio (asumir un compromiso).

1.6.3. MADUREZ

La madurez es un periodo de transición, una especie de puente entre dos generaciones, se reflexiona sobre la propia vida y se hace una valoración de lo realizado. La transición puede causar estrés o ser dolorosa desde el punto de vista psicológico, pero comparte alguna forma de crecimiento y desarrollo.

En lugar de centrar su visión de la vida en el futuro, comienzan a formularse preguntas relacionadas con sus logros pasados, califican lo que han hecho y lo enriquecedor que ha sido para ellos lograrlo. Se dan cuenta de que no lograrán hacer todo lo que querían antes de que terminen su vida. Por lo general se tornan más

tolerantes hacia las demás personas y hacia su vida, interesándose menos en asuntos o problemas que antes les preocupaban. Empiezan a aceptar la idea de que la muerte es inevitable y tratan de entender sus logros relacionándolos con un sentido más amplio de la vida (Gould, 1978).

Los trabajadores se centran en conservar la posición que se han labrado durante la etapa de establecimiento. Los empleados se hayan en un punto máximo de su carrera. Empiezan a prestar atención y a dedicar tiempo a sus responsabilidades cívicas y sociales relacionadas con el trabajo.

En algunas ocasiones el resultado de la evaluación que las personas hacen de su vida es negativo, por lo que suelen caer en lo que se ha denominado popularmente la crisis de la mitad de la vida (o crisis de los cuarenta). A la vez que enfrentan muestras de deterioro físico, se dan cuenta de que sus carreras ya no progresarán en forma considerable en el futuro. Aun cuando hayan escalado a la altura que aspiraban, la satisfacción extraída de sus logros no es tanta como habían pensado. Al voltear hacia atrás, también pueden sentirse motivadas para tratar de definir lo que hicieron mal y la forma en que pueden solucionar esa insatisfacción.

Se ha descubierto que en la mayor parte de los casos, el cambio a la adultez intermedia es relativamente agradable y algunos psicólogos del desarrollo dudan que la mayoría de las personas tengan una crisis de la mitad de la vida (Whitbourne, 1986, Kruger, 1994). Casi todas las personas de 40 años ven su vida y éxitos bastante positivos como para que su transición ocurra en forma tranquila, a la vez que la fase de los 40 hasta los 50 es un periodo particularmente satisfactorio en la vida. Se comienzan a concentrar en el presente, y la relación con su familia, los amigos y otros grupos sociales toman una nueva importancia. El crecimiento esencial en cuanto al desarrollo en este periodo de la vida es aprender a aceptar que la suerte está echada y que uno debe hacer las paces con sus propias circunstancias.

Para unas cuantas mujeres la menopausia es tan difícil como la adolescencia y algunas sufren ansiedad, irritabilidad o depresión. Para los hombres la andropausia puede causar síntomas de fatiga, depresión, insomnio y obesidad.

A los 50 años llega el momento en que el ser humano ha de comenzar a dialogar con la muerte de tú a tú. En las otras etapas de la vida la muerte es siempre un accidente; a partir de los 50 la muerte comienza a perfilarse como el término inevitable de un camino recorrido.

1.6.4. TERCERA EDAD

El envejecimiento es universal e inevitable. Es algo que le sucede a todos los sistemas corporales, incluso bajo óptimas circunstancias genéticas y ambientales. Esta década marca el inicio de una transición decisiva. Casi todos los adultos deben adaptarse a una nueva estructura de papeles, en un intento por afrontar las pérdidas y ganancias de su vida. Disminuyen los ingresos; los amigos y colegas empiezan a desaparecer.

En esta fase de tanta importancia en la vida del ser humano, las personas de la tercera edad deben de enfrentarse con una de las realidades más dolorosas y ansiógenas: la concerniente al problema del envejecimiento y de los aspectos sociales ligados al mismo, la crisis de identidad y la muerte ineludible (Grinberg, 1978).

El darse cuenta repentinamente que se ha llegado a la vejez puede representar una tensión precipitadora para algunos, así como el recuerdo de tensiones anteriores puede llegar a ser una fuente de preocupación, al igual que la previsión de las tensiones futuras.

Aparece una angustia o preocupación obsesionante por la posibilidad futura de tener que cambiar drásticamente su acostumbrado estilo de vida, también se preocupan

por el temor a envejecer, ya que van a tener que depender en lo económico, lo físico, o en ambos aspectos, de sus hijos adultos jóvenes, de algún pariente o de una institución pública.

La naturaleza del trabajo se modifica para que se adecue al deterioro de lo mental y lo físico. Con el tiempo termina toda actividad laboral. El patrón de duelo que acompaña a la pérdida involuntaria del empleo empieza con el choque inicial y la incredulidad; luego aparecerán la ira, la protesta y otras manifestaciones de desahogo psíquico. Viene luego la depresión, soledad y problemas físicos.

Algunas personas durante esta etapa pueden pasar por una crisis o comienzan a sugestionarse con sus problemas. Algunos pueden llegar a sufrir de problemas y malestares en la edad madura sin saber qué los causa. A otros parece agradales el dramatizar sus problemas y a ellos mismos con etiquetas comunes como "crisis" o demasiada "tensión".

Krassouvitich (1993) afirma que el anciano puede sentirse disgustado y culpable por su dependencia y se torna hostil al entorno, pero otras veces, revierte su hostilidad contra sí mismo y entra en depresión.

La depresión es el desorden funcional más común en este lapso de vida (Ponterotto, Pace y Kavan, 1989) y se presenta en diferentes grados (Steuer, Bank, Olsen y Jarvik, 1980). Los episodios depresivos mayores son caracterizados por una pérdida de interés y placer en casi todas sus actividades. La persona se siente triste, sin esperanza, abandonada a su suerte e irritable y ese estado de ánimo es dominante y persistente. Está acompañada por melancolía es particularmente frecuente en la vejez, y es común que se presente en mujeres posmenopáusicas.

El ser humano atraviesa por diferentes etapas durante el ciclo de su vida, pasando por periodos de transición que pueden provocar o no, una inestabilidad emocional en la persona.

Algunos adolescentes pasan por un periodo de inestabilidad emocional, pueden tener lapsos de ansiedad, ira, hostilidad, estrés, depresión entre otras, debido a que ésta es una etapa de autodescubrimiento y van dejando de ser niños para tomar responsabilidades de adulto, pero conforme van alcanzando su madurez pasan a la adultez joven, aquí ya no sienten tantos temores, se van volviendo más estables, ya que buscan alcanzar sus logros y toman decisiones más de adulto, llegando así a la madurez, las personas comienzan a reflexionar sobre su propia vida, algunas la valoran como positiva, pero otras la valoran como negativa y pueden llegar a pasar por la crisis de los 40 años, al terminar esta etapa pasan a la tercera edad, donde se desarrollan una variedad de cambios, lo que les puede provocar tensión, angustia, preocupación, confusión, depresión, hostilidad, debido a que comienzan a darse cuenta que están envejeciendo, tienen que cambiar su estilo de vida, comienzan a pensar en su propia muerte, el hecho de pensar que pueden depender de algún familiar o institución.

Los cambios que se producen a lo largo de la vida no se producen necesariamente en todas las personas, algunas van a pasar por crisis otras no, todo va a depender de diversos factores uno de ellos puede ser la madurez que tenga la persona para enfrentar las situaciones, la cultura, el estatus socioeconómico, el apoyo familiar, pero sin importar los cambios que se sufren a lo largo de la vida, lo importante es saber como afrontarlos.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo General

El objetivo de la investigación es conocer si existe alguna relación entre la Ira-Hostilidad, la Ansiedad Manifiesta y la Depresión y observar si existen diferencias en el perfil cronológico.

2.2.2. Objetivo Específico

Determinar en el perfil cronológico en cual de los 5 rangos de edad está más presente la Ira-Hostilidad, la Ansiedad Manifiesta y la Depresión.

2.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Existe relación entre la Ira-Hostilidad, la Ansiedad Manifiesta y la Depresión?.
- ¿Existen diferencias entre la Ira-Hostilidad, la Ansiedad Manifiesta y la Depresión en los diferentes rangos de edad?.

2.4. HIPÓTESIS

1. Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la variable Hostilidad e Ira en los diferentes rangos de edad.

H₁. Existen diferencias estadísticamente significativas en la variable Hostilidad e Ira en los diferentes rangos de edad.

2. Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la variable Ansiedad Manifiesta en los diferentes rangos de edad.

- H₁. Existen diferencias estadísticamente significativas en la variable Ansiedad Manifiesta en los diferentes rangos de edad.
3. Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la variable Depresión en los diferentes rangos de edad.
H₁. Existen diferencias estadísticamente significativas en la variable Depresión en los diferentes rangos de edad.
4. Ho. No existe relación entre la variable Ira-Hostilidad y Ansiedad.
H₁. Existe relación entre la variable Ira-Hostilidad y Ansiedad.
5. Ho. No existe relación entre la variable Ira-Hostilidad y Depresión.
H₁. Existe relación entre la variable Ira-Hostilidad y Depresión.
6. Ho. No existe relación entre la variable Ansiedad y Depresión.
H₁. Existe relación entre la variable Ansiedad y Depresión.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Variables Dependientes:

IRA-HOSTILIDAD

Puntajes obtenidos por los participantes en los Factores del Inventario de Ira y Hostilidad.

Factor 1 Indicadores Fisiológicos.

Factor 2 Falta de Control.

Factor 3 Ideología de Poder.
Factor 4 Hostilidad.
Factor 5 Intolerancia/Exigencia.
Factor 6 Victimización.
Factor 7 Culpa.
Calificación Total de Ira-Hostilidad.

ANSIEDAD

Puntajes obtenidos por los participantes en los Factores del Test de Ansiedad Manifiesta.

Factor 1 Desesperanza.
Factor 2 Inquietud.
Factor 3 Dispersión.
Factor 4 Sensibilidad.
Factor 5 Anticipación.
Calificación Total de Ansiedad Manifiesta.

DEPRESIÓN

Puntajes obtenidos por los participantes en los Factores del Test de Depresión.
Factor 1 Autoevaluación.
Factor 2 Anhedonia.
Factor 3 Desmotivación
Factor 4 Decepción.
Factor 5 Irritabilidad.
Factor 6 Apatía.
Calificación Total de Depresión.

2.5.2. Variables Clasificadoras:

Edad.

- 13 – 20 años
- 21 – 30 años
- 31 – 40 años
- 41 – 50 años
- 51 – 83 años

2.5.3. Definiciones Conceptuales de las Variables

Ira

Es un estado emocional, que consta de sensaciones que varían en intensidad, desde la ligera irritación o enojo hasta la furia y rabia (Spielberger y cols. 1983), conlleva una experiencia subjetiva (sentimientos y pensamientos), una activación fisiológica y neuroquímica y un determinado modo de expresión o afrontamiento.

Hostilidad

Es una actitud que implica la devaluación de los motivos, el deseo de oponerse a los demás en el ámbito relacional, llegando incluso al deseo de causarles daño y la creencia de que los seres humanos son fuente de malas obras (Smith, 1994).

Indicadores fisiológicos

Respuestas fisiológicas desencadenadas por el acto de enojarse. La mayoría son de tipo autónomo.

Falta de control

Reacción impulsiva ante una situación y sus efectos sobre la atención, la actividad simbólica y la conductual.

Ideología de poder

Conjunto de creencias, actitudes mediadoras en la emoción de la ira. Justifican el comportamiento de imposición, control y venganza.

Hostilidad

Actitud negativa hacia los otros que se puede manifestar o no en las interacciones sociales. Incluye desagrado, desconfianza, rencor, baja tolerancia a la crítica y tendencia a dañar a la otra persona.

Intolerancia/Exigencia

Perfeccionismo y exigencia inflexibles sobre la ejecución de los otros en situaciones de interacción. Provoca baja tolerancia a la convivencia, falta de aceptación del otro y de sus ideas y crítica exacerbada.

Victimización

Gran sensibilidad a las acciones de los otros, que provoca que la persona se sienta agredida, injustamente tratada y atacada por los que la rodean.

Culpa

Creencia o seguridad de que se ha infringido una norma social o un principio ético y de que se merece un castigo. Creencia de merecimiento de castigo.

Ansiedad

Es una respuesta emocional, que consiste en manifestaciones cognitivas y somatofisiológicas (Scharwtz, Davidson y Goleman, 1978), se presentan pensamientos desagradables, como miedos y preocupaciones, presentan signos orgánicos internos (tensión en estómago, taquicardia, palpitaciones, etc.) o externos (sudoración, diarrea, temblor, etc.) asociados a tensión de los sistemas motor o autónomo.

Desesperanza

Creencia de que no se dispone de habilidades para resolver o enfrentar las situaciones de peligro, acompañada de fatiga y autodevaluación.

Inquietud

Preocupación desmedida ante algún evento que se evalúa como adverso o potencialmente adverso, acompañada de activación fisiológica y cognoscitiva que afecta algún aspecto del desempeño cotidiano.

Dispersión

Dificultad para focalizar la atención y concentrarse en actividades cotidianas.

Sensibilidad

Capacidad de percibir, sentir y emocionarse más intensamente que la mayoría de las personas.

Anticipación

Previsión de consecuencias inconvenientes.

Depresión

Es un trastorno afectivo con un conjunto característico de síntomas físicos y emocionales, caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas.

Autodevaluación

Juicio de menosprecio hacia sí mismo.

Anhedonia

Desolación afectiva asociada con la imposibilidad de disfrutar la vida.

Desmotivación

Falta de energía e interés en las actividades cotidianas.

Decepción

Sentimientos abatimiento personal. Contrariedad por algo que no responde a las expectativas.

Irritabilidad

Actitud negativa. Tendencia a reaccionar negativamente con facilidad.

Apatía

Falta de vigor o energía.

2.5.4. Definiciones Operacionales de las Variables

Edad

Se midió a través de las respuestas obtenidas por los sujetos en la Hoja de Datos Generales.

Inventario de Ira-Hostilidad

Respuestas obtenidas por los sujetos en el Inventario de Ira-Hostilidad.

Test de Ansiedad Manifiesta

Respuestas obtenidas por los sujetos en el Test de Ansiedad Manifiesta.

Test de Depresión

Respuestas obtenidas por los sujetos en el Test de Depresión.

CAPÍTULO II. PLAN DE INVESTIGACIÓN

2.1. JUSTIFICACIÓN

Gracias a las emociones se produce una activación que nos proporciona la energía necesaria para responder, rápidamente, a un estímulo que atente contra nuestro bienestar físico o psicológico, permitiendo así, nuestra supervivencia.

Las emociones juegan un papel muy importante en el desarrollo de la vida, ya que cumplen el papel de ser adaptativas, pero cuando algunas emociones consideradas negativas se presentan con mayor intensidad o frecuencia, pueden llegar a ser perjudiciales para la salud, porque provocan cambios tanto fisiológicos, como cognitivos y conductuales.

(Existe una relación entre mente y cuerpo y la falta de equilibrio en uno de ellos, afecta el equilibrio y el buen funcionamiento del otro). Varias investigaciones han demostrado que las emociones perturbadoras son malas para la salud. Se descubrió que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad, cinismo o suspicacias implacables, tenían el doble de riesgo de contraer una enfermedad, incluidas asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos. Esta magnitud hace que las emociones perturbadoras sean un factor de riesgo para los problemas cardíacos, es decir, una importante amenaza a la salud (Goleman, 1996).

Si las emociones varían de acuerdo con la edad, la presente investigación se ha desarrollado con el fin de describir como se presentan la ira-hostilidad, la ansiedad manifiesta y la depresión en diferentes etapas de la vida, para encontrar en que edades están más presentes estas características. Además de la importancia de conocer la relación que existe entre la ira-hostilidad, la ansiedad y la depresión, ya que se ha demostrado que están asociadas con el riesgo de padecer alguna enfermedad coronaria.

La información que se obtenga podrá usarse con el fin de crear en un futuro modelos de prevención, ya que se ha descubierto que la hostilidad, la ansiedad y la depresión pueden ser factores de riesgo para sufrir alguna enfermedad cardiovascular, pero también provocan un descenso en el sistema inmunológico, y en algunos casos pueden agravar ciertas enfermedades o agudizar dolores crónicos.

Además se trata de conocer qué población es la más propensa a que presente estas emociones con una mayor intensidad y en un periodo prolongado de tiempo, afectando así su salud, sus relaciones interpersonales y su vida.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo General

El objetivo de la investigación es conocer si existe alguna relación entre la Ira-Hostilidad, la Ansiedad Manifiesta y la Depresión y observar si existen diferencias en el perfil cronológico.

2.2.2. Objetivo Específico

Determinar en el perfil cronológico en cual de los 5 rangos de edad está más presente la Ira-Hostilidad, la Ansiedad Manifiesta y la Depresión.

2.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Existe relación entre la Ira-Hostilidad, la Ansiedad Manifiesta y la Depresión?.
- ¿Existen diferencias entre la Ira-Hostilidad, la Ansiedad Manifiesta y la Depresión en los diferentes rangos de edad?.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo General

El objetivo de la investigación es conocer si existe alguna relación entre la Ira-Hostilidad, la Ansiedad Manifiesta y la Depresión y observar si existen diferencias en el perfil cronológico.

2.2.2. Objetivo Específico

Determinar en el perfil cronológico en cual de los 5 rangos de edad está más presente la Ira-Hostilidad, la Ansiedad Manifiesta y la Depresión.

2.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Existe relación entre la Ira-Hostilidad, la Ansiedad Manifiesta y la Depresión?.
- ¿Existen diferencias entre la Ira-Hostilidad, la Ansiedad Manifiesta y la Depresión en los diferentes rangos de edad?.

2.4. HIPÓTESIS

1. Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la variable Hostilidad e Ira en los diferentes rangos de edad.

H₁. Existen diferencias estadísticamente significativas en la variable Hostilidad e Ira en los diferentes rangos de edad.

2. Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la variable Ansiedad Manifiesta en los diferentes rangos de edad.

- H₁. Existen diferencias estadísticamente significativas en la variable Ansiedad Manifiesta en los diferentes rangos de edad.
3. Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la variable Depresión en los diferentes rangos de edad.
H₁. Existen diferencias estadísticamente significativas en la variable Depresión en los diferentes rangos de edad.
4. Ho. No existe relación entre la variable Ira-Hostilidad y Ansiedad.
H₁. Existe relación entre la variable Ira-Hostilidad y Ansiedad.
5. Ho. No existe relación entre la variable Ira-Hostilidad y Depresión.
H₁. Existe relación entre la variable Ira-Hostilidad y Depresión.
6. Ho. No existe relación entre la variable Ansiedad y Depresión.
H₁. Existe relación entre la variable Ansiedad y Depresión.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Variables Dependientes:

IRA-HOSTILIDAD

Puntajes obtenidos por los participantes en los Factores del Inventario de Ira y Hostilidad.

Factor 1 Indicadores Fisiológicos.

Factor 2 Falta de Control.

Factor 3 Ideología de Poder.
Factor 4 Hostilidad.
Factor 5 Intolerancia/Exigencia.
Factor 6 Victimización.
Factor 7 Culpa.
Calificación Total de Ira-Hostilidad.

ANSIEDAD

Puntajes obtenidos por los participantes en los Factores del Test de Ansiedad Manifiesta.

Factor 1 Desesperanza.
Factor 2 Inquietud.
Factor 3 Dispersión.
Factor 4 Sensibilidad.
Factor 5 Anticipación.
Calificación Total de Ansiedad Manifiesta.

DEPRESIÓN

Puntajes obtenidos por los participantes en los Factores del Test de Depresión.
Factor 1 Autoevaluación.
Factor 2 Anhedonia.
Factor 3 Desmotivación
Factor 4 Decepción.
Factor 5 Irritabilidad.
Factor 6 Apatía.
Calificación Total de Depresión.

2.5.2. Variables Clasificadoras:

Edad.

- 13 – 20 años
- 21 – 30 años
- 31 – 40 años
- 41 – 50 años
- 51 – 83 años

2.5.3. Definiciones Conceptuales de las Variables

Ira

Es un estado emocional, que consta de sensaciones que varían en intensidad, desde la ligera irritación o enojo hasta la furia y rabia (Spielberger y cols. 1983), conlleva una experiencia subjetiva (sentimientos y pensamientos), una activación fisiológica y neuroquímica y un determinado modo de expresión o afrontamiento.

Hostilidad

Es una actitud que implica la devaluación de los motivos, el deseo de oponerse a los demás en el ámbito relacional, llegando incluso al deseo de causarles daño y la creencia de que los seres humanos son fuente de malas obras (Smith, 1994).

Indicadores fisiológicos

Respuestas fisiológicas desencadenadas por el acto de enojarse. La mayoría son de tipo autónomo.

Falta de control

Reacción impulsiva ante una situación y sus efectos sobre la atención, la actividad simbólica y la conductual.

Ideología de poder

Conjunto de creencias, actitudes mediadoras en la emoción de la ira. Justifican el comportamiento de imposición, control y venganza.

Hostilidad

Actitud negativa hacia los otros que se puede manifestar o no en las interacciones sociales. Incluye desagrado, desconfianza, rencor, baja tolerancia a la crítica y tendencia a dañar a la otra persona.

Intolerancia/Exigencia

Perfeccionismo y exigencia inflexibles sobre la ejecución de los otros en situaciones de interacción. Provoca baja tolerancia a la convivencia, falta de aceptación del otro y de sus ideas y crítica exacerbada.

Victimización

Gran sensibilidad a las acciones de los otros, que provoca que la persona se sienta agredida, injustamente tratada y atacada por los que la rodean.

Culpa

Creencia o seguridad de que se ha infringido una norma social o un principio ético y de que se merece un castigo. Creencia de merecimiento de castigo.

Ansiedad

Es una respuesta emocional, que consiste en manifestaciones cognitivas y somatofisiológicas (Scharwtz, Davidson y Goleman, 1978), se presentan pensamientos desagradables, como miedos y preocupaciones, presentan signos orgánicos internos (tensión en estómago, taquicardia, palpitaciones, etc.) o externos (sudoración, diarrea, temblor, etc.) asociados a tensión de los sistemas motor o autónomo.

Desesperanza

Creencia de que no se dispone de habilidades para resolver o enfrentar las situaciones de peligro, acompañada de fatiga y autodevaluación.

Inquietud

Preocupación desmedida ante algún evento que se evalúa como adverso o potencialmente adverso, acompañada de activación fisiológica y cognoscitiva que afecta algún aspecto del desempeño cotidiano.

Dispersión

Dificultad para focalizar la atención y concentrarse en actividades cotidianas.

Sensibilidad

Capacidad de percibir, sentir y emocionarse más intensamente que la mayoría de las personas.

Anticipación

Previsión de consecuencias inconvenientes.

Depresión

Es un trastorno afectivo con un conjunto característico de síntomas físicos y emocionales, caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas.

Autodevaluación

Juicio de menosprecio hacia sí mismo.

Anhedonia

Desolación afectiva asociada con la imposibilidad de disfrutar la vida.

Desmotivación

Falta de energía e interés en las actividades cotidianas.

Decepción

Sentimientos abatimiento personal. Contrariedad por algo que no responde a las expectativas.

Irritabilidad

Actitud negativa. Tendencia a reaccionar negativamente con facilidad.

Apatía

Falta de vigor o energía.

2.5.4. Definiciones Operacionales de las Variables

Edad

Se midió a través de las respuestas obtenidas por los sujetos en la Hoja de Datos Generales.

Inventario de Ira-Hostilidad

Respuestas obtenidas por los sujetos en el Inventario de Ira-Hostilidad.

Test de Ansiedad Manifiesta

Respuestas obtenidas por los sujetos en el Test de Ansiedad Manifiesta.

Test de Depresión

Respuestas obtenidas por los sujetos en el Test de Depresión.

CAPITULO III. MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio correlacional, exploratorio, descriptivo, ya que no se manipularon variables, se realizó un análisis de las variables ya existentes en la muestra para observar la posible relación entre las variables.

3.2. MUESTREO

El muestreo es no probabilístico, accidental o por conveniencia, ya que la selección de los sujetos no depende de la probabilidad o del azar, sino que se seleccionaron 973 participantes de diferentes instituciones.

3.3. SUJETOS

La muestra estuvo integrada por 973 personas, de las cuales 411 son trabajadores de nivel técnico y administrativo del estado de Hidalgo, 112 son amas de casa del estado de Hidalgo, 336 son estudiantes de los primeros semestres de las carreras de Psicología e Ingeniería en la Universidad Nacional Autónoma de México, 22 son jubilados o desempleados, 58 son personas que reciben ayuda asistencial en una institución en la ciudad de Cuernavaca y 34 son trabajadores en el D. F.

La muestra está formada por 440 hombres, 525 mujeres y 8 omitieron su respuesta. El nivel de escolaridad fue diverso, desde los que no contaban con algún tipo de educación hasta los que tienen Posgrado.

Las edades se dividieron en 5 rangos:

Rango 1 de los 13-20 años (271 sujetos).

Rango 2 de los 21-30 años (251 sujetos).

Rango 3 de los 31-40 años (177 sujetos).

Rango 4 de los 41–50 años (162 sujetos).

Rango 5 de los 51–83 años (86 sujetos).

3.4. INSTRUMENTOS

*** HOJA DE DATOS GENERALES**

Se elaboró para recabar información acerca de sus datos personales incluyendo; nombre, edad, lugar de residencia, estado civil, ocupación, posición socioeconómica y enfermedades padecidas.

*** INVENTARIO DE IRA-HOSTILIDAD**

Se aplicó el Inventario de Hostilidad (IIH) desarrollado por Mercado y Cols. (en preparación) validado y confiabilizado en una muestra mexicana de 1031 personas. Comprende 70 reactivos los cuales fueron agrupados factorialmente en 7 Factores los cuales explican el 29% de la varianza y una confiabilidad valorada mediante el Alfa de Cronbach de $\alpha=.903$. Estos Factores son: Indicadores Fisiológicos, Falta de Control, Ideología de Poder, Hostilidad, Intolerancia/Exigencia, Victimización y Culpa. Su forma de respuesta es Falso y Verdadero sin límite de tiempo.

*** TEST DE ANSIEDAD MANIFIESTA**

Se aplicó una versión de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (TMAS) creada por Janet Taylor en 1953. Esta prueba se originó a partir del MMPI y constaba de 50 reactivos. Se tradujo el reactivo "I am a high-strung person" como dos reactivos para la versión en español: "tengo la tendencia a tomar las cosas a pecho" y "soy muy enérgico", así se tomó como base la versión traducida y adaptada por el Dr. Gustavo Fernández. Fue validado y confiabilizado por Mercado y Cols. (en preparación) en una muestra mexicana de 1075 personas. Consta de 26 reactivos los cuales fueron agrupados factorialmente en 5 Factores los cuales explican el 28% de la varianza y una confiabilidad valorada mediante el Alfa de Cronbach de $\alpha=.900$ Estos Factores son:

Desesperanza, Inquietud, Dispersión, Sensibilidad y Anticipación. Su forma de respuesta es Falso y Verdadero sin límite de tiempo.

*TEST DE DEPRESIÓN

Se aplicó la versión del Test de Depresión (D) elaborado por Ruth Axelrod Praes en 1990, el cual se validó y confiabilizó en una muestra mexicana de 1090 sujetos pertenecientes a tres niveles socio-económicos (alto, medio y bajo). La prueba original consta de una lista de 62 adjetivos diferentes los cuales obtuvieron un Alfa de Cronbach de $\alpha=.94$. Su forma de respuesta fue de tipo Likert con 10 opciones que iban de 1 (nada) hasta 10 (mucho). Esta prueba se reestructuró con fines de investigación por Mercado y cols. (en preparación) como lista de verificación que contiene 65 adjetivos y cuya respuesta consiste en marcar como se sentían las personas en el momento. Se aplicó un análisis factorial con rotación varimax el cual arrojó 6 Factores que agruparon 44 reactivos los cuales explicaron el 29.04% de la varianza, el Alfa de Cronbach fue de $\alpha=.938$. Estos Factores son: Autodevaluación, Anhedonia, Desmotivación, Decepción, Irritabilidad y Apatía. Se aplicó una versión que incluyó únicamente los 44 reactivos que mostraron validez factorial en la investigación de Mercado y Cols.

3.5. PROCEDIMIENTO

Se solicitó la colaboración de varias instituciones para la aplicación de los instrumentos de investigación que se llevo a cabo en: la Facultad de Psicología y en la Facultad de Ingeniería de la UNAM, la Institución Asistencial en la ciudad de Cuernavaca y servicios médicos de la ciudad de Hidalgo. Todas estas aplicaciones fueron grupales con aproximadamente 30 personas.

Las instrucciones fueron descritas en forma sencilla, para la comprensión de todas las personas, se proporcionó un cuadernillo que incluía una Hoja de Datos Generales, el Inventario de Ira-Hostilidad, el Test de Ansiedad Manifiesta y el Test de Depresión, los cuales se les solicitó que contestaran.

Para los Inventarios de Ira-Hostilidad y Ansiedad Manifiesta se les dijo que a continuación se les presentaran una serie de oraciones, las cuales tenían que contestar con Falso o Verdadero si estaban de acuerdo con la oración, todas en base a como ellos pensarán, se les pidió que contestaran honestamente, ya que todos los resultados iban a ser confidenciales y que no dejaran ninguna respuesta sin contestar. Se les indicó que no se precipitaran al contestar, ya que estas pruebas eran sin límite de tiempo.

Para el Test de Depresión se les indicó que a continuación había una lista de palabras las cuales hacían referencia a diversos estados de ánimos y se les pidió que marcaran con una "X" el adjetivo que ellos pensarán que describiría mejor su estado de ánimo en ese momento, se les informó que si tenían alguna duda sobre algún adjetivo nosotros se la aclararíamos y que era sin límite de tiempo.

CAPITULO IV. RESULTADOS

Este capítulo se divide en dos secciones, en la primera parte se presentan los resultados del Análisis de Varianza Simple con Contrastes de Scheffé, en la segunda parte se presentan las Correlaciones entre las pruebas de Ira-Hostilidad, Ansiedad Manifiesta y Depresión y las Calificaciones Totales de las Pruebas de Ira-Hostilidad, Ansiedad Manifiesta y Depresión.

Los resultados se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 12.

Se creó una base de datos con las respuestas a cada uno de los reactivos de cada uno de los sujetos. Se sometieron a un análisis de frecuencia para determinar su calidad discriminatoria aquellos reactivos que fueron respondidos con más del 85% en solo una de las respuestas, se eliminaron del análisis ya que se consideraron éstas como respuestas estereotipadas. Se calificaron los factores que componen cada prueba y se obtuvo un índice de Ira-Hostilidad, uno de Ansiedad Manifiesta y uno de Depresión para cada sujeto. De esta manera se dispuso de 21 variables dependientes a analizar. Siete factores y una Calificación Total del Inventario de Ira-Hostilidad, cinco factores y una Calificación Total del Test de Ansiedad Manifiesta y seis factores y una Calificación Total del Test de Depresión.

Se aplicó un análisis de varianza con contraste de Scheffé de una vía sobre cada una de las variables dependientes, la variable clasificatoria fue edad con 5 categorías.

Para conocer la posible relación entre el Inventario de Ira-Hostilidad, el Test de Ansiedad Manifiesta y el Test de Depresión, se intercorrelacionó con el método de Spearman cada uno de los factores y calificación total de cada una de las pruebas.

4.1. DIFERENCIAS POR EDAD

Para someter a prueba si existían diferencias entre los diferentes grupos de edad se comparó mediante un Análisis de Varianza Simple con Contrastes (Scheffé) los indicadores de cada uno de los Factores y la Calificación Total de las pruebas del Inventario de Ira-Hostilidad, Test de Ansiedad Manifiesta y Test de Depresión.

Los resultados se presentan en 3 apartados: el primero para el Inventario de Ira-Hostilidad, el segundo para el Test de Ansiedad Manifiesta y el tercero para el Test de Depresión. En todos los casos se presentan Tablas que incluyen el nombre del Factor, las medias de las edades, el valor de F , su probabilidad, el contraste entre medias de edad, las diferencias entre medias por edad y su probabilidad, se acompaña cada Tabla de su representación gráfica.

4.1.1. INVENTARIO DE IRA-HOSTILIDAD

Se presentan los resultados del análisis de varianza simple de los siete factores del inventario de Ira-Hostilidad: Indicadores Fisiológicos, Falta de control, Ideología de Poder, Hostilidad, Intolerancia/Exigencia, Victimización, Culpa y Calificación Total.

En la Tabla 2 y figura 1 se observa que la Calificación Total del Inventario de Ira-Hostilidad produjo diferencias significativas debidas al factor edad con una probabilidad de **.000**. En el contraste entre edades la Calificación Total, mostró ($F=7.21$ con $gl=946$) diferencias debidas a las edades: 13-20 a 51-83 ($p=.009$), 21-30 a 51-83 ($p=.019$), 31-40 a 51-83 ($p=.000$) y 41-50 a 51-83 ($p=.000$). En la figura 1 se observa que el grupo de edad de 51-83 años, presenta la puntuación más alta de Ira-Hostilidad, seguida por las edades de 21-30 años y 13-20 años. Las edades de 31 a 50 años son las que obtienen los menores índices de Ira-Hostilidad

Tabla 2. Resultados del Análisis de Varianza de Calificación Total y Contrastes de Scheffé.

Factor	Edad	\bar{x}	gl	F	p	Contraste de Edades		Diferencias de \bar{x} edad	p
Calificación Total	13 – 20	2.67	1,946	7.21	.000	13-20	51-83	-5.30	.009
	21 – 30	2.70				21-30	51-83	-4.97	.019
	31 – 40	2.43				31-40	51-83	-7.67	.000
	41 – 50	2.50				41-50	51-83	-6.96	.000
	51 - 83	3.20							

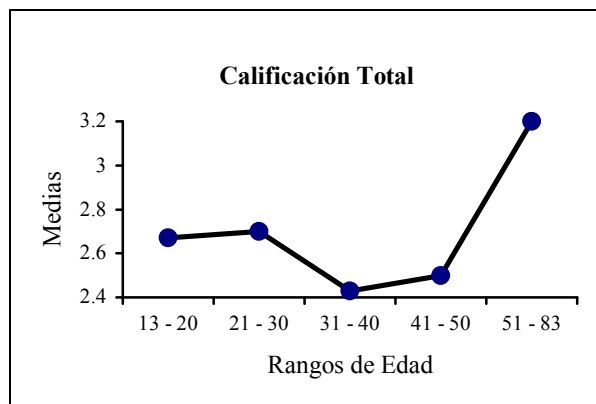


Figura 1. Medias Calificación Total por edad.

En la Tabla 3 y figuras 2 y 3 se observa que los Factores Indicadores Fisiológicos y Falta de Control produjeron diferencias significativas debidas al factor edad, con una probabilidad de **.002** y **.023**. En el contraste entre edades solamente el Factor Indicadores Fisiológicos, mostró diferencias debidas a las edades: 21-30 a 51-83 ($p=.034$), 31-40 a 51-83 ($p=.018$) y 41-50 a 51-83 ($p=.006$). En las figuras 2 y 3 se observa que el rango de edad de 51-83 años, presenta la puntuación más alta de Indicadores Fisiológicos y Falta de Control. El grupo de 21-30 años ocupa el segundo lugar y los grupos de 31-40 y 41-50 años son los que obtuvieron las calificaciones más bajas

Tabla 3. Resultados de los Análisis de Varianza de Indicadores Fisiológicos, Falta de Control y Contrastes de Scheffé.

Factor	Edad	\bar{x}	F	p	Contraste de Edades		Diferencias de \bar{x} edad	p
Indicadores Fisiológicos	13 – 20	4.42	4.32	.002	21-30	51-83	-1.50	.034
	21 – 30	4.07				31-40	51-83	-1.69
	31 – 40	3.88			41-50		51-83	-1.88
	41 – 50	3.69						
	51 – 83	5.56						
Falta de Control	13 – 20	3.61	2.85	.023				
	21 – 30	3.34						
	31 – 40	2.89						
	41 – 50	3.22						
	51 - 83	3.84						

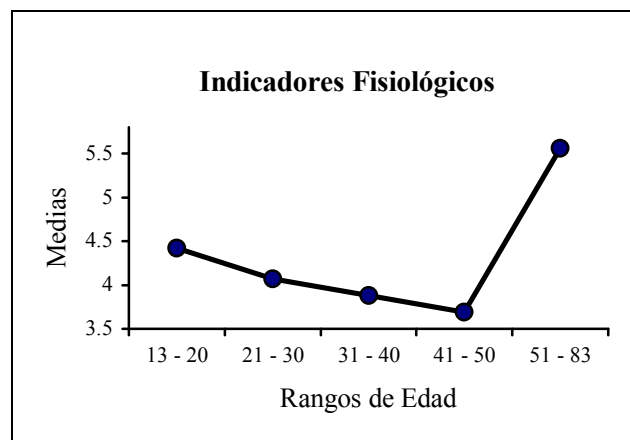


Figura 2. Medias Factor Indicadores Fisiológicos por edad.

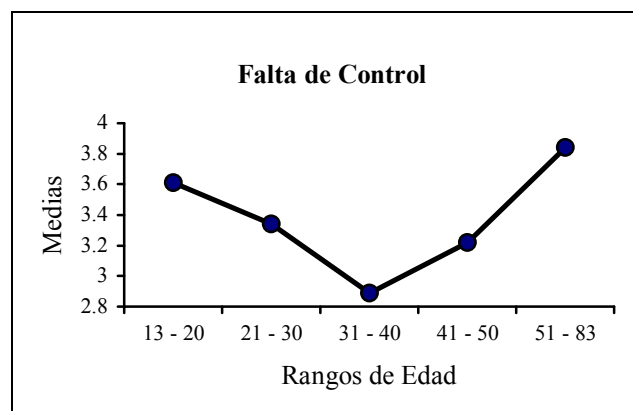


Figura 3. Medias Factor Falta de Control por edad.

En la Tabla 4 y figuras 4 y 5 se observan los resultados de los Factores Ideología de Poder y Hostilidad, ambos produjeron diferencias significativas debidas al factor edad con una probabilidad de **.000** y **.009**. En el contraste entre edades solamente el Factor Ideología de Poder, mostró diferencias debidas a las edades: 13-20 a 31-40 ($p=.001$),

21-30 a 31-40 ($p=.000$), 21-30 a 41-50 ($p=.015.$), 31-40 a 51-83 ($p=.000$) y 41-50 a 51-83 ($p=.001$). En las figuras 4 y 5 se observa que el grupo de edad de 51-83 años, presenta la puntuación más alta de Ideología de Poder y Hostilidad, seguidas por las edades de 21-30 años. Los grupos más bajos son de 31-40 y 41-50 años.

Tabla 4. Resultados de los Análisis de Varianza de Ideología de Poder, Hostilidad y Contrastes de Scheffé.

Factor	Edad	\bar{x}	F	p	Contraste de Edades		Diferencias de \bar{x} edad	p
Ideología de Poder	13 - 20	2.98	12.11	.000	13-20	31-40	.99	.001
	21 - 30	3.18			21-30	31-40	1.19	.000
	31 - 40	1.99			21-30	41-50	.82	.015
	41 - 50	2.36			31-40	51-83	-1.70	.000
	51 - 83	3.69			41-50	51-83	-1.33	.001
Hostilidad	13 - 20	3.09	3.42	.009				
	21 - 30	3.29						
	31 - 40	2.77						
	41 - 50	2.67						
	51 - 83	3.41						

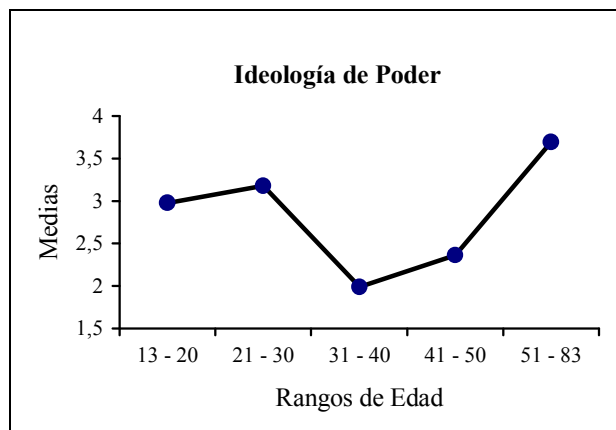


Figura 4. Medias Factor Ideología de Poder por edad.

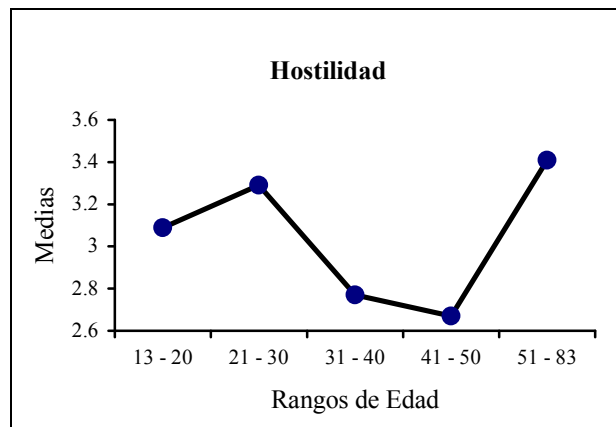


Figura 5. Medias Factor Hostilidad por edad.

En la Tabla 5 y figuras 6 y 7 se observa que los Factores Intolerancia/Exigencia y Culpa produjeron diferencias significativas debidas al factor edad, con una probabilidad de **.001** y **.000**. En el contraste entre edades los Factores Intolerancia, y Culpa mostraron diferencias debidas a las edades: Intolerancia 13-20 a 51-83 ($p=.003$), Culpa 13-20 a 31-40 ($p=.002$), 13-20 a 41-50 ($p=.001$), 13-20 a 51-83 ($p=.000$) y 21-30 a 51-83 ($p=.002$). En las figuras 6 y 7 se observa que el grupo de edad de 51-83 años, presenta la puntuación más alta de Intolerancia/Exigencia y Culpa. En ambos casos se va aumentando linealmente con la edad.

Tabla 5. Resultados de los Análisis de Varianza de Intolerancia, Culpa y Contrastes de Scheffé.

Factor	Edad	\bar{x}	F	p	Contraste de Edades		Diferencias de \bar{x} edad	p
Intolerancia/Exigencia	13 – 20	5.20	4.59	.001	13-20	51-83	-1.19	.003
	21 – 30	5.70						
	31 – 40	5.70						
	41 – 50	5.81						
	51 – 83	6.39						
Culpa	13 – 20	1.89	12.06	.000	13-20	31-40	-0.46	.002
	21 – 30	2.17			13-20	41-50	-0.50	.001
	31 – 40	2.35			13-20	51-83	-0.88	.000
	41 – 50	2.39			21-30	51-83	-0.60	.002
	51 – 83	2.77						

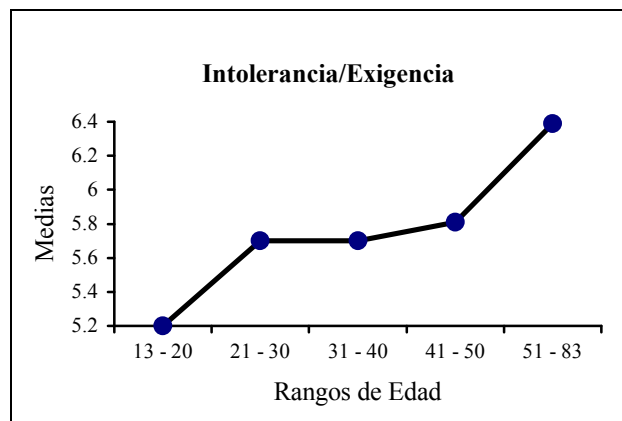


Figura 6. Medias Factor Intolerancia/Exigencia por edad.

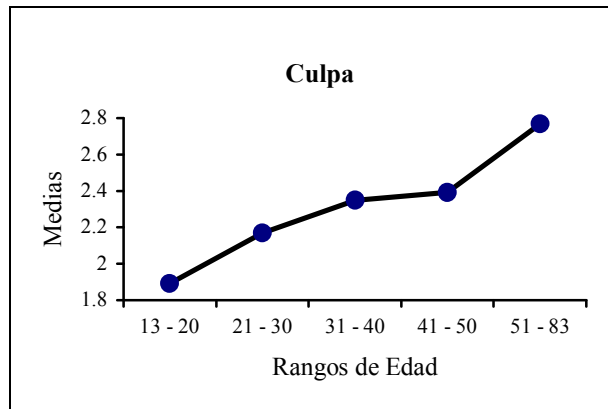


Figura 7. Medias Factor Culpa por edad.

En la Tabla 6 y figura 8 se observa que el Factor Victimización produjo diferencias significativas debidas al factor edad con una probabilidad de **.000**. En el contraste entre edades el Factor Victimización, mostró diferencias debidas a las edades: 13-20 a 31-40 ($p=.053$), 21-30 a 51-83 ($p=.037$), 31-40 a 51-83 ($p=.000$) y 41-50 a 51-83 ($p=.003$). En la figura 8 se observa que el grupo de edad de 51-83 años, presenta la puntuación más alta de Victimización. El grupo de 13-20 años ocupa el segundo lugar.

Tabla 6. Resultados del Análisis de Varianza de Victimización y Contrastes de Scheffé.

Factor	Edad	\bar{x}	F	p	Contraste de Edades	Diferencias de \bar{x} edad	p
Victimización	13 - 20	5.49	6.67	.000	13-20 31-40	.76	.053
	21 - 30	5.25			21-30 51-83	-1.04	.037
	31 - 40	4.72			31-40 51-83	-1.56	.000
	41 - 50	4.88			41-50 51-83	-1.40	.003
	51 - 83	6.29					

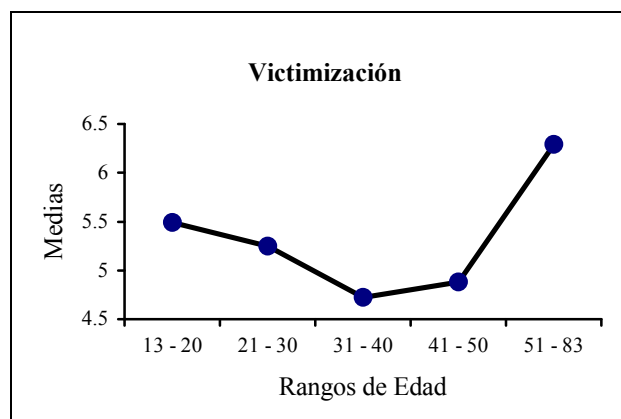


Figura 8. Medias Factor Victimización por edad.

* El Factor Victimización se encuentra al límite de significancia de $\alpha=.05$

RESUMIENDO

- ❖ Los resultados mostraron efectos significativos debidos a la variable edad en todos los casos.
- ❖ Se observa que en los Factores: Indicadores Fisiológicos, Falta de Control, Ideología de Poder, Hostilidad, Victimización y Calificación Total, su gráfica muestra una depresión que la aproxima a la forma de U y en los Factores: Culpa e Intolerancia/Exigencia su gráfica tiende a ser lineal.
- ❖ En los 7 factores y en la Calificación Total el puntaje máximo ocurre invariablemente en el grupo de edad de 51 a 83 años, le sigue la edad de 13 a 20 años donde se presenta un poco menos la Ira-Hostilidad, ya que solamente está alto en 3 Factores (Indicadores Fisiológicos, Falta de Control y Victimización) y le sigue en tercer lugar de magnitud la edad de 21 a 30 años solo en 2 Factores (Hostilidad e Ideología de Poder).
- ❖ En donde se presenta más bajo el factor de Ira-Hostilidad es entre las edades de 31 a 40 y de 41 a 50 con excepción de dos Factores; Intolerancia/Exigencia y Culpa en los que los puntajes más bajos ocurren en las edades de 13 a 20 años.
- ❖ En los 7 Factores (Indicadores Fisiológicos, Falta de Control, Ideología de Poder, Hostilidad, Intolerancia/Exigencia, Victimización, Culpa) y en la Calificación Total se acepta la hipótesis alterna, que indica que existen diferencias en las respuestas de Ira- Hostilidad en los rangos de edad.
- ❖ En el contraste entre edades los Factores: Indicadores Fisiológicos, Ideología de Poder, Intolerancia/Exigencia, Victimización, Culpa y Calificación Total mostraron diferencias significativas debidas al factor edad. El grupo de edad que contrasta con más edades en estos factores es el de 51 a 83 años.

- ❖ Los Factores: Falta de Control y Hostilidad no mostraron diferencias significativas en el contraste entre edades.

4.1.2. TEST DE ANSIEDAD MANIFIESTA

Se presentan los resultados del análisis de varianza simple de los cinco factores del test de Ansiedad Manifiesta: Desesperanza, Inquietud, Dispersión, Sensibilidad, Anticipación y Calificación Total.

En la Tabla 7 y figura 9 se observa que la Calificación Total del Test de Ansiedad Manifiesta produjo diferencias significativas debidas al factor edad con una probabilidad de **.000**. En el contraste entre edades la Calificación Total, mostró ($F=5.28$, $gl=946$) diferencias debidas a las edades: 21-30 a 51-83 ($p=.049$), 31-40 a 51-83 ($p=.021$), 41-50 a 51-83 ($p=.010$). En la figura 9 se observa que el grupo de edad de 51-83 años, presenta la puntuación más alta de Ansiedad Manifiesta, seguida por las edades de 13-20 años. Las edades de 31-40 y 41-50 años son las que obtienen menos índices de Ansiedad Manifiesta.

Tabla 7. Resultados del Análisis de Varianza de Calificación Total y Contrastes de Scheffé.

Factor	Edad	\bar{x}	gl	F	p	Contraste de Edades		Diferencias de \bar{x} edad	p	
Calificación Total	13 - 20	9.10	1,946	5.28	.000	21-30	51-83	-2.31	.049	
	21 - 30	7.98					41-50	51-83	-2.91	.010
	31 - 40	7.61				31-40		51-83	-2.68	.021
	41 - 50	7.38				51-83		51-83	-2.91	.010
	51 - 83	10.30								

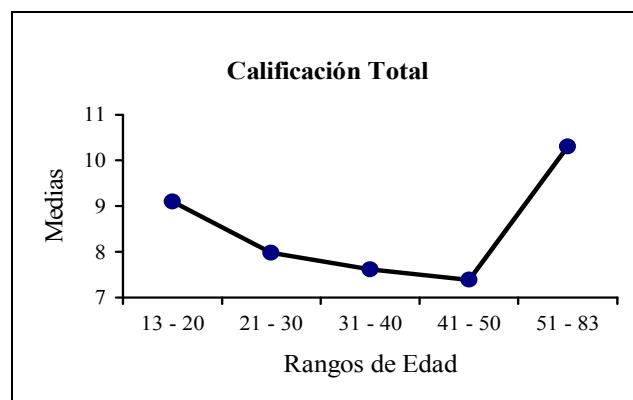


Figura 9. Medias Calificación Total por edad.

En la Tabla 8 y figuras 10 y 11 se observa que solamente el Factor Desesperanza produjo diferencias significativas debidas al factor edad, con una probabilidad de **.000**. En el contraste entre edades solamente el Factor Desesperanza, mostró diferencias debidas a las edades: 13-20 a 41-50 ($p=.005$) y 41-50 a 51-83 ($p=.008$). En las figuras 10 y 11 se observa que el grupo de edad de 51-83 años, presenta la puntuación más alta de Desesperanza y Anticipación. El grupo de 13-20 años ocupa el segundo lugar. Los grupos de 31-40 y 41-50 años son los que obtienen las calificaciones más bajas.

Tabla 8. Resultados de los Análisis de Varianza de Desesperanza, Anticipación y Contrastes de Scheffé.

Factor	Edad	\bar{x}	F	p	Contraste de Edades		Diferencias de \bar{x} edad	p
Desesperanza	13 - 20	2.61	5.82	.000	13-20	41-50	.89	
	21 - 30	2.30						
	31 - 40	1.98			41-50	51-83	-1.15	
	41 - 50	1.71						
	51 - 83	2.87						
Anticipación	13 - 20	1.33	1.94	.101				
	21 - 30	1.21						
	31 - 40	1.18						
	41 - 50	1.08						
	51 - 83	1.40						

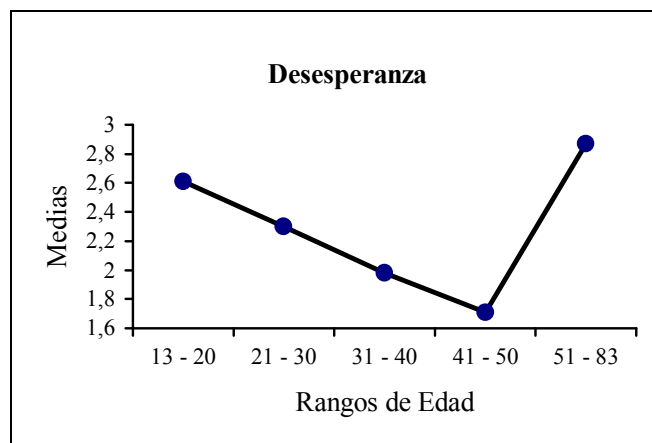


Figura 10. Medias Factor Desesperanza por edad.

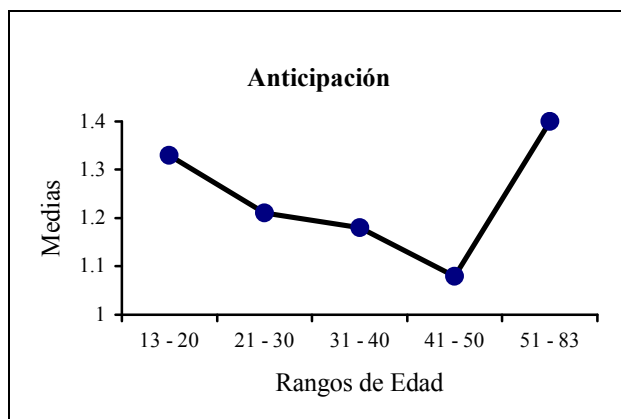


Figura 11. Medias Factor Anticipación por edad.

En la Tabla 9 y figuras 12 y 13 se observa que los Factores Dispersión y Sensibilidad produjeron diferencias significativas debidas al factor edad con una probabilidad de **.000** y **.000**. En el contraste entre edades los Factores Dispersión y Sensibilidad mostraron diferencias debidas a las edades: Dispersión 13-20 a 31-40 ($p=.000$) y 13-20 a 41-50 ($p=.000$), Sensibilidad 13-20 a 51-83 ($p=.029.$), 21-30 a 51-83 ($p=.000$), 31-40 a 51-83 ($p=.047$) y 41-50 a 51-83 ($p=.026$). En las figuras 12 y 13 se observa que el grupo de edad de 13-20 años, presenta la puntuación más alta de Dispersión, seguida por las edades de 51-83 años, el grupo de edad de 51-83 años presenta la puntuación más alta de Sensibilidad, seguida por las edades de 13-20 y 31-40 años.

Tabla 9. Resultados de los Análisis de Varianza de Dispersión, Sensibilidad y Contrastes de Scheffé.

Factor	Edad	\bar{x}	F	p	Contraste de Edades		Diferencias de \bar{x} edad	p
Dispersión	13 - 20	.904	8.36	.000	13-20	31-40	.45	.000
	21 - 30	.681				41-50		
	31 - 40	.452			13-20	51-83		
	41 - 50	.450						
	51 - 83	.744						
Sensibilidad	13 - 20	2.84	5.63	.000	13-20	51-83	-.78	.029
	21 - 30	2.49				51-83		
	31 - 40	2.84			31-40	51-83		
	41 - 50	2.77						
	51 - 83	3.62					51-83	

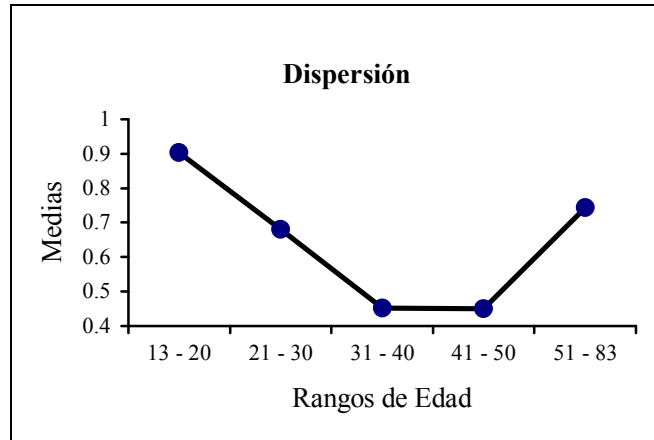


Figura 12. Medias Factor Dispersión por edad.

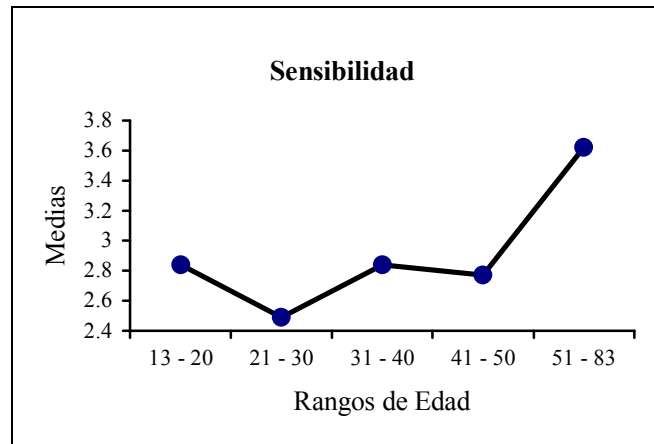


Figura 13. Medias Factor Sensibilidad por edad.

En la Tabla 10 y figura 14 se observa que el Factor Inquietud produjo diferencias significativas debidas al factor edad con una probabilidad de **.051**. En el contraste entre edades no mostró diferencias debidas a las edades. En la figura 13 se observa que el grupo de edad de 51-83 años, presenta la puntuación más alta de Inquietud. El grupo de edad de 13-20 años ocupa el segundo lugar y el grupo de edad de 31-40 años obtiene la calificación más baja.

Tabla 10. Resultados de los Análisis de Varianza de Inquietud y Contrastes de Scheffé.

Factor	Edad	\bar{x}	F	p	Contraste de Edades	Diferencias de \bar{x} edad	p
Inquietud	13 – 20	1.40	2.36	.051			
	21 – 30	1.29					
	31 – 40	1.15					
	41 – 50	1.36					
	51 - 83	1.65					

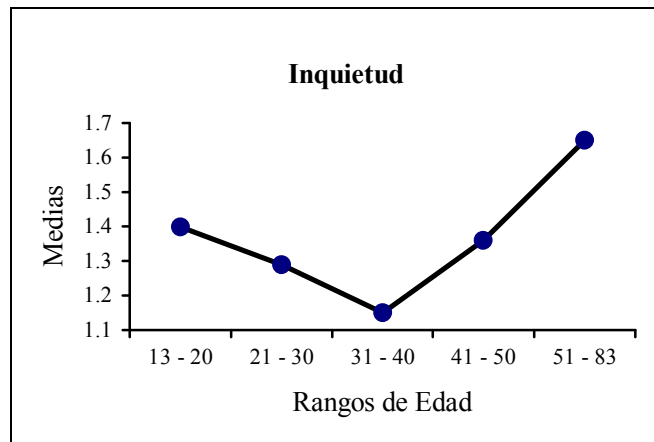


Figura 14. Medias Factor Inquietud por edad.

* El Factor Inquietud se encuentra al límite de significancia de $\alpha=.05$.

RESUMIENDO

- ❖ Se observa que en los Factores: Desesperanza, Inquietud, Dispersión, Anticipación y Calificación Total Ansiedad, su gráfica muestra una depresión que la aproxima a la forma de U y en el Factor Sensibilidad su gráfica tiende a ser lineal a partir de los 21 años.
- ❖ En los 5 factores y en la Calificación Total el puntaje máximo ocurre en el grupo de edad de 51 a 83 años, le sigue la edad de 13 a 20 años, donde se presenta un poco menos la Ansiedad, exceptuando el factor Dispersión, en el que el grupo de 13-20 años tiene la calificación más alta.

- ❖ En donde se presenta más bajo el factor de Ansiedad Manifiesta es entre las edades de 31 a 40 y de 41 a 50 con excepción del Factor Sensibilidad en los que los puntajes más bajos ocurren en las edades de 21 a 30 años.
- ❖ En 4 Factores: Desesperanza, Inquietud, Dispersión, Sensibilidad y en la Calificación Total se acepta la hipótesis alterna: existen diferencias en las respuestas de Ansiedad Manifiesta y entre los diferentes rangos de edad.
- ❖ En el contraste entre edades los Factores: Desesperanza, Dispersión, Sensibilidad y Calificación Total mostraron significancias debidas a las diferencias entre las edades. El rango de edad que contrasta con más edades en estos factores es el de 51 a 83 años.
- ❖ Los factores: Inquietud y Anticipación no mostraron diferencias significativas en el contraste entre edades.

4.1.3. TEST DE DEPRESION

Se presentan los resultados del análisis de varianza simple de los seis factores del test de Depresión: Autodevaluación, Anhedonia, Desmotivación, Decepción, Irritabilidad, Apatía y Calificación Total.

En la Tabla 11 y figura 15 se observa que la Calificación Total del Test de Depresión produjo diferencias significativas debidas al factor edad con una probabilidad de **.000**. En el contraste entre edades la Calificación Total mostró ($F=5.89$, $gl=946$) diferencias debidas a las edades: 13-20 a 31-40 ($p=.006$) y 31-40 a 51-83 ($p=.006$). En la figura 14 se observa que el grupo de edad de 51-83 años, presenta la puntuación más alta de Depresión, seguida por las edades de 13-20 años. Las edades de 31-40 y 41-50 son las que obtienen los menores índices de Depresión.

Tabla 11. Resultados del Análisis de Calificación Total.

Factor	Edad	\bar{x}	gl	F	P	Contraste de Edades		Diferencias de \bar{x} edad	p
Calificación Total	13 - 20	4.56	1,946	5.89	.000	13-20	31-40	2.20	.006
	21 - 30	3.36							
	31 - 40	2.35				31-40	51-83	-2.98	.006
	41 - 50	3.09							
	51 - 83	5.33							

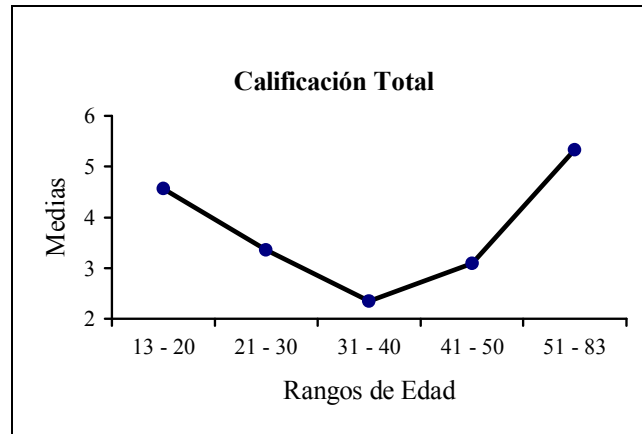


Figura 15. Medias Calificación Total por edad.

En la Tabla 12 y figuras 16 y 17 se observa que los Factores Autodevaluación y Decepción produjeron diferencias significativas debidas al factor edad con una probabilidad de **.000** y **.000**. En el contraste entre edades los Factores Autodevaluación y Decepción mostraron diferencias debidas a las edades: Autodevaluación 13-20 a 51-83 ($p=.013$), 21-30 a 51-83 ($p=.003$), 31-40 a 51-83 ($p=.001$) y 41-50 a 51-83 ($p=.008$), Decepción 13-20 a 51-83 ($p=.053$), 21-30 a 51-83 ($p=.001$) y 31-40 a 51-83 ($p=.004$). En las figuras 15 y 16 se observa que el grupo de edad de 51-83 años, presenta la puntuación más alta de Autodevaluación y Decepción, seguida por las edades de 13-20 años.

Tabla 12. Resultados de los Análisis de Varianza de Autodevaluación, Decepción y Contrastes de Scheffé.

Factor	Edad	\bar{x}	F	p	Contraste de Edades		Diferencias de \bar{x} edad	p
Autodevaluación	13 – 20	.575	5.45	.000	13-20	51-83	-.83	.013
	21 – 30	.458			21-30	51-83	-.94	.003
	31 – 40	.299			31-40	51-83	-1.11	.001
	41 – 50	.475			41-50	51-83	-.93	.008
	51 – 83	1.40						
Decepción	13 – 20	.346	5.13	.000	13-20	51-83	-.34	.053
	21 – 30	.211			21-30	51-83	-.47	.001
	31 – 40	.220			31-40	51-83	-.46	.004
	41 – 50	.327						
	51 – 83	.686						

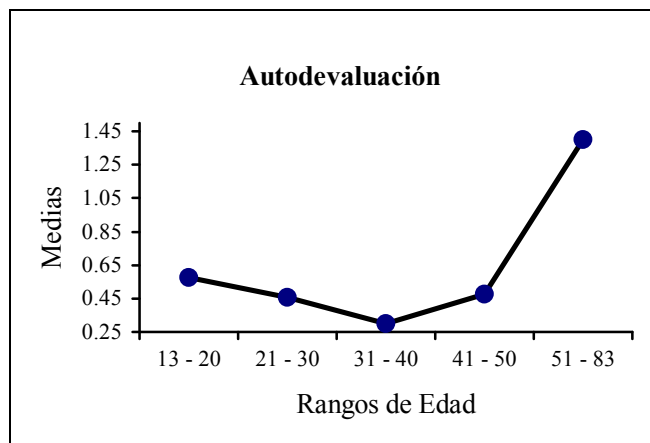


Figura 16. Medias Factor Autodevaluación por edad.

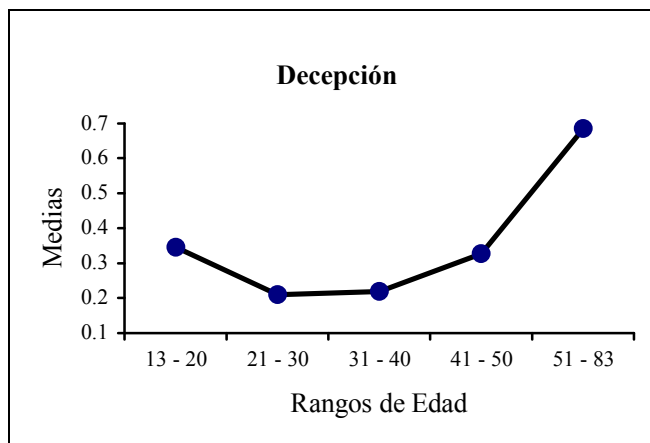


Figura 17. Medias Factor Decepción por edad.

En la Tabla 13 y figuras 18 y 19 se observa que los factores Anhedonia y Apatía, produjeron diferencias significativas debidas al factor edad, con una probabilidad de **.001** y **.011**. . En el contraste entre edades solamente el factor Anhedonia mostró diferencias significativas debidas a las edades: 13-20 a 51-83 ($p=.034$) y 31-40 a 51-83

($p=.037$). En las figuras 18 y 19 se observa que el grupo de edad de 51-83 años, presenta la puntuación más alta de Anhedonia y Apatía. El grupo de 13-20 años ocupa el segundo lugar y los grupos de edad de 31-40 y 41-50 años son los que obtienen las calificaciones más bajas.

Tabla 13. Resultados de los Análisis de Varianza de Anhedonia, Apatía y Contrastes de Scheffé.

Factor	Edad	\bar{x}	F	P	Contraste de Edades		Diferencias de \bar{x} edad	p
Anhedonia	13 - 20	1.17	4.71	.001	13-20	51-83	.53	.034
	21 - 30	.804						
	31 - 40	.649			31-40	51-83	-.71	.037
	41 - 50	.784						
	51 - 83	1.36						
Apatía	13 - 20	.402	3.27	.011				
	21 - 30	.326						
	31 - 40	.163						
	41 - 50	.271						
	51 - 83	.500						

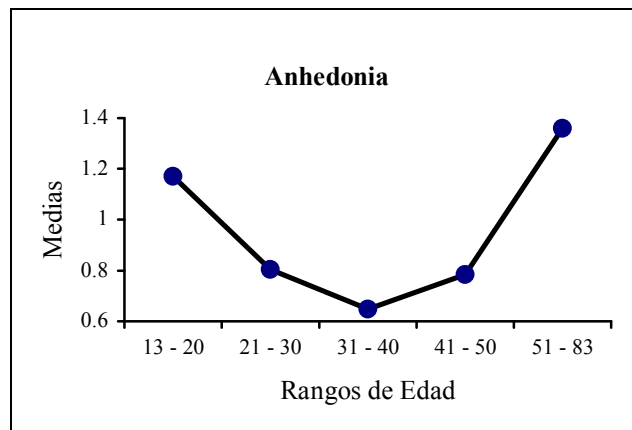


Figura 18. Medias Factor Anhedonia por edad.

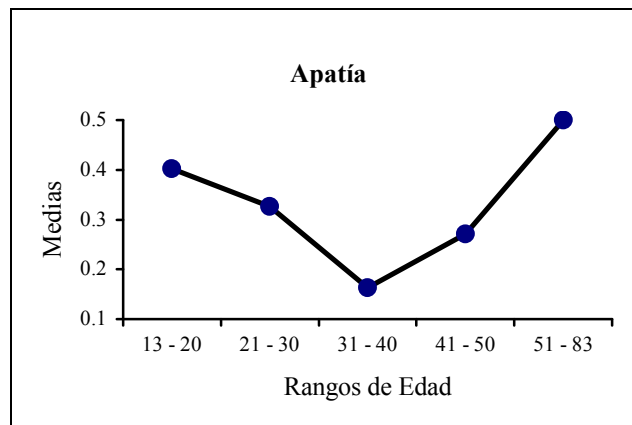


Figura 19. Medias Factor Apatía por edad.

En la Tabla 14 y figuras 20 y 21 se observa que solamente el Factor Desmotivación produjo diferencias significativas debidas al factor edad, con una probabilidad de **.000**. En el contraste entre edades solamente el Factor Desmotivación mostró diferencias debidas a las edades: 13-20 a 21-30 ($p=.011$), 13-20 a 31-40 ($p=.000$), 13-20 a 41-50 ($p=.000$) y 13-20 a 51-83 ($p=.017$), Decepción 13-20 a 51-83 ($p=.053$), 21-30 a 51-83 ($p=.001$) y 31-40 a 51-83 ($p=.004$). En las figuras 20 y 21 se observa que el grupo de edad de 13-20 años, presenta la puntuación más alta de Desmotivación e Irritabilidad. El grupo de 31-40 años es el que tiene la calificación más baja.

Tabla 14. Análisis de Varianza de Desmotivación, Irritabilidad y Contrastes de Scheffé.

FACTOR	EDAD	\bar{x}	F	P	Contraste de Edades		Diferencias de \bar{x} edad	p
					13-20	21-30		
Desmotivación	13 - 20	1.77	12.85	.000	13-20	21-30	.48	.011
	21 - 30	1.29			13-20	31-40	.92	.000
	31 - 40	.853			13-20	41-50	.81	.000
	41 - 50	.963			13-20	51-83	.65	.017
	51 - 83	1.12						
Irritabilidad	13 - 20	.280	.788	.533				
	21 - 30	.262						
	31 - 40	.169						
	41 - 50	.277						
	51 - 83	.255						

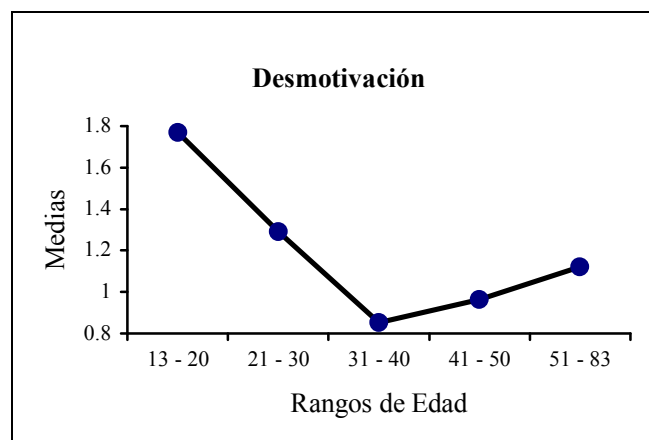


Figura 20. Medias Factor Desmotivación por edad.

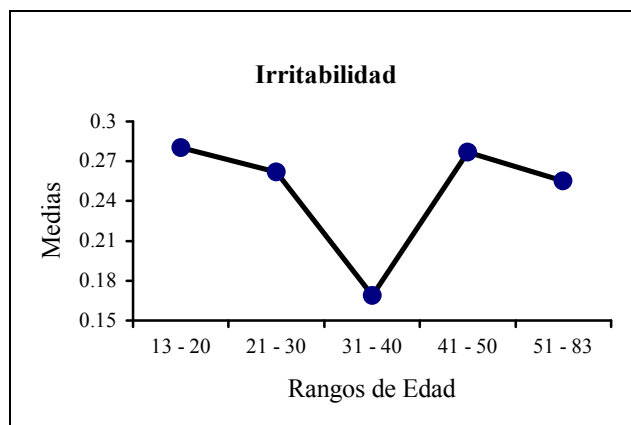


Figura 21. Medias Factor Irritabilidad por edad.

RESUMIENDO

- ❖ Se observa que en los Factores: Autodevaluación, Anhedonia, Desmotivación, Decepción, Irritabilidad, Apatía y Calificación Total, su gráfica muestra una depresión que la aproxima a la forma de U.
- ❖ En los 4 factores: Autodevaluación, Anhedonia, Decepción, Apatía y en la Calificación Total el puntaje máximo ocurre en el grupo de edad de 51 a 83 años, le sigue la edad de 13 a 20 años donde se presenta un poco menos la Depresión pero es el primer lugar en Irritabilidad y Desmotivación, el único Factor que se encuentra alto en 4 edades (13-20, 21-30, 41-50 y 51-83) es el de Irritabilidad, exceptuando el grupo de 31-40 años.
- ❖ En donde se presenta más bajo las características de Depresión es entre las edades de 31 a 40 con excepción del Factor Decepción en el que el puntaje más bajo ocurre en las edades de 21 a 30 años.
- ❖ En 5 Factores (Autodevaluación, Anhedonia, Desmotivación, Decepción, Apatía) y en la Calificación Total se acepta la hipótesis alterna, que indica que existen diferencias en las respuestas de Depresión y en los rangos de edad.

- ❖ En el contraste entre edades los Factores: Autodevaluación, Anhedonia, Desmotivación, Decepción y Calificación Total mostraron diferencias significativas debidas a las diferencias entre las edades. El rango de edad que contrasta con más edades en estos factores es el de 51 a 83 años.
- ❖ Los factores: Irritabilidad y Apatía no mostraron diferencias significativas en el contraste entre edades.

4.2. CORRELACIÓN

Para someter a prueba si existe correlación entre las pruebas se intercorrelacionaron los puntajes de los Factores con los puntajes Totales, con el método de Spearman. Primero se intercorrelacionaron los factores de la prueba Ira-Hostilidad con la Calificación Total de Ira-Hostilidad, Ansiedad Manifiesta y Depresión, en segundo lugar los factores del test de Ansiedad Manifiesta con la Calificación Total de las 3 pruebas y finalmente los factores del test de Depresión con la Calificación Total de las 3 pruebas.

En la Tabla 15 se presentan las correlaciones de los 7 factores de Ira-Hostilidad con las Calificaciones Totales de las 3 Pruebas. Se observa que en las correlaciones de los Factores del Inventario de Ira-Hostilidad con los puntajes de las Calificaciones Totales del IIH, la correlación más alta se presenta con el Factor Indicadores Fisiológicos ($r_s=.76$) y la correlación más baja es con el Factor Culpa ($r_s=.31$). Con los puntajes de las Calificaciones Totales del TMAS, la correlación más alta se presenta con el Factor Victimización ($r_s=.64$) y la correlación más baja es con el Factor Culpa ($r_s=.09$). Con los puntajes de las Calificaciones Totales del D, la correlación más alta se presenta con el Factor Indicadores Fisiológicos ($r_s=.38$) y la correlación más baja es con el Factor Intolerancia/Exigencia ($r_s=.21$), ya que el Factor Culpa con D es más pequeño y no es significativo. Son mayores las correlaciones entre Ira-Hostilidad que con Ansiedad y mayores con Ansiedad que con Depresión.

Tabla 15. Intercorrelaciones de los Factores del CI y Calificaciones Totales del IIH, TMAS Y D.

IIH	Calificación Total IIH	Calificación Total TMAS	Calificación Total D
Factor 1 Fisiológico	.762**	.579**	.381**
Factor 2 Fatal de Control	.715**	.432**	.323**
Factor 3 Ideología Poder	.555**	.239**	.214**
Factor 4 Hostilidad	.717**	.457**	.315**
Factor 5 Intolerancia/ Exigencia	.629**	.342**	.210**
Factor 6 Victimización	.719**	.641**	.369**
Factor 7 Culpa	.309**	.098**	-.016

** La correlación es significativa a nivel 0.01

En la Tabla 16 se presentan las correlaciones de los 5 factores de Ansiedad Manifiesta con las Calificaciones Totales de las 3 Pruebas. En las correlaciones de los factores del Test de Ansiedad Manifiesta con los puntajes de las Calificaciones Totales del IIH, la correlación más alta se presenta con el Factor Desesperanza ($r_s=.56$) y la correlación más baja es con el Factor Dispersión ($r_s=.44$). Con los puntajes de las Calificaciones Totales del TMAS, la correlación más alta se presenta con el Factor Desesperanza ($r_s=.85$) y la correlación más baja con el Factor Dispersión ($r_s=.64$). Con los puntajes de las Calificaciones Totales del D, la correlación más alta se presenta con el Factor Desesperanza ($r_s=.48$) y la correlación más baja con el Factor Dispersión ($r_s=.39$). Tal como se esperaba las correlaciones más altas ocurren con la Calificación Total de Ansiedad, en segundo lugar con la de Ira-Hostilidad y en tercer lugar con la de Depresión.

Tabla 16. Intercorrelaciones de los Factores del TMAS y Calificaciones Totales del IIH, TMAS Y D.

TMAS	Calificación Total IIH	Calificación Total TMAS	Calificación Total D
Factor 1 Desesperanza	.559**	.848**	.479**
Factor 2 Inquietud	.481**	.710**	.380**
Factor 3 Dispersión	.447**	.643**	.390**
Factor 4 Sensibilidad	.487**	.792**	.364**
Factor 5 Anticipación	.465**	.698**	.316**

** La correlación es significativa a nivel 0.01

En la Tabla 17 se presentan las correlaciones de los 6 factores de Depresión con las Calificaciones Totales de las 3 Pruebas. En las correlaciones de los factores del Test de Depresión con los puntajes de las Calificaciones Totales del IIH, la correlación más alta se presenta con el Factor Anhedonia ($r_s=.36$) y la correlación más baja es con el Factor Desmotivación ($r_s=.25$). Con los puntajes de las Calificaciones Totales del TMAS, la correlación más alta se presenta con el Factor Anhedonia ($r_s=.46$) y la correlación más baja es con el Factor Irritabilidad ($r_s=.29$). Con los puntajes de las Calificaciones Totales del D, la correlación más alta se presenta con el Factor Desmotivación ($r_s=.80$) y la correlación más baja es con el Factor Irritabilidad ($r_s=.49$)

Tabla 17. Intercorrelaciones de los Factores del D y Calificaciones Totales del IIH, TMAS Y D.

DI	Calificación Total IIH	Calificación Total TMAS	Calificación Total D
Factor 1 Autodevaluación	.305**	.374**	.541**
Factor 2 Anhedonia	.357**	.464**	.708**
Factor 3 Desmotivación	.251**	.302**	.800**
Factor 4 Decepción	.317**	.364**	.555**
Factor 5 Irritabilidad	.337**	.295**	.489**
Factor 6 Apatía	.292**	.367**	.586**

** La correlación es significativa a nivel 0.01.

Las Calificaciones Totales de las diferentes Pruebas consigo mismas todas correlacionan por arriba de 0.4.

En la Tabla No. 18 se muestran las intercorrelaciones entre las Calificaciones Totales de cada Prueba.

Tabla 18. Intercorrelaciones de las Calificaciones Totales
(IIH, TMAS, D).

	Calificación Total TMAS	Calificación Total D
Calificación Total IIH	.641**	.413**
Calificación Total TMAS		.506**

Las pruebas que tienen una mayor correlación son el Inventario de Ira-Hostilidad y el Test de Ansiedad Manifiesta, seguido por el Test de Ansiedad Manifiesta y el Test de Depresión.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

La relación que se halló en este estudio entre edad y niveles de emotividad muestra que las condiciones biológicas y sociales asociadas con la edad podrían influir en la intensidad emocional en la vida adulta. Se encontró que se presenta una mayor intensidad emocional de Ira-Hostilidad, Ansiedad y Depresión en los extremos de la muestra y que la Ira-Hostilidad, Ansiedad y Depresión están relacionadas.

La mayor emotividad de las personas de 50 años en adelante, seguidas por el grupo entre 13 a 20 años, muestra que los factores biológicos y sociales en esos momentos de la vida producen mayor intensidad emotiva. Quizá estas son etapas de cambios muy importantes en el desarrollo de la vida, ya que se producen cambios tanto sociales, biológicos, personales y familiares, que podrían ser factores que influyen para que se presente mayor intensidad.

Esta intensidad emocional que se presentan en el grupo de mayor edad y en la adolescencia, podría deberse parcialmente a los cambios biológicos, pero también a los estereotipos y creencias impuestas por la cultura sobre el significado de la vida en esta etapa y el rol que las personas "deben jugar" en ella.

La independencia entre edad y los factores de anticipación e irritabilidad apunta en la dirección de que estos no están influenciados por los aspectos relacionados con la edad y que su intensidad depende de variables diferentes a la edad.

Los resultados mostraron que las personas que están al final de la madurez y en la tercera edad (de los 50 años en adelante), presentan mayor intensidad emocional, debido a que en esta etapa se presentan cambios importantes en el organismo, se enfrentan con las exigencias sociales y con los cambios en su sistema de vida, como pensar en su muerte, las pérdidas de amigos y familiares, el aislamiento de la sociedad, el deterioro que comenzarán a sufrir.

Las personas con mayor edad, 50 ó más años se mostraron como las que poseían mayores niveles de ira-hostilidad, pudiera explicarse por la frustración, disgusto, culpa, hostilidad e intolerancia hacia el entorno, ya que comienzan a percibir la pérdida de su vida, y el incremento de la dependencia de otros. Van a querer tener el poder y control de los otros a su alrededor. También tienen el mayor puntaje en victimización, mayor tendencia a creer que el mundo está en su contra y que la gente ya no los toma en cuenta. Mayor expresión emotiva a través de manifestaciones fisiológicas (agitación de la respiración, dolor de estómago y de cabeza, etc).

Las condiciones de vida (ambientales, biológicas, cognitivas y sus propios juicios sobre su realidad) influyen en una mayor ansiedad. Un aspecto importante es la idea de que están perdiendo sus facultades, que ya no van a servir ni funcionar para el mundo, les produce preocupación por un futuro venidero. Se mostró que una de las características de la ansiedad es la falta de concentración y dispersión en sus actividades. Atraviesan por un periodo de sensibilidad ante los cambios que les ocurren.

Las pérdidas asociadas con la edad podrían influir para que la depresión sea más alta en esta edad. El hecho de pensar en todas las pérdidas que están sufriendo o van a sufrir provoca que sean más depresivas estas personas (finales de la madurez y la tercera edad). La autodevaluación y la percepción de incompreensión, son originados por los deterioros físicos, mentales y sociales que enfrentan, la pérdida de la fuerza y el vigor para seguir desempeñándose en todas sus actividades. La depresión genera un círculo en que las personas deprimidas se enfocan más en sus pérdidas que en sus logros. Los otros los van aislando por lo que comienzan a estar solos, a sentirse tristes y sin alternativas para continuar sus vidas. A pesar de que tienen menor fuerza y vigor para desempeñarse no se desmotivan y siguen realizando sus actividades, quizá como una manera de demostrarle a las personas que todavía pueden ser funcionales.

La adolescencia (13 a 20 años) ocupa el segundo lugar en intensidad emocional, es en este periodo que se pasa por cambios importantes y determinantes para la vida.

Los adolescentes comienzan a enfrentarse con las exigencias de la vida, tanto familiares, sociales y personales, tienen que comenzar a tomar decisiones de adultos, pero aún poseen un repertorio limitado para enfrentarse a estos cambios. No se puede establecer con exactitud cuando termina la adolescencia, más bien va a depender de la madurez de cada persona.

Los cambios (biológicos y sociales) que se producen en la adolescencia pudieran ser elementos para que el adolescente se sienta hostil e iracundo, esto lo va a demostrar a través de manifestaciones fisiológicas y cognitivas. Es un periodo de autoafirmación y desarrollo de la personalidad, en la que el adolescente trata de demostrar que él siempre tiene la razón, que es fuerte ante cualquier problema. La rebeldía e impulsividad son características de esta edad, tiene necesidad de demostrar que está en lo correcto y cuando no lo logra, puede involucrarse en discusiones en las que las que no mide las consecuencias de sus actos y se comporta agresivamente. Las exigencias sociales en esta época son muy marcadas y muy demandantes, pero el adolescente no se permitirá fallar.

Las exigencias y experiencias de la vida marcan el desarrollo de la personalidad. El adolescente no tiene un repertorio amplio para afrontar las situaciones y problemas de la vida, esto podría explicar porque no salió alto en los factores Ideología de Poder y Hostilidad, lo que nos lleva a pensar que las experiencias de la vida hacen que las personas se vuelvan hostiles y tengan una necesidad de tener poder.

Los adolescentes demostraron ser muy ansiosos, debido a todos estos cambios que están sufriendo. Un aspecto que les preocupa mucho es lo relacionado con lo social, porque comienzan a descubrir quienes son y lo que quieren llegar a ser, todos los aspectos de su vida les producen inquietud y estarán en función de lo que las personas piensen de él, se sentirá juzgado constantemente, lo que lo lleva a creer que no podrá salir adelante en las situaciones difíciles y siempre se imaginará lo peor de las mismas, todo esto provoca que no se mantenga concentrado en sus actividades y hasta se

sentirá incomodo al realizarlas. Ante todo esto estará susceptible y a la defensiva pensando que la gente lo está atacando, esta vulnerabilidad se debe a sus miedos por estos cambios y por la presión social. Siente la necesidad de expresar sus miedos y al mismo tiempo tendrá miedo de expresarlos, entonces se sentirá como atrapado y ansioso.

El adolescente se encuentra en una etapa de autodescubrimiento, lo que nos explica porque en el factor Dispersión salió más alto que las personas de finales de la madurez y la tercera edad.

Los adolescentes tienden a deprimirse, tanto por los cambios hormonales y fisiológicos como por las demandas sociales. Pasan por el periodo en el que piensan que todo está mal y que no importa el esfuerzo que hagan todo les va a seguir saliendo mal, todo esto los llevará a que se sientan tristes, decepcionados, devaluados. Piensan que cualquier error que cometan será determinante y tendrá repercusiones importantes en su vida. Se sentirán desmotivados, desinteresados y tendrán baja tolerancia a la frustración, al no obtener una gratificación inmediata, pensarán que no vale la pena realizar las cosas. Se muestran apáticos ante las personas por un lado como una forma de demostrar quienes son, pero por otro lado es una forma de ocultar sus miedos.

Los adolescentes se muestran hostiles e iracundos ante el medio, como una forma de autoafirmarse, pero no encausan bien esa hostilidad y están a la defensiva, tienden a reaccionar impulsivamente, ya que todavía no poseen el repertorio necesario para enfrentar las situaciones, todos estos miedos y preocupaciones les generan ansiedad, el proceso de autodescubrimiento les puede generar depresión, el adquirir madurez y experiencia durante este proceso provocará que haya una disminución de hostilidad, ira, ansiedad y depresión.

Tanto los adolescentes como las personas al final de la madurez y la tercera edad comparten los cambios físicos, biológicos y sociales que sufren, ya que son etapas en

las que la sociedad enfatiza el papel que tiene que desempeñar cada uno de acuerdo con su edad. Presentan con mayor intensidad emocional la Ira-Hostilidad, Ansiedad y Depresión, como una forma de afrontar todos los cambios que se les presentarán, es una manera de prepararse ante los cambios importantes y decisivos en sus vidas. Son consideradas como etapas de mucha intensidad emocional.

Los hallazgos de esta investigación son en la misma dirección de la teoría que plantea que en las etapas de la adultez joven y principios de la madurez que van de los 20 a los 50 años, se presenta una menor intensidad emocional, ya que son consideradas como etapas de estabilidad y satisfacción (Coon, 2004, Feldman, 1998). En este periodo han madurado y se han desarrollado personal, social y laboralmente. Se desarrollan al máximo sus capacidades, establecen relaciones sólidas y fortalecen sus vínculos.

El periodo de la adultez joven es una etapa de mayor estabilidad, ya que se está en la plenitud del desarrollo biológico, se presentan una multiplicidad de satisfactores, las personas se concentran en lograr sus objetivos, lo que provoca mayor estabilidad emotiva. En este periodo las personas tratan de lograr alcanzar sus propósitos a través de la competencia, esto provocará cierta tendencia por conseguir poder, y surgirá la necesidad de dominar el mundo, lo que puede ser benéfico porque a través de estos cambios y necesidades logran su autonomía y organizarán su vida de forma más práctica. Tratan de establecer buenas relaciones interpersonales y están en su máximo funcionamiento laboral, social y personal.

La madurez (30 a 50 años) es un periodo satisfactorio en la vida, ya que se da la reflexión, el aprendizaje y el desarrollo. Esta madurez que adquieren provoca que se preocupen menos por problemas anteriores, comienzan a valorar lo que han logrado en sus vidas y se centran en el presente. Como es una etapa en la que las personas ya se encuentran en una madurez, se dan cuenta que la muerte es inevitable pero no ocupa un lugar central de su atención y se enfocan más en sus logros personales que en el futuro. A pesar de que algunos autores consideran que las personas de los 40 años

entran en una crisis llamada de los cuarenta en donde la evaluación que hacen de su vida es negativa, en este trabajo con los instrumentos que se usaron no se manifestó esta crisis, corroborando a otros autores que plantean que la mayoría de la gente en este periodo ven su vida como exitosa (Whitbourne, 1986, Kruger, 1994).

En todos los periodos del ciclo de la vida se producen cambios, pero en algunos periodos estos cambios son más determinantes y decisivos para el enfrentamiento y desarrollo humano, en el que la sociedad juega un papel muy importante y determinante, porque nos desarrollamos dentro de una sociedad.

Los resultados mostraron la estrecha relación que existe entre la Ira-Hostilidad y la Ansiedad, corroborando así lo que plantea la teoría que una puede conducir inevitablemente a la otra (Harrocks, 1999), la hostilidad a menudo conduce a la ansiedad y ambas pueden tener su origen en la falta de habilidad para enfrentar los problemas.

Existe relación entre la ansiedad y la depresión, pero no se puede determinar la causalidad con nuestros datos. En la ansiedad hay un factor que está relacionado con la depresión, la desesperanza, ya que tanto las personas ansiosas como las deprimidas pasan por un lapso en el que sienten que no van a poder salir adelante en las dificultades.

A partir de este estudio pueden surgir nuevas preguntas de investigación para desarrollar futuros estudios acerca de la relación que existe entre las emociones y el ciclo de la vida, para poder lograr a través de estas investigaciones elaborar propuestas preventivas para que las personas conozcan más acerca de los cambios tanto biológicos como psicológicos que sufren en el transcurso de su vida, pero también las repercusiones que pueden padecer en su salud si presentan con gran intensidad algunas emociones (ira-hostilidad, ansiedad, depresión).

REFERENCIAS

- Allgower, A., Wardle, J., & Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviours in young men and women. *Health Psychology*, vol. 20(3), 223-227.
- Averill, J. R. (1968). Grief: Its nature and significance. *Psychological Bulletin*, vol. 70, 721-748.
- Averill, J. R. (1979). The functions of grief. En C. Izard (ed.), *Emotions in personality and psychopathology* (pp. 305-340). Nueva York: Academic Press.
- Averill, J. R. (1982). *Anger and aggression: An essay on emotion*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Averill, J. R. (1991). Emotions as episode dispositions, cognitive schemas, and transitory social roles: Steps toward an integrated theory of emotion. En D. Ozer, J. M. Healy Jr. y A. J. Stewart (eds.). *Perspectives in personality*, vol. 32, pp. 139-167. London: Jessica Kingsley.
- Axelrod, P. R. (1990). *Una alternativa para la medición de la depresión*. Tesis de doctorado inédita. Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D. F.
- Ayuso, G. L. (2002). El médico de atención primaria ante el paciente con ansiedad generalizada. *Salud Global*, 11(6), 1-7.
- Barefoot, J. C. (1992). Developments in the measurement of Hostility. En H. S. Friedman (Eds.). *Hostility, coping and health* (pp. 13-21). Washington: American Psychological Association.
- Beck, A. T. (1976). *Diagnóstico y tratamiento de la Depresión*. México: Merck Sharpo & Dohme International.
- Berkowitz, L. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression: a cognitive-neoassociationistic analysis. *American Psychologist*, vol. 45, 494-503.
- Bongard, S., al' Absi, M., & Lovallo, W. R. (1998). Interactive effects of trait hostility and anger expression on cardiovascular reactivity in young men. *International Journal of Psychophysiology*, vol. 28(2), 181-191.

Booth-Kewley, S., & Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, vol. 101, 343-362.

Breckenridge, J. N., Gallagher, D., Thompson, L. W., & Peterson, J. (1986) Characteristics depressive symptoms of bereaved elders. *Journal of Gerontology*, 41, 163-168.

Buck, R. (1984). *The communication of emotion*. Nueva York: Guilford Press.

Buss, A. H. & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, vol. 21, 343-349.

Buss, A. H. & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 63, 452-459.

Calvo, M. G., Eysenck, M. W., & Castillo, M. D., (1997). Interpretative bias in test anxiety: the time course of predictive inference. *Cognition and Emotion*, vol. 11, 43-63.

Clark, D.A., Beck, A.T., & Stewart, B. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression?, *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 99, 148-155.

Coon, D. (2004). *Psicología* (10a ed.), México: Thomson.

Count, J. (1967). The conflict factor in adolescent growth. *Adolescence* 2, 167-181.

Coyné, J. C. (1987). Depression, biology, marriage and marital therapy. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 13, 393-407.

Crespo, F. P. (1992). Algunas reflexiones en torno a la crisis de la edad media de la vida. *Psiquis*, vol. 13(8) 325-328.

Culertson, F. M. (1997). Depression and gender. *American Psychologist*, 52(1), 25-31.

Davidson, R. J. (1994). On emotion, mood, and related affective constructs. En P. Ekman y R. J. Davidson (eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 51-55). Nueva York: Oxford University Press.

- De Carlo, P. (1997). *La crisis de ansiedad*. Dictionary of Mental Health.
- De Catanzaro, D. A. (2001). *Motivación y emoción*. México: Prentice Hall.
- De la Gándara, M. J., Fuertes, R. J. (1999). *Angustia y Ansiedad: causas, síntomas y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Deci, E. L. (1992). On the nature and function of motivation theories. *Psychological Science*, vol. 3, 167-171.
- Diamond, E. L. (1982). The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. *Psychological Bulletin*, vol. 92, 410-433.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, vol. 6 pp. 15-19.
- Ekman, P. (1994). All emotions are basic. En P. Ekman y R. J. Davidson (eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ekman, P., & Davidson, R. J. (eds.) (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions (pp. 20-24)*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ellsworth, P. C., & Smith, C. A. (1988). From appraisal to emotion: Differences among unpleasant feelings. *Motivation and Emotion*, vol. 12, 271-302.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1992). Interactions revisited: reflections on the continuing crisis in the personality area. *European Journal of Personality*, vol. 6, 177-189.
- Feldman, S. R. (1998). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana (4ª ed)*. México: McGraw Hill.
- Fernández, A. (1988). *La depresión y su Diagnóstico*. Barcelona: Labor.
- Fernández-Abascal, E. G. (1994). *Intervención Comportamental en los Trastornos Cardiovasculares*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Fernández-Abascal, E. G., & Martínez, D. M. (1994). Ira y Hostilidad en los trastornos coronarios. *Anales de Psicología*, vol. 10(2), 177-188.

Fernández-Abascal, E. G. & Palmero, F. (1999). Ira y hostilidad. Aspectos básicos y de intervención. En E. G. Fernández-Abascal & F. Palmero (Orgs.). *Emociones y Salud* (p. 185-208). Barcelona: Ariel Psicología.

Fiske, M., Harper, & Row. (1979). *La Psicología y tú: Edad Madura*. Holanda: Latinoamericana S. A. de C. V.

Foster, J. M., & Gallagher, D. (1986). An exploratory study comparing depressed and nondepressed elders coping strategies. *Journal of Gerontology*, vol. 41, 91-93.

Frijda, N. H. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*, vol. 43, 349-358.

García-L., y Reyes del Paso, A. (2002). Una revisión de los modelos explicativos de la relación entre el constructo hostilidad-ira y agresión y la enfermedad coronaria. *Anales de Psicología*, vol.18(1), 61-69.

Garver, D. L., & Zelman, F. P. (1986). Receptor studies in diagnosis and treatment of depresión. In A. J. Rush & K. Z. Alshuler (Eds.), *Depression*. Nueva York: Guilford.

Goldsmith, H. H. (1994). Parking the emotional domain from a developmental perspective. En P. Ekman y R. J. Davidson (eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 68-73). Nueva York: Oxford University Press.

Goleman, D. (1996). *La Inteligencia Emocional: Por qué puede ser más importante que el coeficiente intelectual*. Vergara.

Gould, R. L. (1978). *Transformations*. Nueva York: Simon and Schuster.

Gray, J. A. (1994). Three fundamental emotions systems. En P. Ekman R. J. Davidson (eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* pp. 243-247. Nueva York: Oxford University Press.

Grinberg, L. (1978). *Culpa y depresión. Un estudio Psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

- Hamilton M. A. (1960). Rating scale for depression. *Neurological Neurosurgery Psychiatry*; vol. 23: 56-62.
- Harburg, E., Blakelock, E. H. y Roeper, P. J. (1979). Resentful and reflective coping with arbitrary authority and blood pressure: Detroit. *Psychosomatic Medicine*, vol.41, 198-202.
- Hardy, J. y Smith, T. (1988). Cynical hostility and vulnerability to disease: Social support, life stress, and physiological response to conflict. *Health Psychology*, vol.7, 447-459.
- Hart, K. E. (1990). Coping with anger-provoking situations: Adolescent doping in relation to anger reactivity. *Journal of Adolescent Research*, 6, 357-370.
- Heim, S. C., & Snyder, D. K. (1991). Predicting depression from marital distress and attributional processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 67-72.
- Heise, D. R. (1989). Effects of emotion displays on social identification. *Social Psychology Quarterly*, 52, 10-21.
- Horrocks, E. J. (1999). *Psicología del adolescente*. México: Trillas.
- Iacovella, T. M. (2003). La Hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Psico-USF*, vol. 8, n1 55-64.
- Izard, C. E. (1982). Comments on emotion and cognition: Can there be a working relationship?. En M. S. Clark y S. T. Fiske (eds.). *Affect and cognition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Izard, C. E. (1989). The structure and functions of motions: Implications for cognition, motivation, and personality. En I. S. Cohen: (ed.), *The G. Stanley Hall lecture series (vol. 9, pp. 39-63)*. Washington, DC: American Psychological Association
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. Nueva York: Plenum.
- Johnson, E. H. (1990). *The deadly emotions. The role of anger, hostility and aggression in health and emotional wellbeing*. Nueva York: Praeger.
- Kaplan y Sadock (1992). *Compendio de Psiquiatría*. México: Salvat.

Keith. (1987). Depressive symptoms among younger and older couples. *Gerontologist*, 27, 605-610.

Keltner, D., & Haidt, J. (1999). Social functions of emotions at four levels of analysis. *Cognitive and Emotion*, 13, 505-521.

Kemper, T. D. (1987). How many emotions are there?. Wedding the social and the autonomic components. *American Sociological Review*, vol. 93, 263-289.

Krantz, D. S., & Durel, L. A. (1983). Psychobiological substrates of the Type A behavior pattern. *Health Psychology*, vol. 2, 393-411.

Krantz, D. S., & Manuck, S. B. (1984). Acute psychophysiologic reactivity and risk of cardiovascular disease: A review and methodologic critique. *Psychological Bulletin*, vol. 96, 435-464.

Krassouvitch, M. (1993). *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Kruger, A. (1994). The midlife transition: Crisis or chimera?. *Psychological Reports*, vol. 75, 1299-1305.

Kubany, E. S., Richard, D. C., Bauer, G. B., & Muraoka, M. Y. (1992). Verbalized anger and accusatory "you" messages as cues for anger and antagonism among adolescents. *Adolescence*, 27, 505-516.

Lang, A. J., & Craske, M. (1997). Information processing in anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 33, 451-455.

Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.H. Shilen. *Research in psychotherapy*, Vol. III, Washington: American Psychological Association.

Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, vol.39, 124-129.

Lazarus, R. S. (1991). From psychological stress to the emotion: a story of the changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, vol. 4 pp. 41-21.

Lazarus, R. S. (1991a.). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.

- Lazarus, R. S. (1991b.). Progress on a cognitive motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, vol. 46, 819-834.
- Lawler, K. A., Kline, L. A., Harriman, H. L., & Kelly, K. M. (1999). Stress and illness. In V. J. Derlega, et al. (Eds.), *Personality: Contemporary theory and research*, Chicago: Nelson-Hall.
- Leavitt, R. L. y Power, M. B. (1989). Emotional socialization in the postmodern era: Children and day care. *Social Psychology Quarterly*, vol. 52, 35-43.
- Leiker, M., & Hailey, B. J. (1988). A link between hostility and disease: Poor health habits? *Behavioural Medicine*, vol. 14, 129- 133.
- Levenson, R. W., Carstairs, L. L., Friesen, W. V., & Ekman, P. (1991). Emotion, physiology, and expression in old age. *Psychology and Aging*, vol. 6, 28-35.
- Levy, E. (1969). Toward understanding the adolescent. *Menninger Quarterly*, 23, 14-21.
- Linville, P. W. (1982). Affective consequence of complexity regarding the self and others. En M. S. Clark y S. T. Fiske (eds.), *Affect and cognition (pp. 79-109)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Manstead, A. S. (1991). Emotion in social life. *Cognition and Emotion*, vol. 5, 353-362.
- Martínez, S. F., Cano, V. A., Castillo, P. J., Sánchez, G. J., Ortiz, S. B., Gordillo, V. E. (1997). Una escala reducida de Ansiedad basada en el Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad (I.S.R.A.): Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología*, 11(1), 97-99.
- Matthews, K. A. (1988). Coronary heart disease and Type A behaviours: Update on and alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) quantitative review. *Psychological Bulletin*, vol. 104, 373-380.
- McNally, R. J. (1998). Information-processing abnormalities in anxiety disorders: Implications for cognitive neuroscience. *Cognition and Emotion*, vol. 12, 479-495.

Mercado, D., Galán, S., Doménech, N., Martínez, A., y Villagran, M. A. (en preparación). Validez Factorial convergente y divergente del Inventario de Ira y Hostilidad (IIH).

Mercado, D., Galán, S., Doménech, N., Martínez, A., Sánchez, M., Estévez, M., Herrera, C., y Trejo, E. (en preparación). Estructura factorial de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (TMAS). México.

Mischel, W. (1998). *Teorías de la Personalidad*, (4ª edición). México: McGrawHill.

Moore, J. W., Jensen, B., & Hauck, W. E. (1990). *Decision making processes of youth. Adolescence* 25.

Monsalve, V., Cerdá-Olmedo, G., Minués, A., & De Andrés, J. A. (2000). Ansiedad y depresión en pacientes domiciliarios vs. ambulatorios con dolor crónico. *Revista Social Española Dolor*. vol. 7, 6-11.

Nacoste, D. R., & Wise, E. H. (1991). Relationship among negative life events, cognitions, and depression within 3 generations. *The Gerontologist*, vol. 31, 397-403.

Palmero, F., Fernández-Abascal, G., Martínez, F., Chóliz, M., (2002). *Psicología de la motivación y emoción*. España: McGrawHill.

Papalia, E. D., Wendkos, O. R. (2002). *Fundamentos de Desarrollo Humano*. Colombia: McGraw Hill.

Papalia, E. D., Wendkos, O. R., Feldman, D. R. (2001). *Desarrollo Humano, (8va ed)*. Colombia: McGraw Hill Companies, Inc.

Peterson, R. A., & Reiss, S. (1987). *Anxiety Sensitivity Index Manual*. Palos Heights: International Diagnostic Systems.

Plutchik, R. (1980). *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*. Nueva York: Harper and Row.

Plutchik, R. (2001). The nature of emotions. *American Scientist*, vol. 89, 344-350.

- Ponterotto, J. G., Pace, T. M., & Kavan, M. G. (1989). A counselor's guide to the assessment of depression. *Journal of Counseling and Development*, 67, 301-309.
- Reeve, J. (1989). The interest-enjoyment distinction in intrinsic motivation. *Motivation and Emotion*, 13, 83-103.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y Emoción*, (3ª ed). México: McGrawHill.
- Renninger, K. A., Hidi, S., & Krapp, A. (eds.) (1992). *The role of interest in learning and development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano: Estudio del ciclo vital*, (2ª ed). México: Prentice Hall Hispanoamericana S. A.
- Roberts, J. E., & Monroe, S. M. (1992). Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: Prospective findings comparing three alternative conceptualizations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 804-812.
- Rosenman, R. H. (1974). *Type A behaviour and your heart*. Nueva York: Knopf.
- Roth, D. L., & Tucker, D. M. (1986). Neural systems in the emotional control of information processing. En R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 77-94). Orlando, FL: Academic Press.
- Rozin, P., Haidt, J., McCauley, C. R. (1993). Disgust. En M. Lewis y J. Haviland (eds.), *Handbook of emotions* (pp. 575-594). Nueva York: Guilford Press.
- Rozin, P., Lowery, L., & Ebert, R. (1994). Varieties of disgust faces and the structure of disgust. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 66, 870-881.
- Sandín, B. & Chorot, P. (1990a). *Cuestionario de Ansiedad Cognitiva Somática de Schwartz, Davidson y Goleman*. Madrid: UNED (no publicado).
- Sandín, B. & Chorot, P. (1990b). *Índice de Sensibilidad a la Ansiedad de Peterson y Reiss*. Madrid: UNED (no publicado).
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A., Jiménez, P., Romero, M. (1994). Ansiedad cognitiva y somática: Relación con otras variables de ansiedad y psicósomáticas. *Psicología General y Aplicada*, 47(3), 313-320.

- Sánchez, L. G., Valero, R. J., Alvarez, U. A. (2001). Ausencia de correlación entre factores psicológicos y la enfermedad coronaria subclínica. *Bibliografía comentada*, vol. 11(4), 234-241.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología*, vol. 9(2), 133-170.
- Sanz, J. y Avia, M. D. (1993). *Cognitive specificity in social anxiety and depression: Self-focused attention, self-statements and dysfunctional attitudes*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Scherer, K. R. (1994a.). An emotion's occurrence depends on the relevance of an event to the organism's goal/need hierarchy. En P. Ekman y R. J. Davidson (eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 25-31). Nueva York: Oxford University Press.
- Scherer, K. R. (1994b.). Toward a concept of modal emotions. En P. Ekman y R. J. Davidson (eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 25-31). Nueva York: Oxford University Press.
- Schwartz, G. E., Davidson, R. J., & Goleman, D. J. (1978). Patterning of cognitive and somatic processes in the self-regulation of anxiety: Effects of meditation versus exercise. *Psychosomatic Medicine*, 40, 321-328.
- Shaver, P. y Hazan, C. (1987). Being lonely, falling in love: Perspectivas from attachment theory. *Journal of Social Behavior and Personality*, vol.2, 105-124.
- Smith, T. W. (1989). Interactions, transactions, and the Type- A pattern: Additional avenues in the search for coronary-prone behaviour. En A. W. Siegman y T.M. Dembroski (Eds.), *In search of coronary-prone behaviour* (pp.91-116). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Smith, T. W. (1992). Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, vol. 11, 139-150.
- Smith, T. W. (1994). Concepts and methods in the studio of anger, hostility and health. En A. W. Siegman y T. W. Smith (Eds.). *Anger, hostility and heart* (pp. 23-42). Hillsdale, N. J.: Lawrence Earlbaum Associates.

- Smith, T. W., & Brown, P. C. (1991). Cynical hostility, attempts to exert social control, and cardiovascular reactivity in married couples. *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 14, 581-592.
- Smith, T. W., & Frohm, K. D. (1985). What's so unhealthy about hostility? Construct validity and psychological correlates of the Cook and Medley Ho scale. *Health Psychology*, vol. 4, 503-520.
- Smith, T. W. y Pope, M. K. (1990). Cynical hostility as a health risk: Current status and future directions. *Journal of Social Behavior and Personality*, vol. 5, 77-88.
- Smith, T.W., Pope, M.K., Sanders, J.D., Allred, K.D. y O'Keeffe, J.L. (1988). Cynical hostility at home and work: Psychosocial vulnerability across domains. *Journal of Research in Personality*, vol.22, 525-548.
- Solomon, R. L. (1980). The opponent-process theory of motivation: The costs of pleasure and the benefits of pain. *American Psychologist*, vol. 35, 691-712.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto: Consulting Psychologist Press. (Adaptación española en Editorial TEA.).
- Spielberger, C. D., Jacobs, G., Russell, S., & Craine, R. S. (1983). Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. En J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Eds.) *Advance in personality assessment*. (Vol.2), Hillsdale.
- Stein, N. L. y Trabasso, T. (1992). The organisation of emotional experience: Creating links among emotion, thinking, language and intentional action. *Cognition and Emotion*, vol. 6, 225-244.
- Steuer, J., Bank, L., Olsen, E. J., & Jarvik, L. F. (1980). Depression physical health and somatic complains in the elderly: A study of the Zung Self-Raiting Depression Scale. *Journal of Gerontology*, 35, 683-688.
- Storm, C., & Storm, T. (1987). A taxonomic study of the vocabulary of emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 53, 805-816.
- Tamara, B., Domínguez, G., Espín, A. A., Bayorre, V. H. (2001). Caracterización de las relaciones familiares del anciano. *Medicina General Integral*, vol. 17(5), 418-22.

Taylor, J. (1953) A personality scale of manifest anxiety. *The journal of abnormal and social psychology*, vol. 48, 285-290.

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist*, vol. 55(1), 15-25.

Tobal, J., & Vindel, A. (1986). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - ISRA-*. Madrid: TEA.

U. S. Department of Health and Human Services. (1981). *Statistics on incidence of depression*. Washington, D.C: U. S. Government Printing Office.

Vallejo, M. A. (2000). Emociones y dolor. *Sociedad Española del Dolor*, vol. 7, 19-21.

Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. Nueva York: Springer-Verlag.

Whitbourne, S. K. (1986). *Adult development* (2ª. ed.). Nueva York; Praeger.

Williams, R. B., Barefoot, J. C., & Shekelle, R. B. (1985). The health consequences of hostility. En M.A. Chesney y R.H. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioural disorders* (pp.173-185). Washington: Hemisphere.

Zannata, C. E. (2001). *Ansiedad y Enfrentamiento: Perfil psicodiagnóstico de una comunidad estudiantil de nivel superior*. Tesis de maestría inédita. Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D. F.

Zung, W. W. (1965). A self rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 12: 63-70.