

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES.

LA HOSTILIDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONSTRUCTO DE ANSIEDAD.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ERNESTO TREJO PÉREZ.

DIRECTOR: MAESTRA NURY DOMÉNECH TORRENS.

ASESOR METODOLÓGICO: DOCTORA DOLORES MERCADO CORONA.

CIUDAD UNIVERSITARIA, OCTUBRE DE 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.

A la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), que por medio 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”**, brindo apoyos y recursos a este trabajo de tesis, el cual forma parte del proyecto mencionado.

A la Maestra Nury Doménech, porque sembraste en mí la duda acerca de este tema y sin ella nunca hubiese surgido este trabajo. También gracias por tu guía, atenciones, reflexiones y tiempo para terminar esta tesis; por escucharme cuando lo necesite, pero sobre todo gracias por tu amistad, cariño y confianza.

A la Doctora Dolores Mercado por todo el apoyo académico y técnico para realizar este trabajo; también por todas tus sugerencias, aportaciones y comentarios para mejorar la calidad de esta tesis. Gracias por dejarme aprender de tu experiencia y sabiduría; por apoyarme y preocuparte no sólo en las cuestiones académicas; mil gracias por todo el cariño, confianza y amistad.

A mis sinodales: Maestro Arturo Martínez, Maestro Luis Cáceres y al Licenciado José Luis Reyes, gracias por el tiempo que le dedicaron a mi tesis, les agradezco sus valiosos comentarios y sugerencias.

Al Licenciado Javier Gómez por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo en la Facultad de Ingeniería de la U.N.A.M.

Dedicatoria.

A Rosalinda donde sea que se encuentre.

A mi familia: Griselda, Norberto, Valeria y Agenor; le agradezco al destino que estén ustedes conmigo, gracias por su amor, apoyo, compañía y cariño, los quiero y me siento muy orgulloso de acompañarlos en esta aventura llamada vida.

A mis tíos, primos... y demás personas que también son mi familia, aunque no nos una un parentesco.

A mis mejores, irremplazables e inseparables amigas: Claudia, Erándeni, Ilayalí, Marlene y Maribel, gracias por formar parte de mi vida, por escucharme y por estar siempre cerca de mí; por todas las cosas buenas, malas y peores que hemos vivido... y las que faltan, las quiero.

A todas y todos mis amigos de la facultad.

A todas las personas que quiero y me quieren.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por mi formación profesional y personal.

Índice

Resumen.

Introducción

Capitulo 1. Hostilidad

Hostilidad

Características de la ira y la hostilidad.

El proceso emocional de la ira-hostilidad.

Continúo Ira, Hostilidad y Agresión.

Modelos que relacionan a la Hostilidad con la salud

Medición psicométrica de la Hostilidad.

Capitulo 2. Ansiedad

Ansiedad.

Tipos de ansiedad.

Diferencias entre la ansiedad y miedo.

Modelos y teorías de la ansiedad.

Ansiedad patológica.

Evaluación de la ansiedad.

Medición psicométrica de la ansiedad

Capitulo 3. Emociones: Hostilidad y Ansiedad.

Emociones.

Hostilidad y ansiedad: Influencias sobre la salud.

Emociones y salud.

Estrés y emociones.

Emociones en la juventud.

Comentarios Finales.

Capitulo 4. Método.

Capitulo 5. Resultados.

Capitulo 6. Discusión.

Referencias.

Resumen.

Todos los seres humanos experimentan emociones, sólo que con diferente intensidad y frecuencia; es así como esta investigación se interesó por saber si existía relación entre la hostilidad y ansiedad en jóvenes universitarios; en este sentido la hostilidad y la ansiedad, que son emociones negativas, muestran una visión de la forma en que interactúa el individuo con los demás y la forma en que evalúa las situaciones que se le presentan. Esta investigación tuvo el propósito de medir el grado de relación que existe entre la Hostilidad y Ansiedad. Participaron 326 estudiantes de licenciatura de la U.N.A.M., 160 de Psicología y 166 de Ingeniería, 164 mujeres y 160 hombres con edad de 18 a 30 años. De igual forma se buscó encontrar diferencias en las calificaciones totales de Hostilidad y Ansiedad por escuela, sexo y edad. Para medir Hostilidad se aplicó el *Inventario de Ira y Hostilidad (IIH)* elaborado por Mercado, Galán, Doménech, Martínez y Villagrán (en preparación), conformado por 70 reactivos agrupados en 7 factores; para Ansiedad se usó una nueva versión de *La Escala De Ansiedad Manifiesta De Taylor (TMAS)*, Mercado et. al. (en preparación) conformada por 26 reactivos agrupados en 5 factores. Los resultados indicaron que ambas variables correlacionan por el método rho de Spearman, $r_s = .529$ con $p \leq$ al .001; por lo que ambas emociones se relacionan. Para las diferencias en Hostilidad y Ansiedad entre escuela, sexo y edad se realizó un Análisis de Varianza Multivariado a las calificaciones totales de las pruebas así como a la calificación de cada factor. Hubo efectos significativos e interacciones para la calificación total de la prueba IIH y para los factores: Indicadores Fisiológicos, Ideología de Poder, Hostilidad, Victimización y Culpa; para Ansiedad los efectos significativos e interacciones ocurrieron en la calificación total de la prueba TMAS y en todos sus factores. Hay evidencia de que el contexto y los factores situacionales provocan que la Ira/Hostilidad así como sus componentes se presente de manera diferente para cada grupo de estudiantes, ya que en Ingeniería es donde hay más intensidad emocional respecto a las actitudes relacionadas con esta emoción; en tanto que para Ansiedad, las mujeres y los participantes más jóvenes son quienes más intensidad emocional tienen respecto a la ansiedad, por lo que hay elementos de diferencias individuales y además de aspectos sociales y de contexto que determinan estos resultados; en los hombres y mujeres de Psicología las variaciones en los puntajes son mayores, mientras que en los Ingeniería son más estables.

Palabras Clave: Hostilidad, Ira-Hostilidad, Ansiedad, Enfermedades Crónico-Degenerativas y Jóvenes.

Introducción.

Las emociones son procesos adaptativos que se activan cada vez que el organismo detecta algún peligro o amenaza a su equilibrio; una de sus principales funciones es la organización, es decir, organiza la actividad compleja en breve tiempo con el fin de anticipar las consecuencias que puedan presentarse para el individuo. (Fernández-Abascal y Palmero; 1998)

Las emociones no se encuentran estáticas si no que más bien cambian en función de las demandas del entorno, puesto que movilizan y alteran una gran cantidad de procesos psicológicos, como la percepción, atención, memoria, cambios a nivel fisiológico y a su vez promueven la planificación de acciones, la comunicación verbal y no verbal y motivan a la acción, (Fernández-Abascal y Palmero; 1998). Toda esta activación emocional se considera como una respuesta emocional multidimensional o multifactorial puesto que produce una experiencia o efecto subjetivo, una expresión corporal o efecto social, un afrontamiento o efecto funcional y un cambio fisiológico.

Las emociones más estudiadas en el ámbito de la salud han sido la ansiedad, ira/hostilidad y depresión; ya que el bienestar o el malestar de los individuos cumplen una función social, la comunicación. Las emociones están relacionadas con diversos sistemas fisiológicos que forman parte del proceso salud-enfermedad, puesto que éstas influyen sobre la salud y la enfermedad a través de sus propiedades motivacionales, ya que pueden modificar las conductas saludables y las no saludables (Cano-Vindel, Sirgo, Díaz-Ovejero; 1998). Las emociones suelen provocar sensaciones agradables o desagradables y pueden ser más o menos intensas y el grado de control que tenemos sobre ellas es variable, además de que las emociones positivas potencian la salud, haciendo que las sensaciones agradables perduren y que el individuo se preocupe por su bienestar, mientras que las negativas la disminuyen, pues afectan el sistema inmunológico.

En este contexto, de la hostilidad se puede mencionar que tiene un núcleo temático relacionado con el desprecio o desagrado hacia quienes lo rodean, mientras que en el de la ansiedad, el núcleo se refiere al miedo, peligro físico o psicológico; ambas pertenecen a la dimensión de las emociones negativas, y es en este sentido que nos dan una visión de la forma en que interactuamos con los demás o bien la forma en que evaluamos las situaciones o eventos que el medio nos presenta.

El control o represión o expresión controlada de experiencias emocionales desagradables para eliminar un malestar, puede tener consecuencias peligrosas para el individuo, puesto que hay cambios en el sistema inmunológico, por lo tanto, influye directamente en el proceso salud-enfermedad; por lo que si se hace habitual su experiencia y expresión no controlada o se reprime, puede llevar a consecuencias nada favorables para el bienestar de la persona, ya que afectará su salud física y psicológica.

Lo anterior nos lleva a una menor calidad de vida, concepto que considera el bienestar emocional de las personas como una de sus dimensiones; así pues, si la persona no lo tiene o no puede acceder a él, establece una mala relación con el ambiente, pues las exigencias del mismo se percibirán como superiores a la propia integridad.

De igual forma las relaciones interpersonales serán afectadas, pues las personas que lo rodean, lo percibirán como un individuo desagradable o bien él mismo apreciará a los demás como amenazantes; en ambos casos el resultado es aislamiento y segregación del grupo social, lo cual afecta el bienestar psicológico de la persona.

Por otra parte la juventud es una etapa de suma importancia en el ciclo vital de los seres humanos, en este momento de la vida hay demasiadas exigencias y expectativas de quienes los rodean, y se espera mucho de ellos, esto afecta directamente el proceso de formación de la identidad iniciado en la adolescencia, el cual continúa en la juventud, y que está determinado por diversos factores, entre los cuales están las emociones.

Este trabajo forma parte 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” , financiado y apoyado por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA); cuyo interés es la relación de las emociones y la salud; es así como este trabajo presenta una revisión de la información referente a la ira/hostilidad y a la ansiedad así como de emociones y su relación con la salud; gracias a que estos temas han sido abordados desde ya hace algunos años; esta breve revisión es entorno a las características de cada una de estas emociones, los factores que las elicitan así como la influencia sobre la salud; además se describe la relación ira/hostilidad-ansiedad, de la cual se señala como se presenta en los jóvenes con el fin de detallar los factores que la propician.

Asimismo esta investigación pretende determinar como se presenta la hostilidad y la ansiedad en los dos escenarios escolares, así como las diferencias que hay entre hombres y mujeres y también considerando la variable edad; pues estos varían en intensidad así como en los factores predisponentes.

De igual forma, el conocer por separado los niveles de ansiedad y ira/hostilidad en esta población, es de relevancia, pues así se puede tener una visión de cuales son las problemáticas que aquejan a este grupo y así enfatizar en la prevención de cuestiones más graves o bien para plantear procedimientos que permitan mejorar la interacción social.

Por todo lo anterior se cree conveniente poner mayor interés en los jóvenes, puesto que se puede informar y prevenir enfermedades que se presentan en la edad adulta o vejez, de igual forma mejorar las relaciones interpersonales, además de que muchas de las decisiones que se tomen en esta etapa afectarán en gran medida el rumbo que seguirá su vida futura.

Capítulo 1. Hostilidad.

1.1 Hostilidad.

La relación entre las emociones y la salud es tema de interés para la Psicología de la Salud; respecto a la ira y la hostilidad diversos estudios señalan que la supresión así como la expresión de éstas contribuyen al progreso de desordenes físicos tales como el cáncer y las enfermedades vasculares, entre otras. Así, cuando las emociones pierden sus connotaciones adaptativas y funcionales, pueden convertirse en un factor que incrementa el riesgo de disfunción, enfermedad y/o muerte. En algunos trabajos se resalta la conexión existente entre la emoción de ira (más concretamente denominado "complejo ira-hostilidad") y la mortalidad (Moscoso; 2000 y Breva, Espinosa y Palmero; 2000)

Moscoso (2000) menciona que la experiencia de la ira es entendida como un estado emocional que incluye sentimientos que varían en intensidad, desde una ligera irritación o molestia hasta un nivel de furia intensa o rabia, por lo general, en respuesta a la percepción de injusticia o provocación. Asimismo, la ira es concebida como una reacción emocional y a la vez como una predisposición de la personalidad, es decir, como rasgo de personalidad. La supresión de la ira es reconocida como una respuesta de afrontamiento a la provocación. En la medida que este tipo de respuesta se presente de manera usual a través de diferentes situaciones sociales, el individuo desarrollará estados de hostilidad y resentimiento.

Breva, Espinosa y Palmero (2000) señalan que diversos autores definen a la hostilidad desde diferentes puntos de vista; a continuación se presentan algunas de estas definiciones: La hostilidad contiene sentimientos de ira, este concepto incluye además un complejo conjunto de actitudes, lo cual motiva conductas agresivas dirigidas hacia la destrucción de objetos o de daño físico hacia otros. Así pues, como indican Smith y Frohm (1985), que la hostilidad se fundamenta en la creencia "tu ganancia es mi pérdida"; hay que plantear que dicha creencia implica una actitud negativa hacia los demás y hacia la misma naturaleza humana, como consecuencia

de la cual los sujetos altamente hostiles presentan facilidad para percibir su mundo interpersonal como una lucha incesante e irritante. No resulta, pues extraña la hipótesis de que es la continua activación atencional, o la excesiva y continua vigilancia de ese mundo, que el individuo hostil percibe como extremadamente amenazante, que provoca un incremento en la activación y reactividad cardíacas (Weidner, Sexton, McLellarn, Connor y Matarazzo, 1987).

Al referirnos al concepto de hostilidad no debe pasarse por alto que se trata de un constructo de naturaleza multidimensional, ya que tiene todos los componentes de la emoción así como de que es causada por diversos factores; Berkowitz (1996) señala que es una actitud negativa hacia una o más personas que se refleja en un juicio desfavorable de ella o ellas, y sostiene que un individuo hostil es alguien que cotidianamente hace evaluaciones negativas acerca de los demás, mostrando desprecio y disgusto global por una o muchas personas.

Se considera que la hostilidad es una actitud de desconfianza cínica, resentimiento y antagonismo interpersonal (Smith y Frohm; 1985), es una disposición perdurable de ver a los demás como probables fuentes de maltrato, frustración y provocación (Janssen, Spinhoven, y Brosschot; 2001).

Diamond (1982) señala que otros autores definen a la hostilidad, como: Buss en 1961 describe la hostilidad como una actitud que implica una implícita respuesta verbal; Plutchik (1980) la considera como una mezcla de ira y disgusto, asociada con indignación, desprecio y resentimiento; y Saul (1976) como una fuerza motivante, ya sea impulso consciente o inconsciente, tendencia, intento o reacción, que va dirigida a injuriar o destrozar algún objeto, estando acompañada usualmente por el sentimiento o emoción de ira.

Por su parte Lazarus y Lazarus 2000 (citados en Castrillón, Ortiz y Vieco; 2004) señalan que la hostilidad generalmente se refiere a un sentimiento y no a una emoción, es decir las personas se sienten hostiles hacia otras personas cuando hay una predisposición a enojarse con alguien, tanto si una acción ofensiva es provocadora,

como si no lo es pero es interpretada como provocadora. La persona siente esa hostilidad específica siempre hacia algo a alguien, pero solo se enoja cuando decide sentirla.

Fernández-Abascal y Palmero (1999) refieren que varios autores señalan que el constructo de Hostilidad esta conformado por un núcleo cognitivo de creencias y actitudes negativas y destructivos hacia los demás, tales como odio, rencor y resentimiento (Johnson, 1990); Barefoot (1991) señala que este núcleo cognitivo ha sido considerado como el componente central y quizá único del concepto de hostilidad; es así como, la hostilidad puede actuar como motivadora de conductas agresivas y de venganza (Johnson, 1990).

La hostilidad es una actitud que implica una transmisión social de resentimiento y que incrementa la probabilidad de que se desencadenen respuestas verbales o motoras con un claro tinte de agresión. Esta tendencia, intento o reacción conductual va dirigida a destrozarse algún objeto, o a injuriar o agredir a alguien, pudiendo ir acompañada dicha tendencia o conducta de un sentimiento de ira. (Fernández-Abascal y Palmero, 1999)

Una de las características más importantes de la Hostilidad es que, es una actitud duradera en la que se presentan resentimientos, indignación, la acritud y la animosidad. Es una actitud cínica acerca de la naturaleza humana en general, pudiendo llegar al rencor y la violencia en determinadas situaciones, aunque lo más frecuente es que la hostilidad sea expresada de modos muy sutiles, que no violen las normas sociales. (Fernández-Abascal y Palmero, 1999)

La hostilidad implica creencias negativas acerca de otras personas, así como la atribución de que el comportamiento de estas otras personas es antagónico o amenazador para nosotros. La atribución hostil se refiere a la percepción de las otras personas como potenciales agentes amenazantes, por lo que los sujetos que experimentan la hostilidad son muy proclives a manifestar reacciones agresivas contra dichas personas. (Fernández-Abascal y Palmero, 1999)

Barefoot (1992) plantea que esta atribución hostil incrementa la probabilidad de que la conducta de los demás pueda ser interpretada como amenazante y pueda servir como justificante de la hostilidad que se manifieste de cara a las conductas antagónicas de los demás.

1.2 Características de la ira y la hostilidad

Iacovella y Troglia (2003) señalan que el patrón de conducta tipo A (PCTA) ha sido criticado como predictor de trastornos cardiovasculares, por lo que se comenzó a investigar un nuevo patrón de predisposición conductual que indicara más eficazmente la posibilidad de presentar un trastorno cardiovascular; y es que es la Hostilidad la que se mostró como el componente más tóxico y nocivo del PCTA en tanto indicador de riesgo coronario, la atención se centró sobre la dimensión hostil. Surgió así el complejo ira-hostilidad, amplio constructo que engloba distintos aspectos (Barefoot, 1992), un componente cognitivo (hostilidad), un componente afectivo-emocional (ira) y un componente conductual (agresión). También en busca de nuevos constructos con mayor capacidad predictiva Spielberger, Krasner y Solomon (1988) formularon el síndrome ira-hostilidad-agresión (IHA) como complejo asociado al riesgo de enfermedad coronaria (EC). El mismo incluye la ira en tanto estado y en tanto rasgo, así como también la expresión ("ira-in", ira hacia adentro e "ira-out", ira hacia afuera) y el control de la ira.

De la misma forma que ocurrió con el PCTA se plantea la posibilidad de que el constructo hostilidad tenga un carácter multidimensional, siendo sólo alguno de sus componentes el elemento que posea una naturaleza dañina en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular (Palmero y Codina; 1996). La Hostilidad 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 sujetos que presentan hostilidad se caracterizan por esperar lo peor de los demás, estar siempre a la defensiva, crear ambientes de tensión y competitividad y percibir al entorno como un espacio de lucha para lograr objetivos.

1.3 El proceso emocional de la ira-hostilidad.

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, como en todas las emociones, se inicia con la evaluación (cognición) de un estímulo (percepción) que realiza un sujeto con un determinado estado afectivo (afecto), 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 respuesta fisiológica se caracteriza por un aumento de la activación simpática, la hostilidad modula la respuesta fisiológica y las tendencias a la acción (aumentándolas). En cuanto a la acción, el sujeto la llevará a cabo si estima que sus recursos para la agresión son suficientes y lo considera pertinente. Si no se da alguna de estas condiciones entonces reprime el impulso y consecuentemente se incrementará la hostilidad (también podría ser incrementado el sentimiento de ira), de este modo se produce también un aumento de la activación fisiológica o su prolongación en el tiempo.

La ira y la hostilidad son denominaciones utilizadas para referirse al mismo proceso: la emoción de ira o cólera, se consideran emociones altamente relacionadas entre sí, cuya principal diferencia sería la duración temporal e intensidad que caracteriza la respuesta de cada una de ellas. Desde este punto de vista, la ira sería considerada una respuesta emocional muy breve pero muy intensa, mientras que la hostilidad tendría habitualmente una duración mucho mayor en el tiempo y su intensidad sería considerablemente menor, de ahí que se le denomine ira caliente a la propia ira, y como ira fría para referirse a la hostilidad. (Fernández-Abascal y Palmero; 1999)

Con lo anterior se suele considerar como proceso emocional ira – hostilidad, en donde la ira es la parte afectiva-subjetiva mientras que la hostilidad debe ser considerada como la parte cognitiva actitudinal de dicho proceso.

Ambos constructos tienen implicaciones directas sobre la salud de las personas, pues la interacción entre la dimensión subjetiva y cognitiva es donde se encuentra el núcleo básico de este proceso emocional, el cual recordemos son actitudes y creencias negativas, y así es como se da la influencia sobre la salud, pues las percepciones y valoraciones que realice la persona cada vez que se enfrenta a una determinada situación, así como la predisposición que exista en ella cuando recibe la estimulación, van a configurar en gran medida de la cualidad y la intensidad de la emoción que experimente. (Fernández-Abascal y Palmero; 1999)

1.4 Continuo Ira, Hostilidad y Agresión.

En este continuo se ha tratado de analizar la interconexión entre los componentes afectivos, cognitivos y conductuales; en el caso de la ira sería el componente afectivo; la hostilidad sería el componente cognitivo y la agresión representaría el componente conductual. Es por esta razón que se alude a la ira en términos de afecto, a la hostilidad en términos de actitud y a la agresión en términos de conducta destructiva

Spielberger, Jacobs, Russell y Crane (1983) establecen una especie de continuidad en la definición de ira, hostilidad y agresión, que ellos recogen conceptualizándolo como un continuo complejo; en donde la ira es un concepto más simple que la hostilidad o la agresión, la ira se refiere a un estado emocional, que consta de sensaciones que varían en intensidad, desde ligera irritación o enojo a furia y rabia. A pesar de que la hostilidad implica usualmente sensaciones airadas, este concepto tiene la connotación de un grupo complejo de actitudes que motivan conductas agresivas dirigidas a destrozarse objetos o injuriar a la gente. Mientras la ira y la hostilidad se refieren a sensaciones y actitudes, el concepto de agresión generalmente implica destrucción o conductas punitivas dirigidas hacia otras personas u objetos. Continúan haciendo una distinción entre agresión hostil e instrumental, necesaria para diferenciar la hostilidad de la agresión. Agresión hostil se refiere a conductas motivadas por la ira; agresión instrumental se refiere a conductas agresivas dirigidas a quitar o

salvar un obstáculo situado entre un agresor y una meta, no estando tales conductas motivadas por sentimientos airados.

Refiriéndose a este síndrome (IHA) Smith (1994) opina que la naturaleza cognitiva de este tema y las connotaciones conductuales de la tendencia a la acción ponen de manifiesto la dificultad a la hora de establecer definiciones conceptuales completamente distintas de ira, hostilidad y agresión.

Por su parte Cook y Madley (1954), basándose en su Escala de Hostilidad (Ho) señalan que la persona hostil es un individuo que tiene poca confianza en el otro, ve a la gente como deshonesto, antisocial, inmoral e inferior, y que cree que se les debe hacer pagar por sus faltas. Además sostienen que la hostilidad puede llegar a odio o enojo crónico; de lo cual Barefoot, Dodge, Peterson, en 1989 presentaron una definición de hostilidad a partir de la revisión de la escala Ho, dicha definición está fundamentada en varias teorías del enojo y la agresión así como del procesamiento de información social, y que involucra tres componentes; el cognoscitivo, el afectivo y el conductual.

En el caso del componente cognoscitivo lo constituyen las creencias negativas que un individuo hostil tiene acerca de los demás, y a su vez estas creencias producen desviaciones en las atribuciones que los individuos tienen acerca de la conducta de los demás, interpretándola como antagónica o amenazante, lo que a su vez sirve para justificar su comportamiento hacia ellos. Barefoot (1992) distingue entre el cinismo y las atribuciones hostiles, indicando que el primero se refiere a las creencias negativas acerca de la naturaleza humana en general, y supone que esta se encuentra motivada por el egoísmo más que por una preocupación real por los demás, en el caso de las atribuciones hostiles dice que son las creencias acerca de las conductas antagónicas que de los otros dirigen específicamente hacia la persona, es por eso que se perciben como amenazantes. Genn (1998) menciona que la desviación de la atribución, es la tendencia que tiene las personas a mal interpretar las intenciones de los otros, lo que surge como producto de algunas deficiencias en el procesamiento de

información, tales como una codificación e interpretación ineficiente de las señales sociales.

Refiriéndose a la segunda dimensión o componente afectivo de la hostilidad se incluyen varios estados emocionales, entre los que se encuentra el enojo, la molestia, la irritabilidad, el disgusto o el desprecio (Barefoot, 1992). En este sentido, Miller, Smith, Turner, Guijarro, y Hallet (1996) identifican al enojo como el elemento afectivo característico de la hostilidad y lo definen como una emoción displacentera que varía de intensidad desde una leve molestia hasta llegar a la ira o furia. El enojo como el resto de las emociones, puede observarse como un estado transitorio o como una disposición perdurable o rasgo, lo cual significa experimentar episodios frecuentes y pronunciados de ese estado (Smith, 1994).

La tercera dimensión o componente conductual de la hostilidad es la agresión, que puede ser manifestada tanto verbal como físicamente (Barefoot, 1992). La agresión se refiere a una conducta abierta, definida típicamente como una acción de ataque o dañina, dirigida hacia algún objeto o persona, que puede tomar una variedad de formas verbales, entre las que destacan el sarcasmo, insultos, rudeza o simplemente la oposición y que también pueden verse involucradas acciones físicas directas (Averill 1983).

Los efectos fisiológicos de la hostilidad (Fernández-Abascal y Palmero, 1998), son básicamente similares a los de la ira, aunque más moderados en intensidad, más duraderos en el tiempo y resistentes a la habituación. Los principales cambios en el sistema nervioso autónomo son: elevación en la tasa cardiaca, cambios en la presión arterial, cambios en la respuesta galvánica de la piel mientras se observa una disminución en el ritmo sanguíneo.

Las descripciones de hostilidad incluyen estados afectivos, conductas, expresiones emocionales, cinismo y otras dimensiones, por lo que es de suma relevancia mencionar que las características del enojo, la hostilidad y la agresión se traslapan e interactúan constantemente.

Fernández-Abascal y Palmero (1998) mencionan que hay situaciones que podrían llegar a provocar directamente hostilidad, situaciones en las que se produce violencia física, situaciones en las que percibimos y atribuimos a otras personas actitudes de irritabilidad, negativismo, resentimiento, recelo, o de sospecha hacia nosotros o hacia otras personas de nuestro entorno, podría decirse que la hostilidad tiene características "contagiosas", puesto que se desencadena cuando nos sentimos objetos de hostilidad de otras personas.

1.5 Modelos que relacionan a la Hostilidad con la Salud.

Desde que inició el estudio para determinar las consecuencias que tiene la hostilidad en la salud, los mecanismos que vinculan a este rasgo de personalidad con las enfermedades cardiovasculares, han sido estudiados desde diversas perspectivas, lo que ha dado como resultado 4 modelos que intentan explicar esta relación. García-León y Reyes del Paso en 2002 hacen una revisión de los modelos de la relación entre la Hostilidad y la salud, en específico con la enfermedad coronaria y proponen uno que los sintetiza.

Como ocurre con casi todos los constructos de personalidad, también puede hablarse de varios enfoques distintos en el estudio del constructo hostilidad/ira/agresión (IHA). Los modelos planteados reflejan de algún modo la tendencia común dentro de las teorías de la personalidad a poner el énfasis en determinantes situacionales, personales o en la interacción entre ambos.

Modelo de vulnerabilidad psicosocial

Se ha sugerido que los individuos hostiles muestran mayor riesgo de enfermedad coronaria (EC) 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; Benotsch, Christensen y McKelvey, 1997; Smith y Frohm, 1985; Smith, Pope, Sanders, Allred y O'Keeffe, 1988), han encontrado que la familia de los individuos con hostilidad

cínica no sólo no es una fuente de apoyo social, sino que puede constituir una fuente de estrés. Por otra parte, parece que estos sujetos suelen experimentar también más estresores diarios y más conflictos interpersonales, así como menos satisfacción social (Hardy y Smith, 1988; Smith *et al.*, 1988).

Para explicar el hecho de que los sujetos con puntuaciones altas en hostilidad tengan pocas relaciones de apoyo social satisfactorias, la evidencia empírica ha sugerido dos líneas explicativas que pueden ser complementarias (Houston y Vavak, 1991). La primera de ellas sitúa la clave en el comportamiento que se produce en los demás como reacción a la conducta de los sujetos hostiles, considerando que la mayoría de las personas evitan o minimizan el contacto con estos sujetos debido precisamente a la conducta tan desagradable que éstos muestran normalmente. De acuerdo con Hardy y Smith (1988) las expectativas, atribuciones y creencias de los individuos hostiles inician el proceso, al propiciar que se interprete la conducta de los demás como antagonista o amenazante y al atribuirles intenciones malevolentes. Este tipo de pensamientos produce un modo de actuar desagradable por parte de los sujetos hostiles, que genera en los demás una serie de conductas antagonistas con respecto a ellos. El comportamiento antagonista y desagradable de los demás sirve para reforzar las creencias, atribuciones y expectativas de los individuos hostiles, así como su comportamiento. Esto podría desembocar en un ambiente interpersonal estresante para los sujetos hostiles, impidiendo que exista el apoyo social suficiente necesario para mitigar los efectos negativos de determinados comportamientos o emociones sobre el bienestar físico y psicológico del individuo (Johnson, 1990). Por otra parte, se asume que son los propios sujetos hostiles, de forma activa e intencional, los que evitan la búsqueda y la aceptación del apoyo social, debido al peculiar desagrado que para ellos tienen las interacciones sociales. En relación con este punto de vista, se ha encontrado que la tendencia a experimentar ira interna por parte de estos sujetos parece afectar a las cogniciones sociales, reduciendo el deseo o la búsqueda del apoyo social (Palfai y Hart, 1997).

Modelos de vulnerabilidad constitucional

Según estos modelos, los determinantes de tipo constitucional son los más importantes para explicar la relación entre el constructo IHA y la EC. Krantz y Durel (1983) y Krantz y Manuck (1984) propusieron que, tanto las manifestaciones psicológicas y psicofisiológicas del constructo IHA, como la EC, estaban determinadas fundamentalmente por diferencias individuales a nivel biológico o constitucional.

En este sentido, Kranz y Durel (1983) sugieren la existencia de una segunda estructura, de tipo cognitivo-actitudinal, que favorecería las evaluaciones e interpretaciones típicas de estos sujetos. La interacción entre ambas estructuras sería la que produciría las manifestaciones comportamentales y emocionales del constructo IHA. 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.

La búsqueda de factores de tipo constitucional relacionados con los diversos componentes del constructo IHA ha generado también otros modelos basados en factores bioquímico-metabólicos. Ejemplos de éstos son los modelos centrados en la testosterona o la hipoglucemia como mecanismos explicativos de la conducta agresiva (Baum, 1993).

Modelo de salud conductual

Existe una serie de factores "clásicos" de riesgo para la salud cardiovascular. En buena parte, estos factores hacen referencia a estilos de vida como el fumar, la inactividad física, los hábitos dietéticos inadecuados (consumo de sal, alcohol, grasas saturadas –que pueden alterar el perfil lipídico de la persona-), obesidad, etc. Leiker y Hayley (1988) afirman 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 o, lo que es lo mismo, a causa de una relativa ausencia de conductas saludables y/o presencia de hábitos o conductas de riesgo en su vida cotidiana. De acuerdo con este modelo, la evidencia empírica ha demostrado la existencia de correlaciones negativas entre el constructo IHA y comportamientos relacionados con buenos hábitos de salud, como el ejercicio físico y el cuidado personal (Everson et al; 1997 y Siegler, 1994). Por otra parte, también se han encontrado correlaciones positivas entre el constructo IHA y conductas poco saludables, como ingesta de sal (Miller et al; 1998), consumo de tabaco y de alcohol, conducción peligrosa y peso corporal (Everson et al., 1997; Houston y Vavak, 1991; Scherwitz, Perkins y Chesney, 1992; Smith, 1992; Whiteman, Deary y Fowkes, 2000). Por último, parece que las personas hostiles tienen más problemas que los demás para mantener la adherencia a los regímenes médicos prescritos, lo que es posible que también incremente el riesgo de enfermedades (Lee et al; 1992).

Últimamente, se ha resaltado el papel que podrían desempeñar ciertas variables psicosociales como el apoyo social en los hábitos de salud. Parece que esta variable puede actuar ayudando al individuo a evitar comportamientos que pueden ser perjudiciales para la salud, o alentándolo para que adquiera comportamientos que sean saludables o no perjudiciales para el organismo (Cohen, Kaplan, y Manuck; 1994). Si aceptamos que los individuos hostiles se hallan normalmente integrados en redes sociales inadecuadas, este tipo de redes podría facilitar la adquisición de comportamientos no saludables, incrementando la probabilidad de ocurrencia de conductas insalubres como el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, la vida sedentaria, etc., y/o impidiendo la adopción de conductas más saludables. Se crearía así un estilo de vida poco saludable, que, en su conjunto, podría estar potenciando el padecimiento de enfermedades cardiovasculares a través de los mecanismos clásicos de riesgo de la aterogénesis (Breva, Espinosa y Palmero, 1996).

Aunque el modelo de salud conductual ofrece algunos aspectos complementarios con respecto a los anteriores, presenta dos limitaciones que conviene tener en cuenta. Primero, el hecho de que la mayoría de los estudios son todavía de

tipo descriptivo, con lo que las conclusiones a las que puede llegarse son bastante limitadas. Segundo, el hecho de que la relación entre el constructo IHA y los malos hábitos de salud únicamente ha sido evaluada en factores de riesgo tradicionales, obviando otras conductas potencialmente peligrosas que pueden ser igualmente importantes (Smith, 1992).

Modelo de reactividad psicofisiológica

Su objetivo fundamental ha sido el estudio de la reactividad psicofisiológica y sus efectos en la producción de los procesos patogénicos que dan lugar a la EC. Desde este modelo se sugiere que la hiperreactividad cardiovascular frente al estrés constituye un factor de riesgo significativo, o cuando menos un marcador, de los procesos patogénicos que conducen a la EC (Krantz y Manuck, 1984). Según Williams, Barefoot y Shekelle (1985), el constructo IHA contribuye a la EC produciendo un aumento en la reactividad cardiovascular y neuroendocrina. Numerosos estudios (Guyll y Contrada, 1998; Houston, 1994; Powch y Houston, 1996; Smith, 1992; Steptoe, 1996) han encontrado evidencia que apoya la hipótesis de que las personas hostiles responden a estresores psicosociales con mayores incrementos en variables cardiovasculares y neuroendocrinas, incluso cuando se utilizan diferentes instrumentos de medida del constructo IHA. También es conocido que la evocación experimental del estado de ira aumenta la reactividad cardiovascular y disminuye la habituación en respuesta al estrés mental (Reyes del Paso y García-León, 2000).

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. Las afirmaciones de esta índole derivan en parte de la observación de amplias diferencias individuales en la magnitud y duración de las respuestas fisiológicas relacionadas con el sistema cardiovascular ante ciertas situaciones ambientales de interacción interpersonal, siendo estas respuestas más pronunciadas y de mayor duración en los sujetos hostiles (Engelbreton, Matthews y Scheier, 1989; Felsten y Leitten, 1993; Lai y Linden, 1992). Los datos apoyan también la estabilidad temporal de esas

respuestas (Kamarck et al; 1992) y, aunque la reactividad cardiovascular de los sujetos hostiles parece variar en función de distintas tareas y contextos, se ha encontrado una relativa consistencia dentro de un mismo contexto o en situaciones semejantes (Sloan, Shapiro, Bagiella, Gorman y Bigger, 1995).

Modelo transaccional

Este modelo parte de una perspectiva interaccionista para explicar el comportamiento de riesgo coronario asociado con características de personalidad como el constructo IHA. Esta perspectiva, 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 (Smith, 1989; Smith y Pope, 1990). 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. Una vez creado, este entorno social confirma la visión del mundo y de los demás de estos individuos, incrementa sus comportamientos desagradables y aumenta la frecuencia y duración de las reacciones psicofisiológicas ante los estresores interpersonales. Este conjunto de factores facilitaría así el desarrollo de la EC. La evidencia empírica ha demostrado que las rumiaciones constantes de estos sujetos prolongan la experiencia subjetiva de ira (Rusting y Nolen-Hoeksema, 1998), la reactividad cardiovascular (Fredrickson, Maynard, Helms, Haney, Siegler y Barefoot, 2000) y pueden llegar a disminuir el apoyo social (Breva, Espinosa, y Palmero; 1996). No obstante, las propias dificultades asociadas con el tipo de interacción que se propone aquí, hacen extremadamente complicado su estudio e investigación empírica, por lo que quizá es necesario un mejor afinamiento

metodológico para poder diseñar investigaciones en las que se pongan a prueba las interacciones múltiples propuestas desde este modelo.

En los párrafos anteriores, se han presentado una serie de modelos explicativos de la relación entre el constructo IHA y la EC. Algunos de los modelos propuestos se centran en factores situacionales, constitucionales o comportamentales, mientras que otros contemplan la interacción entre varios de estos factores. Estos modelos no son mutuamente excluyentes, sino más bien complementarios; García-León y Reyes del Paso (2002) integran información de los 4 ya mencionados y proponen un nuevo modelo contemplado más aspectos, este modelo es el de síntesis.

Modelo de Síntesis

Los factores situacionales a los que está expuesto el individuo activan procesos de evaluación cognitiva que se ven modulados por las características atribucionales-actitudinales que constituyen el correlato cognitivo de la hostilidad dentro del constructo IHA. Los individuos mostrarán diferencias individuales en el grado en que poseen las atribuciones, expectativas y creencias características de la hostilidad. Por una parte, la evaluación cognitiva ligada con la hostilidad va a influir en el ambiente –determinando el tipo de interacciones interpersonales que se producen en los contextos familiar, personal y laboral-, y por tanto, modulando en parte el nivel de estrés al que se expone el individuo, y en los hábitos de salud –determinando la adquisición de buenos o malos hábitos de salud-. Los hábitos no saludables (tabaco, sobrepeso, consumo de grasas saturadas, poco ejercicio físico, etc.) generan cambios fisiológicos que predisponen al agravamiento del proceso aterosclerótico.

Por otra parte, la evaluación cognitiva va a determinar la generación de una activación o reactividad emocional. Los individuos mostrarán también diferencias individuales en la intensidad, frecuencia, duración y forma de expresión de sus reacciones emocionales, en este caso, las de ira. A su vez, el estado emocional de ira puede ser más o menos percibido o experimentado a nivel consciente. La percepción y evaluación cognitiva de la ira puede favorecer que se desencadenen nuevas

respuestas cognitivas, las cuales aumentarían el estado emocional de ira. Los factores situacionales, a través de procesos de condicionamiento, podrían llegar a activar también los centros emocionales directamente, modulando las respuestas emocionales.

El componente conductual de agresión del constructo IHA estaría modulado conjuntamente por la activación de la emoción de ira y por los procesos atribucionales-actitudinales ligados con la hostilidad. Ambos tipos de influencias, junto con las procedentes de procesos inhibitorios (sensibilidad al castigo, educación, experiencias previas en contextos similares, aprendizaje etc.), pueden modular la selección del tipo de respuesta y el modo de expresión de la ira que se va a utilizar, determinando que se puedan producir respuestas agresivas o conductas más adaptativas. A su vez, el tipo de actividad conductual iniciada puede modular la evaluación cognitiva y la reactividad psicofisiológica. Esta actividad conductual externa también va a influir en el perfil psicosocial del individuo, el cual será negativo si predominan las respuestas agresivas.

También hay que tener en cuenta la existencia de factores antecedentes, como pueden ser un perfil psicosocial negativo (estatus socio económico bajo, bajo apoyo y cohesión social, etc.) o la presencia de un mayor número de eventos vitales negativos en el sujeto. Este mayor estrés situacional puede influir en la adquisición de hábitos pobres de salud, facilitar interpretaciones cognitivas de tipo hostil y la puesta en marcha de conductas agresivas, que en último término refuerzan estos factores antecedentes negativos.

Por último, la reactividad cardiovascular puede influir en la EC y sus manifestaciones de dos formas, una a largo plazo y otra a corto plazo. A largo plazo, la hiperreactividad cardiovascular y neuroendocrina, mediante el incremento en la actividad del sistema nervioso simpático y la elevación de lípidos en sangre, favorece un mayor desarrollo y agravamiento del proceso aterosclerótico, conduciendo a una enfermedad coronaria severa. A corto plazo, la hiperreactividad cardiovascular, en un individuo con EC, puede generar una serie de alteraciones fisiológicas (isquemia,

arritmias, ruptura de placas y formación de trombos, etc.) que pueden conducir a las manifestaciones cardíacas agudas de la EC (infarto de miocardio, angina de pecho o muerte súbita).

Como se puede observar, el modelo reconoce ampliamente la especificidad individual, en correspondencia con la evidencia actual que avala ampliamente este punto de vista. Los elementos cognitivos, emocionales, comportamentales y fisiológicos del constructo IHA disponen de un amplio margen de variación específico de cada factor.

1.6 Medición psicométrica de la Hostilidad.

En lo referente a la medición y evaluación de la Hostilidad son diversos los instrumentos desarrollados, Fernández-Abascal y Martín en 1995, citados en Fernández-Abascal y Palmero, 1999), presentan algunos de los instrumentos desarrollados para medir hostilidad.

- La escala de Hostilidad de Cook-Madley (Ho) elaborado en 1954, es un instrumento que proporcionaba inicialmente una puntuación global de hostilidad.
- Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee, creado en 1957 es un instrumento que se compone de siete subescalas: asalto, ataque, hostilidad indirecta, irritabilidad, negativismo, resentimiento, sospecha o recelo y hostilidad. Este instrumento ha sido traducido y adaptado a otros idiomas, por lo que hay nuevas versiones de esta prueba.
- La escala de Hostilidad Manifiesta de Siegel se elaboró en 1956, esta prueba proporciona una puntuación que refleja la fuerza para expresar la hostilidad.
- El cuestionario de Hostilidad y su dirección es un inventario creado en 1960 por Fould, Caine y Creasy, esta prueba brinda una puntuación total de

hostilidad, posee cinco escalas relativas a la dirección de la hostilidad: Hostilidad hacia fuera, criticismo de otros, proyección de hostilidad engañosa, autocrítica y culpabilidad.

- La Entrevista Estructurada creada por Rosenman en 1964, este instrumento no se basa en el autoinforme sino por la observación y en parte de la entrevista. Originalmente se desarrollo para el Patrón de Conducta Tipo A, incluye una medida de hostilidad con tres dimensiones: el potencial de hostilidad, la ira dirigida hacia fuera y la ira dirigida hacia adentro.
- Los Inventarios de Hostilidad E-R de Endler y Hunt en 1976 se refiere a dos formas paralelas, la H-YU-65-A y la H-UI-65-A, de un instrumento desarrollado para investigar la contribución de las personas, las situaciones y su interacción en la conducta hostil observada.
- El cuestionario de Agresión de Buss y Perry (1992) es un instrumento desarrollado para el estudio empírico de los diferentes componentes de la hostilidad y está construido por cuatro subescalas: Agresión física, Agresión verbal, ira (componente emocional) y hostilidad (componente cognitivo).
- Inventario de Hostilidad elaborado por Mercado, Galán, Doménech, Martínez y Villagrán (artículo en preparación) comprende 70 reactivos contenidos en 7 factores: Indicadores Fisiológicos, Falta de Control, Ideología de Poder, Hostilidad, Intolerancia/Exigencia, Victimización y Culpa. Su forma de respuesta es falso o verdadero, la respuesta verdadera mide hostilidad en todos los reactivos.

Capítulo 2. Ansiedad.

2.1 Ansiedad.

El constructo de ansiedad al igual que el de hostilidad es de naturaleza multidimensional, es decir, es consecuencia de diversos factores, como son los referentes a la persona y al medio; pero en ambos casos son utilizados por las personas para prevenir la vivencia de situaciones desagradables o que bien los puede ayudar a enfrentar o salir de las mismas.

Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) señalan que el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático.

La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. Todo el mundo experimenta ansiedad, la cual es una sensación de aprensión difusa, desagradable, y vaga que suele estar acompañada por sintomatología autónoma, como dolores de cabeza, palpitaciones, opresión en el pecho, molestias gástricas, inquietud; aunque estos síntomas pueden variar de individuo a individuo. (Baeza; 2005 y Kaplan; 1999); otro autor señala que la ansiedad es la reacción del individuo ante amenazas reales o imaginarias (Morris, 1998)

Miguel-Tobal (1996) y Miguel-Tobal y Casado (1999); señalan que la ansiedad se puede considerar como una respuesta emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas que engloba aspectos cognitivos, fisiológicos y conductuales y puede ser elicitada, por estímulos externos o

situacionales y por estímulos internos del sujeto, como lo son los pensamientos, ideas, imágenes, que son percibidos por el individuo como peligrosos y amenazantes.

La ansiedad tiene cualidades protectoras de la propia vida, como detectoras de amenazas externas o internas. La función básica de la ansiedad, es que advierte de amenazas de daño corporal, dolor, indefensión, posible castigo o frustración de necesidades sociales o corporales y finalmente de amenazas a la unidad o la integridad de uno mismo, en términos generales lleva a la persona a tomar las medidas necesarias para prevenir la amenaza o reducir sus consecuencias. (Kaplan; 1999)

La experiencia de la ansiedad tiene dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas (respuestas de sudoración y palpitaciones) y la conciencia de estar nervioso o asustado, lo cual puede ser incrementado por el sentimiento de vergüenza. Además de los efectos motores y viscerales, la ansiedad afecta el pensamiento, la percepción y el aprendizaje, esto al disminuir la concentración, reducir la memoria, y alterar la capacidad de relacionar un tema con otro. (Kaplan, 1999)

Un aspecto importante de las emociones es el efecto sobre la atención selectiva. Las personas ansiosas están predispuestas a seleccionar ciertas cosas de su entorno y descuidar otras en su esfuerzo por demostrar que esta justificado considerar una situación como amenazante y responder en consecuencia. (Kaplan, 1999)

Lazarus en 1976 (citado en Baeza 2001), tratando de superar las definiciones de ansiedad en términos de estímulo o respuesta, señala que ésta es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. En estos términos, los procesos críticos de la relación medio-individuo son la evaluación cognitiva y el afrontamiento. La evaluación cognitiva es un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante o amenazante; mientras que el afrontamiento es el

proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresante y las emociones que ello genera.

Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos, Baeza (2005) los agrupa y menciona los más importantes:

- Físicos: Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, mareo e inestabilidad.
- Psicológicos: Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, recelo, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones.
- Conductuales: Estado de alerta e hipervigilancia, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión en los músculos, cambios en la voz y en las expresiones faciales.
- Cognitivos: Dificultades de atención, concentración y memoria, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e inoportunos, sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, interpretaciones inadecuadas y susceptibilidad.
- Sociales: Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, verborrea, bloqueo, dificultades para expresar las propias

opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos.

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni con la misma intensidad. Cada persona, según su predisposición biológica y/ o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. Algunos de ellos sólo se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de la ansiedad. En casos de ansiedad normal se experimentan síntomas, normalmente de poca intensidad y duración; y poco incapacitantes. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no puede ni deben eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de saber convivir con la ansiedad, sin perder la operatividad. Sin embargo, algunas personas que han sufrido trastornos por ansiedad, sobre todo si han sido muy severos o incapacitantes, están sumamente sensibilizadas que tienen después dificultades para tolerar la ansiedad normal, e incluso distinguirla de la patológica.

Los desencadenantes de la ansiedad no son estímulos que puedan dañar directamente a la persona, sino que en su mayoría son reacciones aprendidas de amenaza. El tipo de estímulos, tanto internos como externos, que son capaces de evocar las reacciones de ansiedad, están en gran parte determinados por características personales, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a los propios desencadenantes y a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante los diversos tipos de situaciones implicadas. Fernández-Abascal, Martín, Domínguez (2002)

Los elementos comunes de la experiencia de ansiedad son: un estado emocional caracterizado por una diversidad de síntomas simpáticos, la creencia de que un mal o daño se aproxima, la aprensión y el miedo patológico y una menor capacidad de afrontamiento. El rasgo característico de la persona que tiene ansiedad es la percepción de una amenaza poderosa y la activación fisiológica cuando no existe un peligro real.

Al estudiar el funcionamiento cognitivo de las personas ansiosas se ha podido constatar que éstas presentan un tiempo de reacción más lento, además de tener un procesamiento más superficial de la información, una disminución en su capacidad de memoria, y una importante dificultad para controlar la atención, lo que suele traducirse en la manifestación de problemas concretos relacionados con la ejecución que se está llevando a cabo. (McLeod en 1999, citado en Fernández-Abascal, Palmero y Brea; 2002)

Eysenck y Calvo en 1992, señalan que la ansiedad no se encuentra asociada con una disminución general del procesamiento de información, sino con patrones inusuales de selectividad de procesamiento. Las personas ansiosas reservan una parte de su memoria de trabajo para tratar aquella información que es relevante para su ansiedad, aunque no tenga que ver con las exigencias de ese momento y sea irrelevante para la tarea concreta que tiene que realizar. La ansiedad ejerce una influencia negativa sobre los procesos de atención que a su vez repercuten sobre los procesos relacionados con la interpretación y el juicio, por lo que disminuye el funcionamiento general de los procesos de memoria.

El procesamiento cognitivo de la ansiedad se produce ante situaciones que se presentan o tienen lugar lentamente y que por tanto son situaciones que pueden ser previstas. Estas situaciones se valoran como muy importantes para el bienestar tanto físico como psíquico de la persona. La probabilidad de que las consecuencias emocionales en que se encuentra envuelto el sujeto pudieran suceder, eran esperadas antes de que el suceso ocurriera y son a su vez valoradas como contrarias con las metas que pretenden alcanzar la persona. Fernández-Abascal, Martín y Domínguez (2002)

2.2 Tipos de ansiedad.

Nitschke, Heller y Miller (2000) dicen que hay 2 dimensiones de la ansiedad; 1) se refieren a una forma concreta de ansiedad a la que denominan aprensión ansiosa o mejor conocida como preocupación, ansiedad cognitiva, ansiedad anticipatoria o

frustración anticipatoria. Esta forma de ansiedad se caracteriza por una forma de inquietud o preocupación por el futuro así como por pensamientos relacionados con miedos y con expectativas pesimistas y negativas. 2) por otra parte está la ansiedad autonómica definida también como activación ansiosa o ansiedad somática. Aquí predominan las experiencias de pánico, además de los sentimientos de miedo; esta actividad somática se encuentra relacionada con la intensidad del latido cardiaco y vértigo, pero no con la tensión muscular. Así la ansiedad somática suele ocurrir como consecuencia de la percepción de una amenaza que supone un daño inmediato, mientras que la ansiedad cognitiva suele ocurrir como consecuencia de una amenaza que implique el miedo y preocupación que se localiza en un futuro más distante.

Asimismo Fernández-Abascal, Martín y Domínguez (2002), plantean que existen dos tipos de reacciones de ansiedad: la ansiedad inespecífica, que no está asociada a estímulos determinados y la específica, que está suscitada por un estímulo concreto que puede ser real o simbólico, pero que obviamente no esté presente y ni sea inminente, ya que si está presente la respuesta emocional sería de miedo.

El afrontamiento de la ansiedad, como señal anticipatoria de una amenaza, produce un estado de hipervigilancia que permite realizar un alto grado de exploración del medio ambiente. Así pues, la principal tendencia a la acción de la ansiedad es una propensión a atender selectivamente o a amplificar las informaciones etiquetadas como amenazantes, desatendiendo las condiciones estímulares consideradas como neutras. Fernández-Abascal, Martín y Domínguez (2002)

2.3 Diferencias entre la ansiedad y miedo.

Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986; citado en Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003) Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas

y respuestas motoras; Johnson y Melamed (1979) indican que la ansiedad se diferencia del miedo en que la primera consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprensión para el individuo. La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995).

Fernández-Abascal, Palmero y Brea en 2002 señalan que otros autores discrepan al diferenciar la ansiedad del miedo, por ejemplo: Eysenck (1991) considera que la ansiedad es un caso concreto de miedo aprendido, Gray (1982) menciona que la ansiedad puede ser entendida como un estado de miedo elicitado por estímulos condicionados asociados con el castigo, pudiera ser como la anticipación a la frustración producida por otros estímulos. Por su parte Barlow (1991) distingue entre miedo y ansiedad refiriéndose a que el miedo y el pánico son lo mismo.

Una de las diferencias que se puede establecer entre el miedo y la ansiedad es la existencia o no de un objeto asociado a la emoción; es decir se puede considerar al objeto como un desencadenante concreto que la provoca, por lo que es difícil planear y ejecutar una actividad hacia dicho objeto, y solo se manifiesta una tendencia a la preocupación. En la ansiedad ese objeto no existe, mientras que en el miedo sí existe y por lo tanto se motiva a dirigir una actividad hacia el problema. (Clore y Ortony, 2000)

Actualmente la ansiedad tiende a ser considerada de forma multidimensional; desde la perspectiva de personalidad, el rasgo de ansiedad ha evolucionado desde una concepción unitaria donde se señalaba que era una tendencia relativamente estable hacia una concepción multidimensional en la que se asumen distintas dimensiones del rasgo (rasgos específicos), entendidas como tendencias individuales de reacción ante distintos tipos o clases de situaciones, por ejemplo: situaciones de evaluación, interpersonales, peligro físico y emocional, entre otras. Por lo que además de existir una tendencia general, que se manifiesta en mayor o menor grado en los

distintos individuos, a interpretar las situaciones como peligrosas o amenazantes y a reaccionar ante ellas con ansiedad (rasgo general de ansiedad), existen tendencias específicas a reaccionar de forma ansiosa ante un tipo u otro de situaciones (rasgos específicos). (Fernández-Abascal, Palmero y Breva; 2002)

2.4 Modelos y teorías de la ansiedad.

Teoría Psicoanalítica.

Freud identificó 2 tipos de ansiedad: 1) la primera es la represión de la libido, que no es más que un incremento fisiológico que conlleva a una representación mental de este hecho, en términos Freudianos la descarga de este tipo de ansiedad es el acto sexual y su represión deriva en una neurosis de ansiedad. Las condiciones de ansiedad excesiva relacionadas con un bloqueo libidinal incluyen la neurastenia, hipocondriasis, y la neurosis de ansiedad, todas ellas descritas por Freud con base biológica, es decir las neurosis actuales. 2) El otro tipo de ansiedad se describe como una sensación difusa de preocupación, o temor que se origina por un pensamiento reprimido. Este último es el responsable de la psiconeurosis-histeria, fobias y neurosis obsesivas. Para Freud el conflicto intrapsíquico es el responsable de la ansiedad y la psiconeurosis. De lo anterior Freud postuló una nueva teoría sobre la ansiedad que describía la ansiedad externa real y la ansiedad interna neurótica como respuesta a una situación peligrosa. (Kaplan, 1999)

Visión estímulo-respuesta de la ansiedad.

Wolpe en 1978, define a la ansiedad como aquella pauta o pautas de respuesta autonómica que constituyen una parte característica de las respuestas de los organismos a los estímulos nocivos, el cual se considera así cuando causa cambios en los tejidos del organismo que lo llevan a respuestas de evitación. Cuando la estimulación nociva evoca una respuesta de ansiedad, lo hace a través de los canales nerviosos. Es así como señala que los elementos que constituyen una respuesta de ansiedad son los que están asociados con amplias descargas del sistema nervioso

autónomo, principalmente el simpático; manifestándose con taquicardia, elevación en la presión sanguínea y del pulso etc.

Modelo Conductual.

Los enfoques conductistas ponen de manifiesto la conducta externa y observable, así como los efectos del aprendizaje y del condicionamiento. Se supone que la sintomatología de la ansiedad se aprende igual que otras conductas. Los ataques de ansiedad pueden reflejar respuestas emocionales condicionadas que se generalizan a otras situaciones. Esto empieza con el aprendizaje de evitación, o lo que es lo mismo cuando una conducta demora o impide la aparición de un estímulo doloroso (Conn, 2004)

Teoría de los 2 factores del miedo y ansiedad.

Mowrer en 1947 (Citado en McAllister y McAllister, 1995) propuso la teoría de los dos factores para explicar la adquisición de la respuesta de evitación ante el miedo y/o ansiedad, por medio del condicionamiento clásico y operante; el primer factor se explica a través del condicionamiento clásico aquí la asociación de un estímulo condicionado (EC) con una estimulación incondicionada (EI) de tipo aversivo que genera miedo o ansiedad, después de la asociación la sola presencia del EC provocara que el sujeto sienta miedo o ansiedad ante este estímulo; el segundo factor se explica por medio del condicionamiento operante ya que la evitación del estímulo aversivo (EC) es reforzante, por lo que se refuerza negativamente la respuesta al miedo o ansiedad del sujeto, teniendo en cuenta que ambos estados emocionales son desagradables, por lo cual motivan al sujeto a dar la conducta de evitación. Así pues la respuesta de evitación se aprende porque interrumpe el EC y por tanto reduce el miedo y/o ansiedad condicionado, que se logran reducir a niveles controlables para el individuo.

Modelo cognitivo –Conductual de la ansiedad.

En 1976 Beck propone que la ansiedad no es sólo un estímulo que le permita, al sujeto, prepararse psicológicamente para combatir una amenaza, sino más bien este autor se cuestiona si la ansiedad es una condición indispensable para que se den las respuestas de emergencia y retoma a Leventhal (1969), quien propone la siguiente relación que va del peligro a la acción:

Amenaza externa - Evaluación de la amenaza - Comportamiento de afrontación

Según este modelo, la ansiedad es experimentada después de analizar la amenaza y es concomitante y no antecedente del comportamiento adaptativo, esto es, y o contribuye a la secuencia adaptativa; por lo que define a la ansiedad como un estado emocional displacentero caracterizado por adjetivos como tenso, nervioso, asustado, revuelto por dentro, etc.

De igual forma Beck (1976) señala que en los trastornos del pensamiento, en las neurosis de ansiedad, el pensamiento del paciente ansioso esta dominado por temas de peligro a su dominio, esto es que el sujeto anticipa ocurrencias en detrimento de si mismo, su familia, propiedades o estatus, es decir intangibles que él valora.

Así mismo esquematiza el contenido del pensamiento de sujetos que padecen alguna neurosis de ansiedad:

- Pensamientos repetitivos acerca del peligro, cogniciones continuas verbales o pictóricas del peligro
- Habilidad reducida para razonar ante pensamientos de miedo.
- Generalización de estímulos: el rango de estímulos provocadores de ansiedad se incrementa de tal forma que casi cualquier sonido, movimiento u otro cambio ambiental puede ser percibido como un peligro.

- Tendencia a catastrofizar: el paciente espera las consecuencias extremadamente negativas ante cualquier evento concebible, haciendo de cualquier remota posibilidad un hecho.

El modelo de Beck señala que son 5 los factores que pueden predisponer o establecer la vulnerabilidad y la propensión a la ansiedad y a los trastornos relacionados:

1. herencia genética,
2. enfermedades somáticas,
3. traumas psicológicos,
4. ausencia de mecanismos de afrontamiento y
5. pensamientos, creencias, supuestos y procesamiento cognitivo distorsionado.

Este modelo de igual forma contempla factores que precipitan la ansiedad, estos son: enfermedades somáticas o abuso de sustancias, elementos externos e internos generadores de estrés, estrés de larga duración así como situaciones que afecten a la vulnerabilidad emocional específica de una persona. (Freeman y DiTomasso, 2004)

Enfoque estado-rasgo de la ansiedad.

Spielberger y Díaz-Guerrero (1975) definen y dividen a la ansiedad en 2 componentes, el estado y el rasgo; en lo que se refiere al estado se conceptualiza como una condición o estado emocional transitorio del ser humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo; en el caso de la ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia

a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la dimensión de ansiedad estado.

Teorías Situacionistas.

Miguel-Tobal y Casado (1999) señala que Mischel en 1966, argumenta que la respuesta de ansiedad depende directamente de las características de la situación, más que las variables de personalidad del sujeto y señala que el aprendizaje, ya sea por condicionamiento clásico u operante así como el vicario son los responsables del desarrollo y mantenimiento de las respuestas de ansiedad; así, esta teoría supone el estudio de las variables ambientales como determinantes de la conducta y planteando que ésta sólo se puede predecir y explicar a través de las condiciones antecedentes y consecuentes que se dan en la situación en la que se emite dicha conducta.

Teorías Interactivas.

Miguel-Tobal y Casado (1999) mencionan que fueron postuladas por Bower, Endler (1973) y Endler y Magnusson (1974, 1976) y propone que la conducta ansiosa se explica a partir de la interacción entre las características de la personalidad y las condiciones situacionales, es decir ningún factor personal ni situacional determinan la conducta de forma aislada. Es así como la ansiedad pasa de ser un concepto unitario a ser entendida de forma multidimensional, defendiendo la existencia de áreas situacionales específicas ligadas a las diferencias en cuanto al rasgo de ansiedad, y es así como se postula la teoría Interactiva Multidimensional en donde el rasgo de ansiedad es concebido como multidimensional, y señala que para la interacción rasgo por situación provoque un estado de ansiedad, es necesario que el rasgo sea congruente con la situación amenazante.

Teorías Existenciales.

El concepto central de esta teoría es que las personas toman conciencia de sentimientos de un profundo vacío en sus vidas que pueden ser valorados por los

sujetos aun más gravemente que la muerte. Estas teorías proporcionan modelos para los trastornos de ansiedad generalizada. (Kaplan, 1999)

2.5 Ansiedad patológica.

Se puede considerar a la ansiedad como una reacción normal, adaptativa y común de todos los individuos que tiene lugar cuando el sujeto percibe algún tipo de peligro o amenaza, tanto concreta como difusa; sin embargo, un desajuste en cuanto a la frecuencia, intensidad o duración de la ansiedad puede provocar una alteración de carácter psicopatológico, dando lugar a los trastornos de ansiedad. (Fernández-Abascal, Palmero y Breva; 2002)

La evocación de la ansiedad en respuesta a una percepción errónea o exagerada de peligro, cuando no hay tal, se considera un defecto de adaptación. (Beck y Greenberg, 1988; Beck, Emery, y Greenberg, 1985; y Wells, 1997) Si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

Los trastornos de ansiedad forman uno de los grupos más comunes de los trastornos psicológicos y psiquiátricos en donde las mujeres presentan mayor probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad en relación con los hombres, tanto en su desarrollo como en su prevalencia. (Kaplan 1999)

Actualmente el DSM-IV R (2004) contempla los siguientes trastornos de ansiedad: Trastorno de angustia con y sin agorafobia, agorafobia sin trastorno de angustia, fobia social y específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica general, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado, incluyendo el trastorno mixto ansioso depresivo.

2.6 Evaluación de la ansiedad.

La evaluación de la ansiedad se ha hecho considerando los tres aspectos fundamentales de la ansiedad: cognitivo, fisiológico y conductual, en este trabajo únicamente retomaremos los referente a la parte cognitivita. Miguel-Tobal y Casado (1999)

Los cuestionarios son el método de medida más frecuente en la evaluación de la ansiedad, estos a su vez se dividen en categorías dependiendo del enfoque con el cual fueron construidos:

- Enfoque de rasgos: La ansiedad es evaluada como una variable intrapsíquica y relativamente estable, que explica y predice el comportamiento del individuo. Los reactivos se refieren a respuestas del sujeto, sin considerar los factores situacionales e interpretan la respuesta de los participantes como una manifestación de rasgo de ansiedad.

- Enfoque conductual: Principalmente se consideran los factores situacionales para explicar y predecir la conducta de un sujeto. El tipo de reactivos incluyen situaciones o estímulos que el sujeto debe valorar, señalando en que medida le producen una respuesta de miedo, temor o ansiedad, o la frecuencia o intensidad con la que el sujeto responde ante situaciones o estímulos concretos. En este tipo de cuestionarios las respuestas de los sujetos son consideradas como muestras de conducta y no como signo de una disposición interna o rasgo.

- Enfoque interactivo: Utiliza cuestionarios denominados S-R (Situación-Respuesta), en los que los elementos describen una serie de situaciones y respuestas a las que el sujeto debe contestar señalando la frecuencia o intensidad con las que dichas respuestas aparecen ante las situaciones

propuestas. Este tipo de cuestionarios permite la evaluación de las respuestas como de las situaciones y especialmente de interacción entre ambas. Los datos obtenidos aportan información de los componentes situacionales y del de respuesta, así como su interacción.

2.7 Medición psicométrica de la ansiedad.

Son diversas las medidas creadas a partir de los enfoques anteriormente descritos para evaluar ansiedad rasgo o estado, de igual forma se han creado diversas medidas psicométricos para evaluar en específico las características de la ansiedad de acuerdo con la nosología de los trastornos de ansiedad, (Trastorno de ansiedad generaliza, Estrés Postraumático, Trastorno Obsesivo Compulsivo, etc.) por lo que cada uno de ellos sirve para el diagnóstico de los mismos. Miguel-Tobal y Casado (1999) y Martínez-Sánchez, et al. (1995) recogen y presentan un listado de instrumentos que miden ansiedad, a continuación se presentan algunos:

- Janet Taylor en 1953 creó la primera escala para medir ansiedad (TMAS), la cual tenía como principal interés medir la ansiedad rasgo de los individuos.
- El cuestionario de 16 factores de la personalidad (16PF) de Cattell evalúa la ansiedad dentro de sus factores tanto la Ansiedad rango y estado.
- La escala de ansiedad rasgo y estado (IDARE) de Charles Spielberger y Díaz-Guerrero, esta ofrece una evaluación de la ansiedad en ambas dimensiones.
- El Cuestionario de la personalidad de Eysenck mide ansiedad por medio de su escala de neuroticismo, ofrece la medida de la ansiedad rasgo.
- La Escala de predisposición a la activación de Coren y Mah evalúa la ansiedad rasgo.

- El cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva Somática de Schwartz, Davison y Goleman (1978), evalúa la ansiedad en su dimensión de estado.
- El inventario de Ansiedad de Beck (1988) mide la ansiedad estado.
- Las escalas Multidimensionales de la ansiedad de Endler (Endler, Edward y Vitelli, 1991) que evalúa los tres componentes de la ansiedad por separado dentro del enfoque situación/respuesta.
- El inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) elaborado por Miguel-Tobal y Cano Vindel (1994) lo elaboraron mediante el enfoque situación respuesta en donde se consideran 3 dimensiones de la ansiedad: cognitiva, fisiológica y conductual.

Capítulo 3. Emociones: Hostilidad y Ansiedad.

3.1 Emociones.

Todos los seres humanos tienen la capacidad de sentir emociones, lo que difiere en la frecuencia, intensidad, experiencia así como la expresión de las mismas, de igual manera son diferentes los tipos de eventos o situaciones que las provocan y la forma de actuar en consecuencia es distinto en cada persona (Papalia, Wendros y Duskin; 2005). Las emociones al guiar y regular la conducta cumplen diversas funciones, como: comunicar, proteger y promover la exploración del ambiente.

La palabra emoción proviene de la raíz latina *movere* (mover), con el prefijo "e" que significa "*mover hacia fuera*", sacar fuera de nosotros mismos (*ex - movere*), sin embargo una emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una exaltación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan habitualmente como respuesta a un acontecimiento externo o interno; es decir la vivencia emocional puede reducirse a la presentación de un evento y/o la evaluación del mismo y se provocan cambios a nivel fisiológico los cuales predisponen a la acción. (Bisquerra, 2001)

Bisquerra en 2001 señala que una emoción se encuentra compuesta por tres aspectos:

1. Neurofisiológicos, los cuales involucran cambios a nivel de sistema nervioso central y periférico;
2. Comportamentales o Conductuales los cuales se basan básicamente en aspectos de comunicación verbal y no verbal; y
3. Cognitivos, que son la vivencia subjetiva de dicho fenómeno y que permite etiquetar a la emoción de acuerdo con lo que se está experimentando.

Otras definiciones señalan que las emociones son sentimientos que surgen como reacción a un hecho externo o interno, que sirven como mecanismo comunicativo y

que influyen en el pensamiento y las acciones de la persona (Stelzer, 2001). Palmero y Fernández en 1998, (citado en Bisquerra, 2001) dicen que las emociones son eventos intensos y breves que siempre están asociados con un suceso concreto e inmediato.

Las emociones son reacciones a la información que recibimos de la interacción con el entorno. La intensidad de las emociones está en función de las evaluaciones subjetivas que realiza el individuo y de la información que percibe le puede perjudicar en su bienestar. En dichas evaluaciones intervienen elementos de su repertorio, como son los conocimientos, creencias y objetivos, así, la importancia de una emoción estará plenamente determinada por la relevancia que tenga para la persona. (Bisquerra, 2001). De este modo se conforman los rasgos y estados emocionales; así pues un rasgo emocional se refiere a una característica de una persona como disposición o tendencia a reaccionar y/o comportarse de una determinada manera; mientras que los estados son una reacción transitoria provocada en un contexto específico

Ampliando la información anterior se puede definir a los rasgos como capacidades fundamentales de la persona o predisposiciones psicológicas relativamente duraderas que se pueden medir directamente y se considera que se expresan consistentemente a lo largo de muchas situaciones y son muy estables en el tiempo. Los rasgos son cualidades que caracterizan a una persona y que lo hacen diferente en relación con otros, se consideran como las dimensiones de las diferencias individuales en las tendencias que muestran los patrones consistentes de pensamientos, sentimientos y acciones; se consideran dimensiones continuas y se infieren a partir de la conducta, y sirven para explicar las consistencias del individuo y ayudan a conocer porque las personas responden de manera diferente a los mismos estímulos. (Mischel, Shoda y Smith, 2003; McCrae, Costa, Del Pilar, Roland, y Parker; 1998)

Por su parte los estados emocionales son una disposición episódica temporal a responder relativamente a corto plazo, de acuerdo con las reglas y expectativas que constituyen un síndrome emocional. Cuando se tiene la habilidad para involucrarse en un síndrome emocional particular y existen las condiciones disparadoras apropiadas, se activará el estado emocional. Averill (1997)

Grau en 2005 señala que en la actualidad se considera a las emociones como estados o condiciones psicobiológicas complejas, cualitativamente diferentes, las cuales a la misma vez tienen propiedades fenomenológicas y fisiológicas, la calidad y la intensidad de los sentimientos experimentados durante la estimulación emocional parecen ser las características más peculiares e importantes en toda emoción. Diferencias en rasgos o predisposiciones de personalidad que son el resultado de experiencias pasadas, conocidas como estados emocionales fijados de suma influencia, por lo que permiten al individuo responder a estímulos y circunstancias similares de maneras radicalmente diferentes, por ejemplo las reacciones emocionales primarias más frecuentes producto de la evaluación son la ansiedad y la ira.

En determinados momentos de la vida todos los seres humanos experimentan la ansiedad o la ira-hostilidad, o ambas a la vez, entre otras muchas emociones, sin embargo, existen diferencias en los individuos en cuanto a la frecuencia e intensidad al sentir estas emociones. Los rasgos de ansiedad y el de Ira-hostilidad se refieren a las diferencias individuales en la tendencia o propensión a experimentar estas emociones. En consecuencia, al evaluar el estrés hay que tener en cuenta las interacciones e intervínculos entre estresores, valoración cognitiva, significación de amenaza, y además de los estados emocionales, los rasgos de personalidad o diferencias individuales. (Grau 2005)

3.2 Hostilidad y ansiedad: Influencias sobre la salud.

Como ya se revisó ambos constructos, hostilidad y ansiedad, le proporcionan al individuo diferentes visiones de la realidad, así como con el resto de las emociones, pues por medio de ellos se etiqueta la información que se recibe y se procesa del medio, y así se interactúa con el contexto.

En el caso de la ansiedad y la hostilidad, la primera ofrece la visión de preocupación al individuo, esto es cuando una situación percibida como superior o amenazante a la integridad psicológica o física del sujeto, desencadena toda la sintomatología ansiógena ya mencionada, que en términos anormales es molesta para

el sujeto y mal vista por los demás, pues el sujeto se percibe vulnerable; es este momento en el que el sujeto pudiera pasar a los límites de la dimensión hostil, pues dicha percepción de vulnerabilidad lo puede llevar a responder de manera hostil, ya que así podrá justificar su preocupación, por lo que ahora el sujeto podría tener una percepción de abuso o injusticia hacia su bienestar, y así responder hostilmente, pues puede ser que el comportamiento hostil le favorezca más que el ansiógeno, ya que tal vez sea menos molesto o desgastante, tanto física como mentalmente o bien sea percibido como menos grave por las personas que lo rodean y por la persona que lo experimenta.

La hostilidad y ansiedad tienen una relación recíproca y estrecha, pues si se experimenta una de ellas se puede pasar inmediatamente a la otra. La hostilidad generalmente conduce hacia la ansiedad, ya que los pensamientos y conductas hostiles resultan ser bien vistos por la propia persona y para el resto de las que lo rodean. La relación entre estos constructos puede verse como un círculo vicioso, ya que se pasa de una a otra dependiendo de la situación, debido a que el sujeto puede perder el control conforme aumenten los efectos entre la hostilidad y la ansiedad. (Horrocks, 1999)

Tanto la hostilidad como la ansiedad pueden tener su origen en la falta de habilidad para enfrentar y solucionar problemas, si esto es prolongando posiblemente produzca hostilidad y ansiedad; es por esto que en muchas personas estas conductas se conviertan en una forma de ser, característica de los sujetos. (Horrocks, 1999)

Consecuente con una larga historia de teoría y observaciones clínicas, ya son varios los estudios que encuentran que bien la ira o la hostilidad son factores de riesgo significativos de enfermedad coronaria y trastornos cardiovasculares, independientemente otros factores de riesgo (Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2003) La hostilidad está asociada con un incremento de la reactividad cardiovascular a desafíos psicológicos que puede contribuir a la enfermedad coronaria (Smith, 1992). Varios estudios han encontrado que el estrés y la hostilidad

interactúan en su influencia en la reactividad cardiovascular (Suárez y Williams, 1990; y Davis, Matthews y McGrath, 2000).

Otra de líneas se derivó del estudio del Patrón de conducta Tipo A, donde se identificó a la hostilidad como el principal factor de riesgo de trastornos coronarios, y es por esta razón que se ha focalizado su atención en este componente, son ya varios los estudios que han encontrado que la ira u hostilidad son factores altamente predictivos de este tipo de trastornos.

La ansiedad también está relacionada con trastornos cardíacos; la ansiedad y aflicción, y el estrés predispone a la enfermedad cardiovascular o precipita los episodios isquémicos, ataques cardíacos y otros estados patológicos (Niedhammer, Goldberg, Leclerc, David y Landre, 1998). No sólo la ansiedad generalizada, sino también la ansiedad fóbica, ha estado asociada con el aumento del riesgo cardíaco en varias poblaciones (Herrmann, Brand-Driehorst, Buss y Rüger, 2000). La ansiedad después de un infarto de miocardio también está asociada con un incremento del riesgo de sucesos isquémicos y arritmias (Moser, y Dracup, 1996).

Tanto los dos componentes del patrón de conducta Tipo A, ira y hostilidad, así como la ansiedad, han sido también identificados como factores de riesgo cardiovascular (Miller, Smith, Turner, Guijarro y Hallet, 1996) y de muerte debida a alteraciones en el sistema cardiovascular (Barefoot, Dalhstrom y Williams, 1983; Barefoot, Larsen, Von der Lieth y Schroll, 1995). Las personas con altas puntuaciones en medidas de ansiedad y hostilidad presentan una mayor prevalencia de aterosclerosis (Matthews, Owen, Kuller, Sutton-Tyrrell y Janse-McWilliams, 1998; Iribarren, Sidney, Bild, Liu, Markowitz, Rosenman y Matthews, 2000). El nexo entre estos factores y el trastorno coronario se establecería a través de la mayor frecuencia y recurrencia de episodios de intensa activación fisiológica en respuesta a situaciones estresantes. Los sujetos con altos valores de hostilidad tienden a responder a las situaciones de estrés con elevaciones de la presión arterial, del nivel de lípidos en sangre y de cortisol. Este patrón de activación se repite con cierta regularidad, dada la inclinación a desarrollar

conflictos interpersonales que presentan estas personas (Suárez y Williams, 1989; Smith y Pope, 1990; Smith y León, 1992).

Se han elaborado diferentes intervenciones cognitivo-conductuales para el control de la ansiedad y de la ira-hostilidad; entre ellas, el entrenamiento en manejo de ansiedad y los procedimientos de inoculación de estrés han demostrado experimentalmente su eficacia en el control de estas variables psicológicas. No obstante, queda aún por comprobar si los resultados conductuales conseguidos mediante la aplicación de estas técnicas reducen también el riesgo cardiovascular, induciendo cambios adecuados a nivel fisiológico (por ejemplo, descenso de los niveles de presión arterial, de colesterol, o de reactividad cardíaca), y si tales modificaciones tienen continuidad en el tiempo. (Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2003)

En relación con la prevención de los factores de riesgo emocional (ira, hostilidad y ansiedad) se señala que se han elaborado paquetes específicos de tratamiento que han mostrado su eficacia en la modificación de estos factores en el control de las emociones de ira, hostilidad y ansiedad, programas como la inoculación de estrés y el entrenamiento en manejo de ansiedad resultan eficaces en la modulación de variables conductuales y cognitivas; si bien, se desconoce aún si tal eficacia alcanza también a los factores de riesgo biológico concomitantes a estas emociones. La intervención conductual no se limita únicamente a estos factores de riesgo, sino que actúa también como adjunto al tratamiento, ya sea éste farmacológico o psicológico, mejorando la adherencia a las medidas terapéuticas. Sin embargo, la gran diversidad de factores que inciden en el seguimiento adecuado del tratamiento ha forzado la elaboración de protocolos personalizados y, por tanto, difíciles de contrastar en cuanto a su grado de eficacia. Fernández-Abascal, Martín y Domínguez (2003)

En un estudio realizado con 338 mujeres y 382 hombres, a los cuales se les evaluó con un cuestionario de síntomas de somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Se reportó que para la variable género la hostilidad y ansiedad están

igualmente presentes en mujeres y varones, aunque se vive y experimenta de diferente manera, pues las mujeres tienden a inhibir los afectos negativos orientándolos contra sí mismas y, los varones neutralizan la expresión de la mayor parte de sus afectos y proyectan al exterior sus sentimientos negativos (Casullo, Cruz, González y Maganto; 2003)

Martín (2003) señala que hay evidencia de que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad, cinismo, etc., tienen mayor riesgo de contraer una enfermedad, incluidas el asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos; por lo que se considera a las emociones negativas como factor de riesgo equiparándolas con otros como el hábito de fumar.

De lo anterior Martín (2003) hace referencia a que la ira parece ser la emoción que más daño causa al corazón, pues cada episodio de ira le añade una tensión adicional, aumenta el ritmo cardíaco y la presión sanguínea. Una vez que se desarrolla la enfermedad cardíaca, la ira es más peligrosa para aquellos que ya la padecen. Estudios de seguimiento durante varios años, realizados con personas que han sufrido un primer ataque cardíaco, demostró que los que se enojan fácilmente tenían 3 veces más probabilidades de morir por ataque cardíaco, que las personas que no padecen una cardiopatía; por su parte la ansiedad es la emoción que se relaciona con el inicio de la enfermedad y el desarrollo de la recuperación, refiriéndose en términos adaptativos y positivos, pues la ansiedad a sufrir otro infarto o episodio cardiaco los lleva a cuidarse más; aunque en la actualidad es frecuente que la ansiedad sea desproporcionada y se relacione con niveles elevados de estrés. Pruebas evidentes del impacto de la ansiedad sobre la salud han surgido de estudios en enfermedades infecciosas, como resfríos, gripes y herpes, donde la resistencia inmunológica de la persona se debilita, permitiendo la entrada del virus y el inicio de la enfermedad.

En un estudio publicado en la revista *Journal of American Medical Association*, se examinó cómo afectaban a la salud los diferentes componentes del patrón de conducta tipo A (personas activas e impulsivas, competitivas y hostiles) junto con las emociones: ansiedad y depresión. Para ello, analizaron los datos de 3,308 adultos de

raza blanca y negra de entre 18 y 30 años de cuatro áreas metropolitanas estadounidenses. Se evaluaron tanto los factores psicosociales como la tensión arterial. Se encontró que la impaciencia y la hostilidad al inicio de la etapa adulta fueron asociadas, a modo de dosis-respuesta –cuanto mayor eran estos sentimientos más perjudiciales— con un riesgo elevado de desarrollar hipertensión 15 años después. Además, añaden que estas relaciones fueron independientes de la edad, sexo, raza, tensión arterial sistólica al inicio de la investigación, educación, índice de masa corporal, consumo de alcohol y nivel de actividad física; mientras la depresión, la ansiedad o la competitividad no producen hipertensión, que sólo se origina por la falta de paciencia y por la hostilidad (López, 2003)

Respecto al dolor, Vallejo (2000) señala que en la valoración cognitiva del dolor, la ira se va a expresar mediante rasgos o factores de predisposición como la hostilidad, o más comportamentalmente como la agresión. Leiker y Hailey (1988) se refieren a la hostilidad cínica, para hablar de la forma de comportarse de los pacientes de dolor crónico, que mantienen una actitud de desconfianza y resentimiento, que dificulta o impide, la relación terapéutica. La alternativa más adecuada es la regulación de la ira. Esto es, buscar una expresión adecuada y positiva de ésta. Se trata de abordar la situación negativa y desagradable de padecer un dolor crónico como un medio para aprender y ser capaz de resolverlo eficazmente, sin reprimir las emociones.

Por su parte la activación fisiológica que provoca la ansiedad, no es necesariamente negativa en la modulación del dolor. Tradicionalmente se ha considerado que el miedo y la ansiedad producían una disminución de dolor. La propuesta de Bolles y Fanselow (1988) fue muy sugerente, puesto que con argumentos biológicos y de comportamiento adaptativo defendía una inducción de la modulación del dolor mediante la generación de miedo y ansiedad; pero sólo cuando dicho miedo y/o ansiedad esta producido por una situación que no tiene que ver con el dolor.

En tanto que la ansiedad derivada del dolor produce un aumento en la percepción de éste. Janssen y Arntz (1996), han desentrañado en parte el medio por el

que esas situaciones ajenas al dolor que provocan miedo o ansiedad reducen el dolor. Ejercen su efecto positivo porque disminuyen el foco de atención sobre el dolor, así el hecho de atender de forma intensa (hasta el extremo que provoque ansiedad) a una situación ajena al dolor, provoca la reducción de éste.

La Hostilidad y la Ansiedad se presentan en la mayoría de las drogodependencias, Maldonado (2003) hace referencia a que la adicción a la nicotina produce síntomas de abstinencia, que se ponen de manifiesto cuando una persona trata de dejar de fumar. Por ejemplo, un estudio descubrió que cuando se privó a fumadores crónicos de cigarrillos durante 24 horas, aumentó su ira, hostilidad y agresividad y disminuyó la cooperación social. Las personas que sufren de abstinencia necesitan también más tiempo para recuperar el equilibrio emocional tras una situación de estrés. Durante períodos de abstinencia y/o ansiedad, los fumadores han demostrado deterioro de funciones psicomotoras y cognitivas, tales como comprensión del lenguaje.

La información presentada fundamenta que la Ira/Hostilidad y la Ansiedad se encuentran presentes en cuestiones relacionadas con la salud, es por eso que en las próximas líneas se abordara la temática correspondiente a la relación de las emociones con la salud.

3.3 Emociones y salud

Autores como Spielberger y Moscoso (1996) afirman que los individuos con niveles altos en rasgos de ansiedad son mucho más vulnerables a sentirse evaluados por otros debido a que tienen una pobre autoestima y falta de autoconfianza. En su caso la hostilidad manifiesta, no solo es la experiencia de esta actitud, sino también manifestaciones de alguna forma de conducta agresiva (ataques a otra persona, destrozo de objetos, insultos, amenazas, críticas, etc.) La ira contenida puede estar correlacionada con altos niveles de ansiedad y alta presión arterial, cuando se combina con un alto nivel de ira manifiesta puede situar a las personas en un alto riesgo de enfermedades coronarias. (Grau 2005)

Lazarus y Folkman (1984) sugieren que el papel de las emociones en el proceso de salud-enfermedad, la vulnerabilidad o propensión a enfermar, esta condicionada por diversos factores, los cuales son mediados por el estrés, pero a la vez puede ser visto como el patrón funcional de la personalidad centrada en emociones negativas, es decir hay más vulnerabilidad personal a desarrollar enfermedades, pues no solo los estados emocionales, sino aquellos rasgos que se han fijado, como la ansiedad rasgo y hostilidad e ira rasgo; es así como las emociones pueden constituir la expresión de un funcionamiento personal relativamente desajustado que puede afectar la salud por varias vías, , Grau (2005) señala las siguientes:

- Estimulando conductas no saludables
- Como factor predisponente de estrés y en la instalación de estados emocionales patológicos;
- Contribuyen a la concentración del sujeto a la observación de sensaciones corporales.

Así se han creado patrones configuracionales y funcionales de personalidad, como es el caso del patrón conductual tipo A, propuesto por Friedman y Roseman en 1976, el cual describe que las personas que tienen las siguientes características de personalidad como: urgencia temporal, competitividad, impulsividad y que son hostiles y/o agresivos, tienen mayor predisposición a desarrollar patologías cardíacas; aunque actualmente se señala que el componente de hostilidad es mucho mejor predictor de las enfermedades coronarias que en si mismo todo el patrón (Grau, 2005).

Para entender la repercusión de las emociones en la salud se debe tener en cuenta la conceptualización del proceso emocional; en él aparecen dos filtros entre la situación interna o externa que desencadena el proceso y la manifestación de las emociones en el sujeto protagonista (Fernández-Abascal y Palmero, 1999).

El primero de ellos, la evaluación, modulará la activación emocional en sus componentes de experiencia subjetiva o sentimiento, expresión corporal, tendencia a la acción y respuestas fisiológicas y será el responsable del reajuste de las emociones a las demandas del entorno; pero, también, puede ser el responsable de que las

emociones pierdan su valor adaptativo y sean, entonces, perjudiciales para la salud; el segundo filtro, que actúa entre la activación y la expresión emocional, se refiere a los mecanismos socioculturales de control emocional que determinan en gran medida los estilos de afrontamiento, es decir, las estrategias que cada persona pone en juego para responder ante las emociones (Fernández-Abascal y Palmero, 1999); en resumen, la función adaptativa de las emociones va a depender de la evaluación que la persona haga del estímulo, es decir, del significado que le dé a este, y de la respuesta de afrontamiento que genere.

Siempre se ha tenido al noción de que los estados afectivos se relacionan con a la salud, por ello se hace necesario considerar un rango amplio de factores fisiológicos, cognitivos, sociales y conductuales que pueden ayudar a explicar tal vinculación. Barra (2005) señala algunas de las formas en que las experiencias emocionales pueden influir en la salud son:

- Mediante sus efectos directos en el funcionamiento fisiológico,
- En el reconocimiento de síntomas y búsqueda de atención médica
- En la involucración en conductas saludables y no saludables como estrategias de regulación emocional y
- En la compleja relación entre apoyo social y salud.

Las experiencias emocionales pueden influir en la salud física mediante sus consecuencias fisiológicas, existiendo ya muchas evidencias de que los estados emocionales negativos se asocian con patrones no saludables del funcionamiento fisiológico y hacen al individuo más vulnerable a las enfermedades (Salovey, Rothman, Detweiler y Steward, 2000; Suinn, 2001), esta influencia de los estados emocionales no solo es sobre padecimientos o enfermedades menores de salud, sino que algunas condiciones psicológicas negativas pueden estar relacionadas con el inicio y progresión de enfermedades más serias.

Los estados de ánimo positivos y negativos hacen más accesibles pensamientos positivos y negativos respectivamente, la evaluación que hacen los individuos de su

estado de salud varía de acuerdo con cuál es su estado anímico, por lo que los estados emocionales influyen en el reconocimiento e interpretación de síntomas físicos además de que las personas que presentan un estado anímico negativo están más predispuestas a interpretar un indicio fisiológico como un posible problema de salud. Barra (2005)

Watson y Pennebaker (1989) refieren que existe una disposición crónica a experimentar un estado de ánimo negativo, llamada afectividad negativa o rasgo de ánimo negativo, el cual refleja diferencias individuales estables respecto al ánimo negativo y al auto-concepto. Los individuos con un alto ánimo negativo experimentan consistentemente mayores niveles de tensión e insatisfacción en el tiempo y a través de diversas situaciones y tienden a focalizarse en los aspectos negativos de si mismos así como de los demás.

La Psiconeuroinmunología ha demostrado en el transcurso de su evolución, la posibilidad de que el sistema inmune esté mediado por factores psicológicos. Ofrece estudiar y explicar la creencia común de que la personalidad y las emociones ejercen alguna influencia sobre la salud, posee además el potencial para desarrollar intervenciones psicológicas que puedan mejorar la inmunidad y por consiguiente modificar la predisposición al inicio y el progreso de las enfermedades tanto infecciosas como crónico-degenerativas. (Bayes, 1988)

No menos importante resulta el estudio del papel de la personalidad y la propensión a enfermar. Los reportes de investigaciones apuntan más hacia resultados que avalan la función de las emociones, las cogniciones o los comportamientos de manera aislada. Sin embargo, aunque no se ha investigado la influencia de la personalidad como un todo, sí es importante tener en cuenta el papel de diversos factores personales que hacen pasar de la salud a la enfermedad. (Martín, 2003)

Se han estudiado variables emocionales como ansiedad, depresión, hostilidad, ira, agresividad y se evidencia que estas constituyen factores predisponentes al distrés, facilitan el rol de enfermo, los cambios en el sistema inmune, estimulan conductas no saludables como tabaquismo, alcoholismo y así se convierten en causa indirecta de

cáncer y otras enfermedades. Variables cognitivas, como determinadas cogniciones disfuncionales, pensamientos automáticos, ideas irracionales desempeñan un papel importante en el inicio y mantenimiento de trastornos emocionales, que a su vez tienen la repercusión antes descrita. Otras cuestiones relacionadas con el comportamiento, tales como hábitos alimentarios inadecuados o la preocupación por la apariencia física, tienen un sentido psicológico determinado para el individuo y se reconoce su condición de factores de riesgo para la enfermedad. (Grau 1998 y Lau 1997)

3.4 Estrés y emociones.

Martín (2003) menciona que entre los factores psicológicos de riesgo para la aparición de enfermedades, el más estudiado por su importancia, ha sido el estrés. Para acercarse a su explicación, se han elaborado varios modelos de estrés que pueden resumirse en 3 enfoques:

- 1) se considera al estrés como respuesta a estímulos agresores del medio ambiente,
- 2) la concepción del estrés como respuesta psicobiológica del organismo, que ha permitido establecer vínculos entre los acontecimientos vitales y determinadas respuestas psiconeuroendocrinas e inmunológicas y
- 3) los modelos transaccionales del estrés, que conciben el estrés como un tipo particular de interacción entre el individuo y su entorno y otorgan un papel protagónico a los afrontamientos y a las emociones, como estados psíquicos en los que se fija el estrés.

Actualmente la psicología cubana ha abordado la relación del estrés y las emociones a partir de una perspectiva personal (Grau, Martín y Portero; 1993); desde este enfoque, la personalidad no es únicamente el fondo interno en el cual se expresan los estados emocionales, ni tampoco es el agente mediador entre los estímulos externos y las respuestas emocionales; por lo que se debe investigar en la personalidad y en sus modos de autorregulación, autocompensación y autocontrol, su estructuración y en sus contradicciones; en donde se encuentran los verdaderos mecanismos patológicos de los estados emocionales negativos.

En este enfoque la eficacia relativa de los mecanismos de autorregulación personal determina el éxito o fracaso en la resolución de problemas y la posibilidad de desarrollo normal o anómalo de la personalidad. Los estados emocionales constituyen, así, la expresión resultante de la interacción de la realidad interna y realidad externa, propia del proceso de estrés, los cuales se ubican a lo largo de un continuum que revela varios grados de desestabilización de la personalidad a partir de la complejidad, amplitud e internalización de los conflictos. Este desarrollo no tiene que evolucionar necesariamente hacia la patología, pues también se da el proceso inverso, es decir el de corrección y normalización, el cual transcurre siguiendo el mismo proceso. Entonces la corrección psicológica de los estados emocionales negativos debería dirigirse a la modificación de las contradicciones específicas de estos estados, a su simplificación y externalización. (Grau, Martín y Portero; 1993)

Las emociones actualmente ayudan a explicar el papel de los factores psicosociales en el proceso de salud enfermedad, las emociones negativas, como la Hostilidad, Ira, Ansiedad y Depresión incidirán en el desarrollo del proceso de enfermedad a través de una diversidad de mecanismos psicosociales y psicoimmunológicos. (Grau, 2005)

La interacción de estas emociones en las situaciones y condiciones reales en que ha sido educado y formado el sujeto, regirán el balance del proceso de estrés, hay que recordar aquí la caracterización psicosocial de la salud no sólo la ausencia de mecanismos o sensaciones enfermizas, o de sus indicadores objetivos, sino por la presencia de una optima capacidad de trabajo, deseos de actividad, inclinación a logros y también por el predominio de un sentimiento de bienestar, de alegría de vivir y autorrealización personal. (Grau y Martín, 1993)

La evaluación de estrés es una valoración en conjunto de medidas y componentes y en el análisis de mutuas relaciones. Habrá que evaluar los estresores, afrontamientos y pensamientos y creencias, las emociones y las consecuencias negativas del estrés, entre otros factores como los patrones estructurales o funcionales de la personalidad. (Grau, 2005)

Las personas que perciben menos apoyo social están más predispuestas a experimentar trastornos emocionales y físicos cuando enfrentan altos niveles de estrés, en comparación con las personas que disponen de ese apoyo. Además, el bajo apoyo social se relaciona con ciertas conductas o factores que afectan negativamente la salud, como falta de actividad física y sueño irregular (Allgoewer, Wardle y Steptoe, 2001). En cambio el alto apoyo social se relaciona con una mayor resistencia a enfermedades infecciosas, menor incidencia de enfermedades coronarias, mejor recuperación de cirugías coronarias y una menor mortalidad. (Salovey, Rothman, Detweiler y Steward, 2000)

La relación entre el apoyo social y salud parece estar mediada por el estado de ánimo, ya que le proporciona al individuo un sentido de estabilidad, predictibilidad y control que lo lleva a sentirse mejor y a percibir de manera más positiva su ambiente. Esos sentimientos pueden a su vez motivarlo a cuidar de sí mismo, a interactuar de manera más positiva con las otras personas, y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar el estrés. La combinación de estos factores tendría efectos positivos en su bienestar emocional y en su salud física, por un lado aumentando su resistencia a las enfermedades y por otro reforzando sus redes sociales de apoyo. (Barra, 2005)

3.5 Emociones en la juventud.

La juventud es el período de la vida en donde el desarrollo biológico de los individuos ha alcanzado su máxima expresión, las personas que se encuentran en este momento de la vida tienen más vitalidad, fuerza y resistencia, además que hombres y mujeres se encuentran en el momento más apropiado para la fertilidad. En ésta etapa también se fortalecen y ponen en práctica los hábitos adquiridos durante la infancia (Craig, 2001).

En la actualidad se considera al desarrollo emocional como un proceso ordenado en el cual se despliegan emociones complejas a partir de las emociones simples. El patrón característico de reacciones de una persona empieza a desarrollarse

durante la infancia y es el elemento básico de la personalidad. (Papalia, Wendros y Duskin; 2005)

Las actitudes emocionales surgen a consecuencia de las valoraciones que las personas hacen de la realidad que los rodea. Estas actitudes consisten en estados de hipervigilancia que conllevan a una atención selectiva y una amplificación de determinadas informaciones del entorno, las cuales se consideran como relevantes. Estas actitudes favorecen la aparición de un tipo de emociones sobre otras. (Fernández-Abascal y Palmero, 1999; citados en Bisquerra, 2001)

Rice (1997) menciona que el hecho de ser joven, también incluye el hecho de haber alcanzado madurez emocional, lo cual implica control de impulsos, tolerancia a la frustración, independencia de los padres y un funcionamiento emocional y económico más autónomo; en lo que respecta a al funcionamiento emocional, se dice que en la juventud, hombres y mujeres, son menos impulsivos, se centran menos en si mismos y ambos sexos muestran mayor habilidad para enfrentar problemas; lo anterior estará determinado por las características físicas y psicológicas de cada persona, las relaciones familiares y con otros grupos sociales así como de el contexto en donde se encuentren.

Los sociólogos se han preocupado por los roles sociales que los jóvenes asumen conforme van teniendo lugar estas transiciones y por influencia de la sociedad en la temporalización y el orden en que se asumen estos roles. Por el contrario, los psicólogos del desarrollo se han preocupado por los procesos psicológicos asociados con asumir estos roles. La sociedad espera que conforme se hace independiente y asume estos roles, vaya tomando nuevas responsabilidades respecto a la familia, la comunidad y la sociedad. (Schaie y Willis, 2003)

En 1997 Rossell señala que en la juventud existe un problema central que afecta la formación de la personalidad; la identidad. La formación de la identidad es sumamente difícil ya que supone la consolidación de los logros alcanzados en la socialización; es decir la identidad del joven se verá constituida por una serie de

factores aprendidos durante sus primeros años de vida respecto a qué papel juega dentro de la sociedad, los cuales le han indicado que es diferente y que es semejante de sus congéneres y a su vez de cómo debe comportarse; a partir de esas diferencias que encuentre entre él y los otros surgirá su identidad.

Conforme los jóvenes toman decisiones trascendentales que configuran sus vidas, van estableciendo firmemente su identidad personal, este aspecto crítico para alcanzar cierto sentido de independencia de diferenciarse de los padres y de los otros. (Schaie y Willis, 2003); plantean que la búsqueda de la propia identidad surge durante la adolescencia en respuesta a los cambios físicos y emocionales que tienen lugar en combinación con las expectativas sociales crecientes de una conducta adulta. El joven que logra integrar todas estas características en un todo consistente haciéndose preguntas y explorando alternativas para la edad adulta.

3.6 Comentarios finales.

Las emociones están presentes en todos los momentos de la vida de las personas, puesto que se manifiestan en la interacción que se tiene con el ambiente o en las interacciones personales; son parte de lo humano y estas a su vez, junto con los pensamientos y actividad fisiológica se encargan de regir nuestra conducta, hacia nosotros mismos y para con los demás.

Uno de estos aspectos y quizás uno de los más estudiados es el referente a la relación de las emociones y la salud, el cual en los últimos tiempos ha tomado gran importancia, pues los cambios en las condiciones del ser humano han llevado disminuir cada vez más la calidad de vida, pues la persona ahora se encuentra sometida a exigencias, como el estrés ciudadano, mayor competitividad en los ambientes escolares y de trabajo, incertidumbre socioeconómica, entre otros; los cuales a su vez propician deficiencias en las relaciones interpersonales y en el desempeño diario. A razón de estos cambios es porque se han generado diversas líneas de investigación no solo de carácter psicológico sino multidisciplinario para poder conocer y atender las necesidades que se crean a partir de estas situaciones.

Respecto a las emociones, las consecuencias de hacer de la Ira/Hostilidad y Ansiedad, emociones que formen parte del repertorio de pensamientos y respuestas del individuo, con todo lo que esto representa, puede no ser favorable a corto o largo plazo; en los antecedentes revisados se ha expuesto que las emociones tienen repercusiones en la salud, y si no se hace nada por evitarlas, al pasar de los años en conjunto con otros factores, pueden propiciar y aumentar la predisposición a desarrollar enfermedades crónico-degenerativas, y/o trastornos mentales, todo esto afectando directamente la calidad de vida.

La población evaluada está expuesta a una serie de exigencias, como son: la elección de una profesión, mayores responsabilidades, la búsqueda de independencia tanto emocional como económica del grupo de referencia, las condiciones sociales y económicas, la incertidumbre, el estrés que generan las grandes ciudades, como lo es la Ciudad de México, la falta de oportunidades laborales después de terminar la escuela, las relaciones con los pares, esto solo por mencionar algunas, todas estas cuestiones pueden sobre pasar la integridad física y psicológica de los jóvenes y así causarles malestar y provocar que hagan cotidiana la experiencia y expresión no controlada de emociones negativas, como lo son la Ira/Hostilidad y la Ansiedad.

Por las razones expuestas es que esta investigación considera pertinente conocer y describir en los jóvenes que sucede con la relación Ira/Hostilidad-Ansiedad, en caso de existir y estar presente en los estudiantes universitarios, se intentará explicar los factores o situaciones causantes; de igual forma, el conocer por separado los niveles de ansiedad y hostilidad en esta población, es de relevancia, ya que deben ser diferentes las manifestaciones de estos constructos en cada grupo de participantes así como los agentes causantes, y es por esta razón que esta investigación considera necesario describirlos, pues así se puede tener una visión de cuáles son las problemáticas que aquejan a este grupo; lo anterior es con el fin de enfatizar la prevención de situaciones no favorables para los jóvenes y en la medida de lo posible plantear, teóricamente, procedimientos que permitan mejorar la interacción interpersonal y el manejo las exigencias del medio.

Capítulo 4. Metodología.

Participantes.

Esta investigación se realizó con estudiantes de Licenciatura de las facultades de Psicología e Ingeniería de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Objetivo.

La presente investigación tiene como objetivo general determinar si existe relación entre los constructos de Ira/Hostilidad y Ansiedad en jóvenes universitarios.

Tipo de Estudio.

Se trata de un estudio correlacional, de campo, exploratorio, descriptivo, pues no se manipula ninguna variable, únicamente se miden variables ya existentes en la población; el propósito es medir el grado de relación que existe entre los constructos: Ira/Hostilidad y Ansiedad.

Hipótesis.

H_{A1}: Existe relación entre los puntajes totales de Ira/Hostilidad y el de Ansiedad.

H₀: No hay relación entre los puntajes totales de Ira/Hostilidad y el de Ansiedad.

H_{A2}: Existen diferencias en los puntajes de Ira/Hostilidad entre los estudiantes de Psicología e Ingeniería.

H₀: No hay diferencias en los puntajes de Ira/Hostilidad entre los estudiantes de Psicología e Ingeniería.

H_{A3}: Existen diferencias en los puntajes de Ansiedad entre los estudiantes de Psicología e Ingeniería.

H₀: No hay diferencias en los puntajes de Ansiedad entre los estudiantes de Psicología e Ingeniería.

H_{A4}: Existen diferencias entre Hombres y Mujeres en los puntajes de Ira/Hostilidad.

H₀: No hay diferencias entre Hombres y Mujeres en los puntajes de Ira/Hostilidad.

H_{A5}: Existen diferencias entre Hombres y Mujeres en los puntajes de Ansiedad.

H₀: No hay diferencias entre Hombres y Mujeres en los puntajes de Ansiedad.

H_{A6}: Existen diferencias entre los rangos 1 (18 a 20 años) y 2 (21 a 30 años) de edad en los puntajes de Ira/Hostilidad.

H₀: No hay diferencias entre los rangos 1 (18 a 20 años) y 2 (21 a 30 años) de edad en los puntajes de Ira/Hostilidad.

H_{A7}: Existen diferencias entre los rangos 1 (18 a 20 años) y 2 (21 a 30 años) de edad en los puntajes de Ansiedad.

H₀: No hay diferencias entre los rangos 1 (18 a 20 años) y 2 (21 a 30 años) de edad en los puntajes de Ansiedad.

H_{A8}: Hay efectos significativos en la variable Ira/Hostilidad en la interacción Escuela x Edad.

H₀: No hay efectos significativos la variable Ira/Hostilidad en la interacción a Escuela x Edad.

H_{A9}: Hay efectos significativos en la variable Ansiedad en la interacción Escuela x Edad.

H₀: No hay efectos significativos la variable Ansiedad en la interacción a Escuela x Edad.

H_{A10}: Hay efectos significativos en la variable Ira/Hostilidad en la interacción Escuela x Sexo.

H₀: No hay efectos significativos la variable Ira/Hostilidad en la interacción a Escuela x Sexo.

H_{A11}: Hay efectos significativos en la variable Ansiedad en la interacción Escuela x Sexo.

H₀: No hay efectos significativos la variable Ansiedad en la interacción a Escuela x Sexo.

H_{A12}: Hay efectos significativos en la variable Ira/Hostilidad en la interacción Escuela x Edad x Sexo.

H₀: No hay efectos significativos en la variable Ira/Hostilidad en la interacción Escuela x Edad x Sexo.

H_{A13}: Hay efectos significativos en la variable Ansiedad en la interacción Escuela x Edad x Sexo.

H₀: No hay efectos significativos en la variable Ansiedad en la interacción Escuela x Edad x Sexo.

Muestreo.

Se trata de una selección no probabilística intencional por conveniencia.

Sujetos.

Participaron 366 estudiantes de nivel licenciatura de la U.N.A.M.: 165 de la Facultad de Psicología y 171 de la Facultad de Ingeniería, fueron 165 mujeres y 171 hombres.

Variables:

Variables dependientes:

- Los puntajes obtenidos por los participantes en la escala de Ira/Hostilidad.
- Los puntajes obtenidos por los participantes en la escala de Ansiedad.

Variables Clasificadoras:

- Escuela: Psicología e Ingeniería
- Edad: 18 a 20 años(Rango 1) y 21 a 30 años (Rango 2)
- Sexo: hombres y mujeres

Instrumentos.

Los instrumentos aplicados son los siguientes:

Para recabar datos sociodemográficos se utilizó una encuesta, en la cual se preguntaban datos referentes a la identificación personal, cuestiones socioeconómicas y de salud.

En el caso de este trabajo sólo serán utilizados los datos de edad, sexo y escuela.

Para medir el constructo Ira/Hostilidad se utilizó el *Inventario de Ira y Hostilidad (IIH)* elaborado por Mercado, Galán, Doménech, Martínez y Villagrán (en preparación). Esta conformado por 70 reactivos agrupados en 7 factores: Indicadores Fisiológicos, Falta de Control, Ideología de poder, Hostilidad, Intolerancia/Exigencia,

Victimización y Culpa. Su forma de respuesta es falso o verdadero, la respuesta verdadera mide ira/hostilidad en todos los reactivos. Se aplica sin límite de tiempo y el tiempo promedio de respuesta es de 20 minutos.

Este inventario se generó a partir de trabajos realizados por Mercado, Galán, Doménech y Martínez (en preparación); se sometió a prueba con 1031 personas, todos mexicanos y de los 99 reactivos que inicialmente la conformaban después de someter a análisis factorial con rotación varimax quedaron 70 reactivos que mostraron calidad discriminativa, los cuales se agruparon en 7 factores que explican el 29 % de la varianza, Este instrumento tiene una confiabilidad, valorada mediante el Alfa de Cronbach $\alpha = .903$; a continuación se presentan los factores definidos:

Indicadores fisiológicos.

Respuestas fisiológicas desencadenadas por el acto de enojarse. La mayoría son de tipo autónomo. (15 reactivos)

Falta de control

Reacción impulsiva ante una situación y sus efectos sobre la atención, la actividad simbólica y la conductual. (9 reactivos)

Ideología de poder.

Conjunto de creencias y actitudes que median en la emoción de la ira, justifican el comportamiento de imposición y venganza, acompañadas por actitudes y sentimientos de desprecio hacia otras personas. (10 reactivos)

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. (9 reactivos)

Intolerancia/Exigencia.

Perfeccionismo y exigencia inflexibles sobre la ejecución de los otros en situaciones de interacción, con baja tolerancia a la convivencia, falta de aceptación del otro y de sus ideas y crítica exacerbada. (10 reactivos)

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. (13 reactivos)

Culpa.

Creencia o seguridad de que se ha infringido una norma social o un principio ético y de que se merece un castigo. (4 reactivos)

En el caso de la Ansiedad se usó una versión de *La Escala De Ansiedad Manifiesta De Taylor (TMAS)* creada por Janet Taylor en 1953. Esta conformada por 26 reactivos agrupados en 5 factores: Desesperanza, Inquietud, Dispersión, Sensibilidad y Anticipación. Se contesta como falso y verdadero, la respuesta verdadera mide Ansiedad en todos los reactivos. Se aplica sin límite de tiempo y el promedio de respuesta es de 15 minutos.

La prueba se originó a partir del MMPI y constaba de 50 reactivos. Taylor (1953). La versión utilizada fue generada a partir de los trabajos de Mercado et al. (en preparación) y se tomó como base la versión del Doctor Gustavo Fernández¹, la cual constaba de 51 reactivos, se aplicó a 1075 personas y se analizó el poder de discriminación de cada reactivo. El análisis factorial con rotación varimax, arrojó 26 reactivos con buena calidad discriminativa, estos reactivos se agruparon en 5 factores que explican el 28 % de la varianza. Este instrumento tiene una confiabilidad valorada mediante el Alfa de Cronbach de $\alpha = .900$; los factores a continuación se presentan definidos:

Desesperanza

Creencia de que no se dispone de habilidades para resolver o enfrentar las situaciones de peligro, acompañada de fatiga y autodevaluación. (8 reactivos)

¹ Manuscrito traducido y adaptado al español de la prueba original de Janet Taylor (1953) por el Dr. Gustavo Fernández. Para esta nueva versión, la Doctora Dolores Mercado tradujo el reactivo "I am a high-strung person" como dos reactivos para la versión utilizada en español: "tengo la tendencia a tomar las cosas a pecho" y "soy muy enérgico"

Inquietud

Preocupación desmedida ante algún evento que se evalúa como adverso, acompañada de activación fisiológica y cognoscitiva que afecta algún aspecto del desempeño cotidiano. (4 reactivos)

Dispersión.

Dificultad para focalizar la atención y concentrarse en actividades cotidianas. (3 reactivos)

Sensibilidad.

Capacidad de percibir, sentir y emocionarse más intensamente que la mayoría de las personas. (7 reactivos)

Anticipación

Previsión de consecuencias inconvenientes o indeseables o indeseables. (4 reactivos)

Ambos instrumentos se elaboraron para la realización del proyecto de investigación completo, citado en un inicio apoyado por la D.G.P.A. Las pruebas para medir Ira/Hostilidad y Ansiedad han demostrado ser confiables, poseen validez factorial, convergente y divergente. Los reactivos que componen su estructura factorial se sometieron al análisis de alpha de cronbach, el cual arrojó un $\alpha = .903$ para el de Ira/Hostilidad (Mercado y cols., en preparación) y un $\alpha = .900$ para el de Ansiedad. (Mercado y cols., en preparación)

El nivel de medición de los reactivos es nominal, ya que la forma de respuesta es dicotómica. Se eligió este formato de respuesta ya que se aplicaron a muestras provenientes de poblaciones diferentes con diversas escolaridades, que iban desde la nula instrucción hasta licenciaturas y posgrados y el piloteo de los instrumentos mostró la dificultad de algunos sujetos para responder a esquemas más complicados que Falso y Verdadero, por lo que para facilitar su comprensión se utilizó esta forma respuesta.

Sin embargo al construir subescalas que agrupan reactivos que mostraron pertenecer a un mismo factor en el análisis factorial, podría considerarse que el nivel de las subescalas y de la prueba total es cuasi-intervalar (Glass y Stanley; 1986)

Procedimiento.

Se solicitó la colaboración de los Profesores de los grupos en las facultades de Psicología e Ingeniería de la U.N.A.M., se les explicó en que consistía la actividad y se programó el día y hora en que se efectuaron las aplicaciones.

Acordado lo anterior se presentó el investigador ante cada uno de los grupos y les explicó a los integrantes que se trataba de una investigación psicológica y les solicitó su colaboración voluntaria; posteriormente les repartió un cuadernillo con ambos instrumentos (Ira/Hostilidad y Ansiedad) y la encuesta sociodemográfica. En primer lugar fue presentado el de Ira/Hostilidad y en segundo el de Ansiedad, así como las instrucciones que se incluyen en cada uno de los instrumentos son:

Para el de ira/hostilidad,

*A continuación encontrará una serie de oraciones. Léalas y conteste cruzando: **falso (F) o verdadero (V)** de acuerdo con lo que usted piensa. No existen respuestas correctas e incorrectas, lo importante es que responda sobre lo que usted piensa o hace. Sólo dé una respuesta, la más apegada a su realidad. La veracidad de su respuesta es lo más importante.*

Para el de ansiedad,

*Por favor encierre en un círculo la **F** cuando lo que dice la afirmación sea **FALSO** para usted, o la **V** cuando sea **VERDADERO** sólo dé una respuesta en cada afirmación y trate de no dejar ninguna sin contestar.*

Se les enfatizó antes de iniciar la aplicación a todos los participantes que no había límite de tiempo; así como que, su participación no tenía ninguna relación con

cuestiones académicas de su Facultad y se resaltó la importancia de conocer que sentían y pensaban acerca de las cuestiones planteadas en los cuestionarios.

Al entregar cada uno de los participantes los cuadernillos se les agradeció su participación.

Tratamiento estadístico.

Los resultados se analizaron con el paquete de estadístico SPSS.

Para conocer la posible existencia de relación entre los constructos de Ira/Hostilidad y Ansiedad se aplicó una prueba de correlación de Spearman entre los índices de ambas escalas.

Para conocer las posibles diferencias entre las variables sexo y escuela y edad y su posible interacción se realizó un análisis de varianza Multivariado de tres vías a cada una de las variables dependientes (Ira/Hostilidad y Ansiedad); a los puntajes totales y a sus factores; para Hostilidad: Indicadores Fisiológicos, Falta de Control, Ideología de Poder, Hostilidad, Intolerancia/Exigencia y Victimización; y para Ansiedad: Desesperanza, Inquietud, Dispersión, Sensibilidad y Anticipación.

Capítulo 5. Resultados.

Este capítulo presenta el análisis de los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de ira/hostilidad y de ansiedad, se estructuró de la siguiente manera:

- Descripción de la muestra
- Análisis de la muestra por puntajes totales en las pruebas de Ira/Hostilidad y de Ansiedad.
- Correlación estadística entre las pruebas de Ira/Hostilidad y Ansiedad.
- Análisis de varianza Multivariado de 3 vías tanto para las calificaciones totales así como para cada uno de los factores de la prueba de Ira/Hostilidad y Ansiedad, que permite observar los efectos debidos a: escuela, sexo y edad.

De los 366 cuestionarios que se respondieron se eliminaron 30 por estar contestados con más del 85% de las respuestas en la misma categoría, ya sea Falso o Verdadero, por lo que no se consideran validos para este estudio, también se eliminaron 10 casos más por estar fuera del rango de edad considerado para este trabajo.

A continuación se presentan los resultados de los 326 participantes con edad entre 18 y 30 años cumplidos, los cuales se agrupan en los dos rangos considerados por esta investigación.

Tabla 1. Frecuencia de participantes por rango de edad.

Rangos de edad	Total
Rango 1: 18años – 20años	213
Rango 2: 21años – 30años	113
Total	326

La tabla 1 muestra la mayor frecuencia de participantes se presenta en el rango 1 de edad, pues tiene 213, en tanto que en el rango 2 son 113 participantes.

Fueron 160 participantes de la Facultad de Psicología y 166 de la Facultad de Ingeniería; como se muestra en la tabla 2, en el rango 1 fueron más estudiantes de Psicología mientras que en el rango 2 predominaron los estudiantes de Ingeniería.

Tabla 2. Frecuencia los participantes por escuela de procedencia y rangos de edades.

Rangos de edad	Escuela		Total
	Psicología	Ingeniería	
Rango 1: 18años – 20años	131	82	213
Rango 2: 21años – 30años	29	84	113
Total	160	166	326

En total son 326 participantes: 162 mujeres y 164 hombres, en la Tabla 3 se muestra que el rango 1 aglutina a un mayor número de mujeres y en el rango 2 son más hombres.

Tabla 3. Frecuencia de hombres y mujeres por rango de edad.

Rangos de edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Rango 1: 18años – 20años	81	132	213
Rango 2: 21años – 30años	81	32	113
Total	162	164	326

En la tabla 4 se observa que el mayor número de mujeres de la muestra son estudiantes de Psicología y en el caso de los hombres pertenecen a la Facultad de Ingeniería.

Tabla 4. Frecuencia de hombres y mujeres tanto en Psicología como en Ingeniería .

Rangos de edad	Hombres		Mujeres		Total
	Psicología	Ingeniería	Psicología	Ingeniería	
Rango 1: 18años – 20años	18	63	113	19	213
Rango 2: 21años – 30años	8	73	21	11	113
Total	160		166		326

En un principio se procedió a sumar cada uno de los puntajes de las pruebas de Ira/Hostilidad (IIH) y Ansiedad (TMAS) obtenidos por cada participante, y se obtuvo una puntuación total por cada uno de los instrumentos.

Ira/Hostilidad

Primero se presentan los estadísticos del puntaje total de la prueba de Ira/Hostilidad (IIH) y enseguida se presenta la figura correspondiente a la distribución de los puntajes obtenidos por el total de los participantes.

Tabla 5. Medidas de tendencia central y dispersión del puntaje Total de IIH.

Estadísticos Descriptivos	Puntaje Total IIH
Media	25.96
Mediana	25
Moda	21
Curtosis	-.091
Asimetría.	.532

Puntaje Total IIH de todos los participantes.

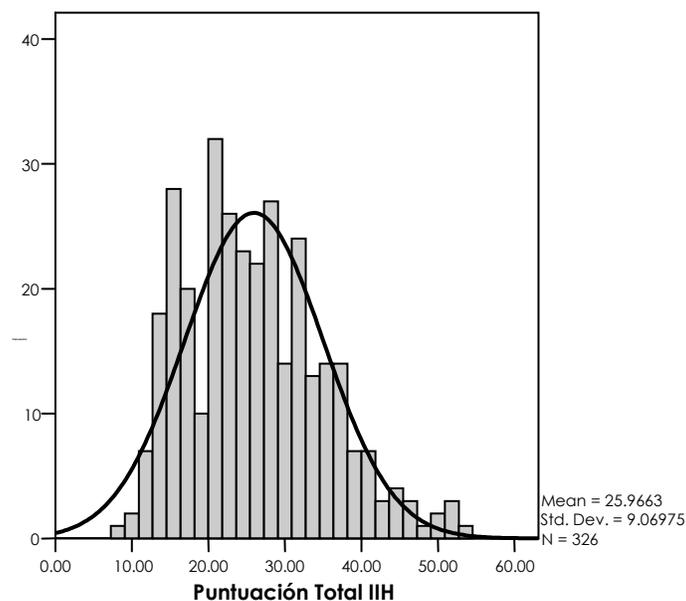


Figura 1. Distribución de frecuencias del puntaje total del Inventario Ira/Hostilidad.

Se observa que la distribución de frecuencias de las respuestas de Ira/Hostilidad es normal, pues tiene una asimetría =.532, y la curtosis es de -.091. Las medidas de tendencia central muestran que la $\bar{x} = 25.96$, la mediana es 25 y la moda es de 21, éstas últimas están por debajo de la media, lo que indica que existe un ligero sesgo negativo debido a que la mayoría de los valores se encuentran agrupados en los valores más bajos de la puntuación.

Ansiedad

Primero se presenta los estadísticos del puntaje total de TMAS, enseguida se presenta la figura correspondiente a la distribución de los puntajes obtenidos por el total de los participantes.

Tabla 6. Medidas de tendencia central y dispersión del puntaje Total de TMAS

Estadísticos Descriptivos	Puntaje Total TMAS
Media	8.23
Mediana	7
Moda	4
Curtosis	-.596
Asimetría	.525

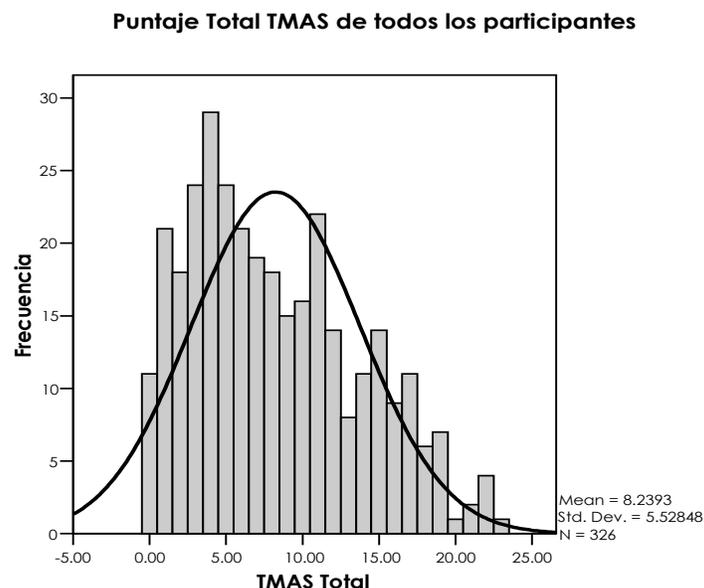


Figura 2. Distribución de frecuencias del puntaje total de TMAS.

Aunque la distribución de los puntajes no es distante de la normalidad, el coeficiente de asimetría =.532 y el valor de la curtosis es de -.596, tanto la mediana y la moda se encuentran por debajo de la media, lo cual indica que existe un ligero sesgo hacia el lado izquierdo, es decir es negativo. La \bar{x} = 8.23, la mediana es 7 y la moda es de 4, lo que indica que en general los puntajes son bajos. Dado que la puntuación posible ocurre entre 0 y 26, el puntaje máximo posible es de 26, la media teórica es de 13.5, pero en estos resultados la media real es de 8.23, lo cual indica que como grupo tiene un puntaje bajo en las respuestas al cuestionario de Ansiedad.

Correlación Estadística.

Se buscó conocer la relación entre hostilidad y ansiedad, a través de una correlación estadística bivariada por el método rho (r_s) de Spearman de 2 colas; de esta manera los índices totales de las pruebas de Ira/Hostilidad y Ansiedad, se sometieron a dicha prueba de correlación, se consideró que se satisfacía el requisito para utilizar este tratamiento, ya que las puntuaciones totales de cada participante podrían considerarse que están en el nivel de medición ordinal.

Tabla 7. Resultado de la correlación rho de Spearman entre las puntuaciones totales de las pruebas de IIH y TMAS

Correlación Estadística entre las Puntuaciones totales de las pruebas IIH y TMAS	$r_s = .529$ con $p \leq 0.001$
---	--

Se observa que el índice de correlación entre los puntajes totales de las pruebas de Ira/Hostilidad y Ansiedad es de .529 significativa al 0.001 de probabilidad de ocurrencia, entre las puntuaciones totales de los instrumentos de Ira/Hostilidad y Ansiedad, (Tabla 7); la relación entre estos constructos es positiva y el grado de relación que tiene se puede considerar fuerte, esto da suficiente evidencia estadística que señala que ambas variables tienen relación en el contexto y muestra evaluada.

Análisis de Varianza Multivariado.

Aunque la forma de respuesta es falso y verdadero el trabajo antecedente de análisis factorial permite agrupar los reactivos que cargaron en un solo factor, de tal

modo que la escala resultante puede considerarse ordinal o cuasi-intervalar (Glass y Stanley; 1986). El uso del Análisis de Varianza Multivariado se justifica por el tamaño de la muestra $n = 326$, que se considera grande, por lo que se acerca al comportamiento aleatorizado; además de la fuerza y confiabilidad de este tratamiento, pues arrojó resultados significativos. De igual forma cada una de las distribuciones de los índices totales de las pruebas así como las correspondientes a sus factores se encuentran dentro de los límites de normalidad.

Análisis de Varianza Multivariado de Ira/Hostilidad.

Comparaciones por escuela, edad y sexo.

Para saber si existen efectos significativos en las respuestas al cuestionario de Ira/Hostilidad debidos a la variables escuela, sexo y edad y sus interacciones, se realizó un Análisis de Varianza Multivariado de 3 vías, sobre el puntaje total de IIH donde la variable dependiente fue la puntuación total de la prueba de IIH y las variables independientes fueron escuela (Psicología e Ingeniería), Edad (18-20años y 21-30años) y Sexo (Masculino y Femenino); sólo se reportan los efectos cuando fueron significativos. La Tabla 8 presenta resumidos los resultados significativos del Análisis de Varianza Multivariado, se muestran las medias, F, gl, y su probabilidad.

Tabla 8. Resultados del Análisis de Varianza Multivariado para el puntaje total de la prueba IIH en relación con la escuela, edad y sexo.

Variables Independientes	Prueba IIH	Niveles	\bar{x}	gl	F	p.
Escuela	Puntaje Total IIH	Psicología Ingeniería	25.05 26.84	1,318	4.224	.041
Escuela x Edad	Puntaje Total IIH	Psicología 18-20años 21-30años Ingeniería 18-20años 21-30años	25.37 23.58 24.45 28.21	1,318	4.472	.035

Escuela x Edad x Sexo	Puntaje Total IIH	Psicología					
		18-20años	Hombres	27.83			
			Mujeres	24.98			
		21-30años	Hombres	17.25			
			Mujeres	26			
		Ingeniería			1,318	8.397	.004
		18-20años	Hombres	24.69			
			Mujeres	27.94			
		21-30años	Hombres	28.43			
			Mujeres	26.72			

Se observa que para la puntuación total de la prueba IIH hay efectos significativos en la variable Escuela ($F = 4.224$ con 1,318 gl $p = .041$), debido a que la media de los estudiantes de Ingeniería ($\bar{x} = 26.84$) es más alta que la de los de Psicología ($\bar{x} = 25.05$).

Asimismo en la interacción Escuela x Edad ($F = 4.472$ con 1,318 gl $p = .035$), ver figura 3, el efecto significativo se debe a que en la edad de 18 a 20 años la media del grupo de Psicología ($\bar{x} = 25.37$) es ligeramente más alta que la del grupo de Ingeniería ($\bar{x} = 24.45$); en la edad de 21 a 30 años ocurre lo contrario, la media del grupo de Psicología ($\bar{x} = 23.58$) es más baja en relación con el de Ingeniería ($\bar{x} = 28.21$). La diferencia mayor en el puntaje de ira/hostilidad es en los participantes de más edad, en Psicología el nivel de Ira/Hostilidad es notoriamente menor al presentado por los de Ingeniería. Para los participantes de 18 a 20 años, aunque ambos puntajes son semejantes, en Psicología tienen más ira/hostilidad en comparación con los de Ingeniería. Estos resultados sugieren que el grupo que sufre más variación en esta característica es el de Ingeniería, mientras que en Psicología son más estables. Es decir el hecho de que los participantes tengan Ira/hostilidad, no sólo depende de la Escuela, sino que está determinado por la edad.

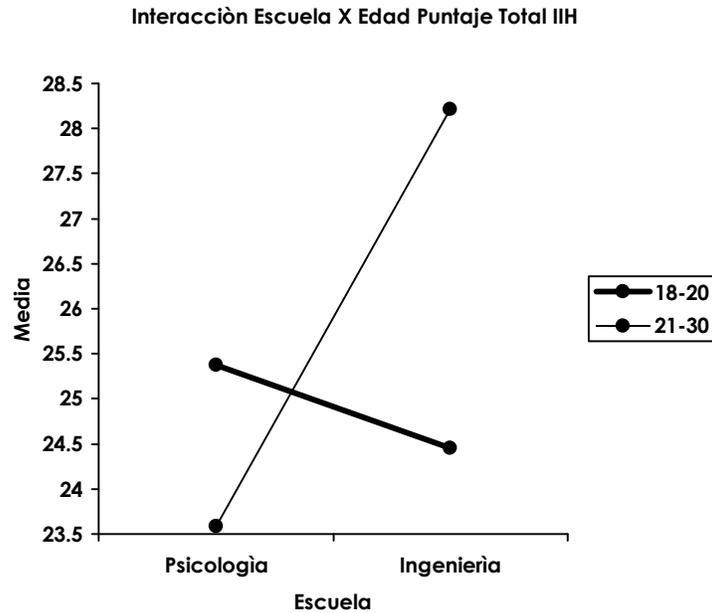


Figura 3. Interacción escuela x edad en el puntaje total de IIH.

Los efectos significativos en la triple interacción Escuela x Edad x Sexo ($F=8.397$ con 1,318 gl $p=.004$), ver figuras 4 y 5, son debidos a que en los hombres de 18 a 20 años, la media de los de Psicología ($\bar{x}=27.83$) es mayor que la de Ingeniería ($\bar{x}=24.69$); para los de 21 a 30 años, en Psicología ($\bar{x}=17.25$) tienen la media menor que los de Ingeniería ($\bar{x}=28.43$). En el caso de las mujeres de 18 a 20 años, el grupo de Psicología ($\bar{x}=24.69$) tiene una media menor a la de Ingeniería ($\bar{x}=27.94$); para las de 21 a 30 años, la media de las participantes de Psicología ($\bar{x}=26$) también es menor a la de las de Ingeniería ($\bar{x}=26.72$).

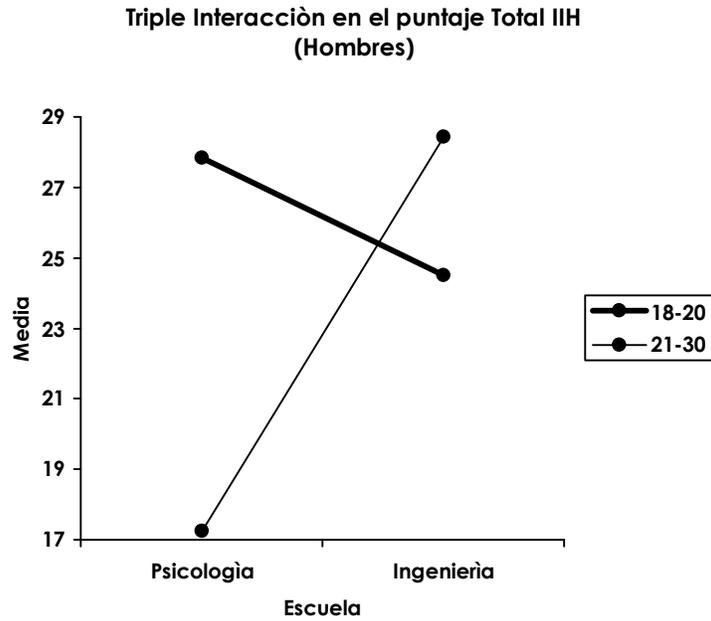


Figura 4. Interacción escuela x edad para los hombres en el puntaje total de IIH.

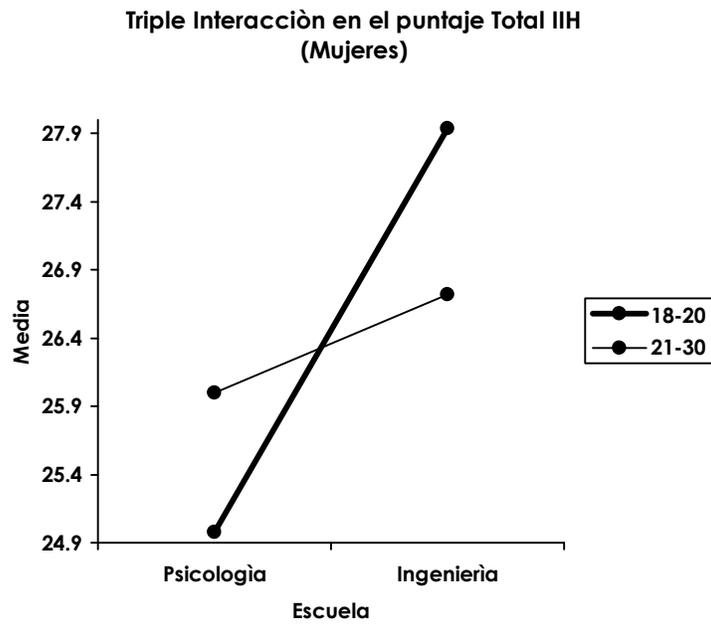


Figura 5. Interacción escuela x edad para las mujeres en el puntaje total de IIH.

Se observa en las figuras 4 y 5, que el efecto de la Escuela y Edad es diferente para hombres y mujeres. Esta Interacción radica en que para los hombres de Psicología y de Ingeniería, la mayor diferencia en el puntaje total de IIH, se da en el grupo de 21 a 30 años, en el que la Ira/Hostilidad es considerablemente menor en el grupo de Psicología y en Ingeniería es más alto; el puntaje del grupo de participantes de 18 a 20 años es muy semejante en las dos escuelas, aunque en Psicología este grupo de edad es el más hostil que el de Ingeniería. En las mujeres ocurre lo contrario, la variación más importante del puntaje en este factor se da en las participantes de 18 a 20 años, pues en Psicología es considerablemente menor el nivel de Ira/Hostilidad que en Ingeniería. Así pues se observa que el grupo de 21 a 30 años es el que menos variaciones tiene en las mujeres. En ambos rangos de edad, las figuras muestran que las participantes de Ingeniería tienen más Ira/Hostilidad.

Diferencias en los factores de ira/hostilidad.

Comparaciones por escuela, edad y sexo.

El mismo análisis de varianza de 3 vías se aplicó a los resultados de cada uno de los factores que forman la prueba de Ira/Hostilidad (Indicadores Fisiológicos, Falta de Control, Ideología de poder, Hostilidad, Intolerancia/Exigencia, Victimización y Culpa) donde la variable dependiente fue la calificación de cada uno de los factores, las variables independientes fueron escuela (Psicología e Ingeniería), Edad (18-20años y 21-30años) y Sexo (Masculino y Femenino). La Tabla 9 muestra resumidos los resultados significativos, se presentan las medias, F, su probabilidad y el factor en el que ocurrieron.

Tabla 9. Resultados significativos del Análisis de Varianza Multivariado para cada uno de los factores de la prueba de IIH en relación con la escuela de procedencia edad y sexo.

Variables Independientes	Factores Prueba IIH.	Niveles	\bar{x}	gl.	F	p≤.050
	Ideología de poder	Psicología Ingeniería	2.40 3.86	1,318	9.509	.002

Escuela	Hostilidad	Psicología Ingeniería	2.68 3.16	1,318	8.527	.004
	Culpa	Psicología Ingeniería	1.38 1.97			
Edad	Culpa	18-20años 21-30años	1.67 1.71	1,318	5.011	.026
Sexo	Indicadores Fisiológicos	Masculino Femenino	3.52 4.84	1,318	3.943	.048
Escuela x Edad	Hostilidad	Psicología 18-20años 21-30años	2.75 2.34	1,318	5.186	.023
		Ingeniería 18-20años 21-30años	2.92 3.39			
Escuela x Sexo	Culpa	Psicología Masculino Femenino	1.42 1.38	1,318	3.789	.052*
		Ingeniería Masculino Femenino	2.07 1.53			
Escuela x Edad x Sexo	Hostilidad	Psicología 18-20años Hombres Mujeres	3.22 2.68	1,318	6.087	.014
		21-30años Hombres Mujeres	1.12 2.08			
	Victimización	Ingeniería 18-20años Hombres Mujeres	2.74 3.52			
		21-30años Hombres Mujeres	3.36 3.54			
		Psicología 18-20años Hombres Mujeres	6.33 5.05			
		21-30años Hombres Mujeres	4 6.09			

* NOTA: Este resultado se encuentra en el límite de significación al nivel de .05

		Ingeniería				
		18-20años	Hombres	5.06		
			Mujeres	5.57	1,318	8.010
		21-30años	Hombres	5.49		.005
			Mujeres	5.27		

Se observa en la tabla 9, los resultados arrojaron efectos significativos debidos a la variable Escuela en los factores: Ideología de poder ($F = 9.509_{\text{con } 1,318 \text{ gl } p= .002}$), donde se debió a que los estudiantes de Ingeniería ($\bar{x} = 3.86$) tienen una media mayor que los de Psicología ($\bar{x} = 2.40$), en Hostilidad ($F= 8.527_{\text{con } 1, 318\text{gl } p= .004}$), la media de los Ingenieros ($\bar{x} = 3.16$) es más alta que en Psicología ($\bar{x} = 2.68$), y Culpa ($F = 6.317_{\text{con } 1,318 \text{ gl } p= .012}$) ocurre lo mismo, los Ingenieros ($\bar{x} = 1.97$) tienen la media más alta en relación con los de Psicología ($\bar{x} = 1.38$). En los 3 casos el efecto significativo se debió a un mayor puntaje de los alumnos de Ingeniería.

En la variable Edad produjo efectos significativos en el factor Culpa ($F = 5.011_{\text{con } 1,318 \text{ gl } p= .026}$), debido a que la media de los participantes de 21 a 30 años ($\bar{x} = 1.71$) es mayor que la de 18 a 20 años ($\bar{x} = 1.67$).

El efecto significativo en la variable Sexo ocurrió en el factor Indicadores fisiológicos ($F = 3.943_{\text{con } 1,318 \text{ gl } p= .048}$), donde la media de las mujeres ($\bar{x} = 4.84$) es más alta que la de los hombres ($\bar{x} = 3.52$).

La interacción Escuela x Edad produjo efectos significativos en el factor Hostilidad ($F = 5.186_{\text{con } 1,318 \text{ gl } p= .023}$), ver figura 6, debido a que en la edad de 18 a 20 años, la media de Psicología ($\bar{x} = 2.75$) es menor a la de Ingeniería ($\bar{x} = 2.92$), mientras que en la edad de 21 a 30 años la media de Psicología ($\bar{x} = 2.34$) es más baja que la de Ingeniería ($\bar{x} = 3.39$). Los participantes de más edad tienen mayor variación en el puntaje de Hostilidad que los más jóvenes; en Psicología el grupo de más edad tiene menos hostilidad a diferencia de los más jóvenes, mientras que en Ingeniería ocurre lo contrario, pues los de menor edad tienen menos Hostilidad que el grupo de 21 a 30 años. En ambos rangos de edad los participantes de Psicología presentan un menor

nivel de Hostilidad en relación con los estudiantes de Ingeniería, quienes son los que más altos están en es esta característica.

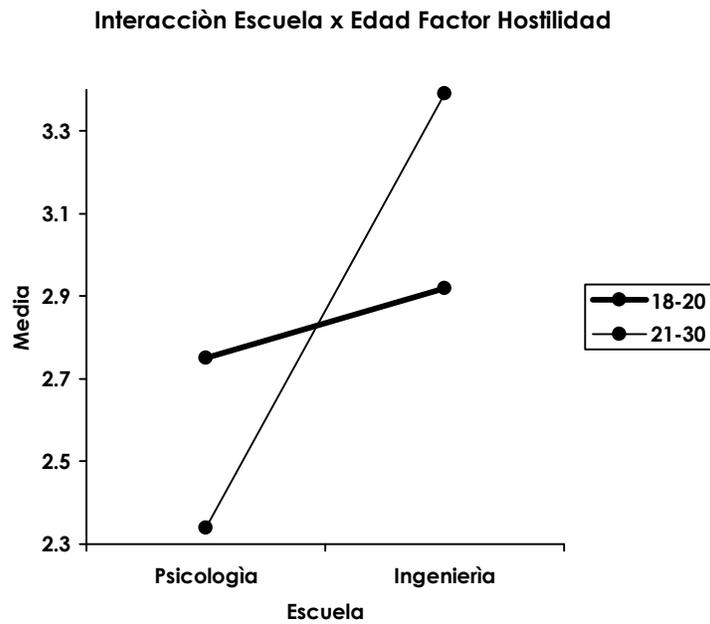


Figura 6. Interacción Escuela x Edad en el factor Hostilidad.

La interacción Escuela x Sexo produjo efectos significativos en el factor Culpa ($F = 3.789$ con 1,318 gl $p = .052^*$), ver figura 7, debido a que las medias de hombres ($\bar{x} = 1.42$) y mujeres ($\bar{x} = 1.38$) de Psicología son menores a las de los hombres ($\bar{x} = 2.07$) y mujeres ($\bar{x} = 1.53$) de Ingeniería. Se observa que la mayor diferencia en el puntaje de este factor se presenta en los hombres, pues los de ingeniería tienen más Culpa que los de Psicología. En las mujeres los puntajes son muy semejantes aunque las de Ingeniería son quienes más Culpa tienen. De esta manera el grupo de Psicología no hay variación como en Ingeniería, que presenta más variación en los puntajes de hombres y mujeres. Este resultado se encuentra en el límite de significación de $p \leq .05$.

Interacción Escuela x Sexo Factor Culpa

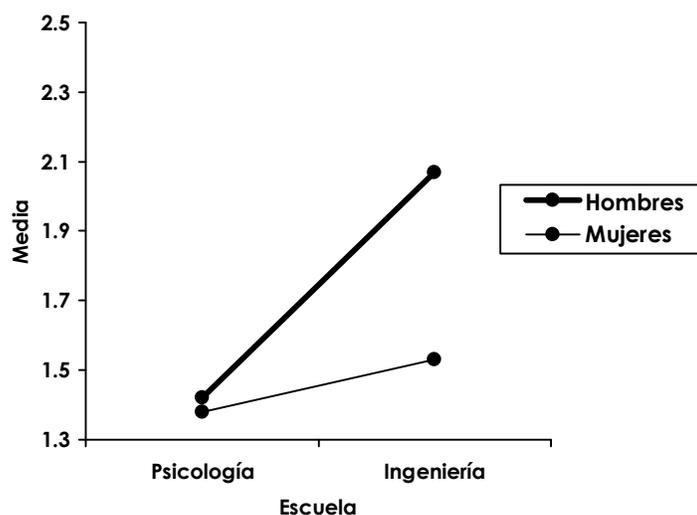


Figura 7. Interacción escuela x sexo en el factor Culpa.

La triple interacción Escuela x Edad x Sexo, produjo efectos significativos en los factores Hostilidad y Victimización. En el factor Hostilidad, ver figuras 8 y 9, ($F = 6.087$ con $1,318$ gl $p = .014$) el efecto significativo se debió a que en los hombres de Psicología de 18 a 20 años, la media ($\bar{x} = 3.22$) es ligeramente mayor a la de los de Ingeniería ($\bar{x} = 2.74$), mientras que en los de 21 a 30 años la media de Psicología ($\bar{x} = 1.12$) es mucho menor que la de los Ingenieros ($\bar{x} = 3.36$); en las participantes de 18 a 20 años, en Psicología ($\bar{x} = 2.68$) la media es menor que en Ingeniería ($\bar{x} = 3.52$), en las de 21 a 30 años se repite la tendencia, pues la media de Psicología ($\bar{x} = 2.80$) es menor a la de Ingeniería ($\bar{x} = 3.54$).

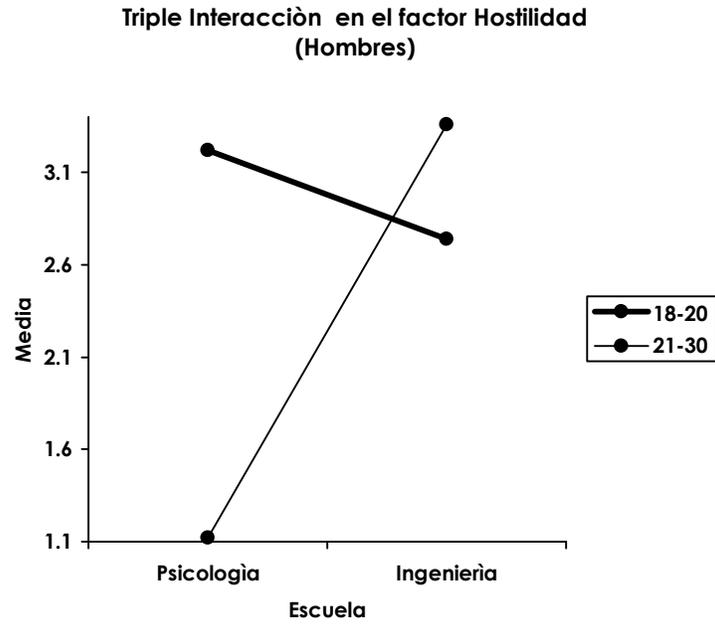


Figura 8. Interacción escuela x edad para los hombres en Hostilidad.

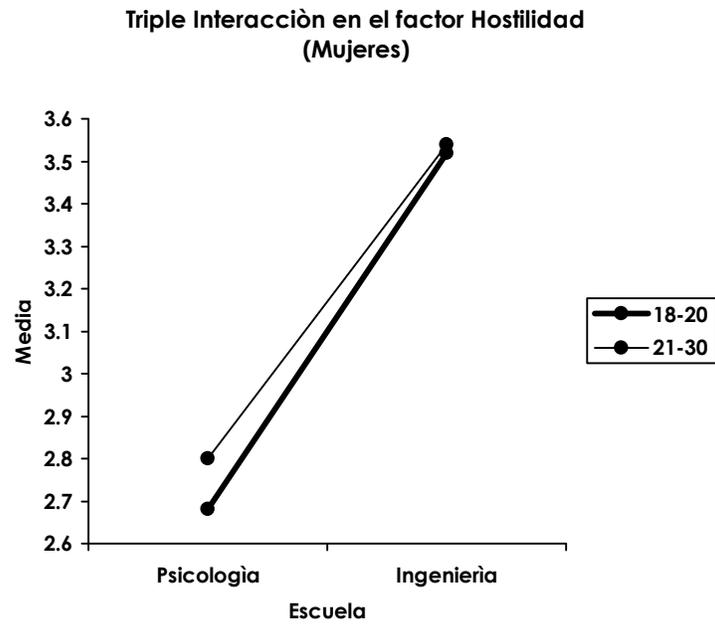


Figura 9. Interacción escuela x edad para las mujeres en Hostilidad.

Las figuras 8 y 9 muestran que el efecto significativo en la interacción se debe a que en los hombres la mayor variación en la media de los puntajes es en los de 21 a 30 años, pues en Psicología tienen considerablemente menos hostilidad que en Ingeniería; en el grupo de 18 a 20 años, los alumnos de Psicología tienen más hostilidad que en Ingeniería. En las mujeres de Psicología e Ingeniería no hay variaciones considerables en Hostilidad, aunque en las de 18 a 20 años son en las que más variación hay, en Psicología tienen más Hostilidad que en Ingeniería; para las de mayor edad ocurre el mismo fenómeno. En los hombres la edad modifica la hostilidad de manera diferente para Ingeniería y Psicología; en tanto que en las mujeres el efecto se da por escuela pues la edad no parece afectar.

El efecto significativo en el factor Victimización ($F = 8.010$ con 1,318 gl $p = .005$), ver figuras 10 y 11, se debe a que en los hombres de 18 a 20 años, la media de Psicología ($\bar{x} = 6.33$) es mayor a la de Ingeniería ($\bar{x} = 5.06$), en tanto que en los de 21 a 30 años, la media de Psicología ($\bar{x} = 4$) es menor que en Ingeniería ($\bar{x} = 5.49$); para las mujeres de 18 a 20 años en Psicología ($\bar{x} = 5.05$) tienen una media más baja que en Ingeniería ($\bar{x} = 5.57$), mientras que en las de 21 a 30 años la media de Psicología ($\bar{x} = 6.09$) es más alta que las de Ingeniería ($\bar{x} = 5.27$).

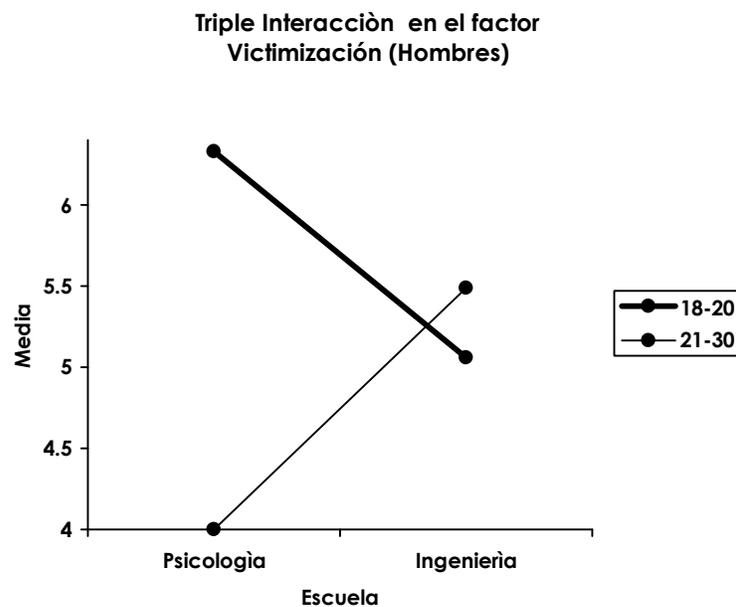


Figura 10. Interacción escuela x edad para los hombres en Victimización.

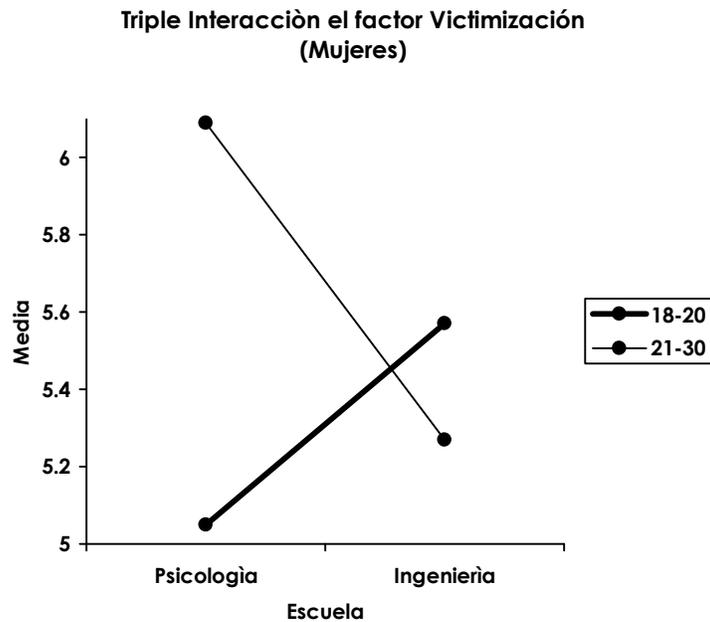


Figura 11. Interacción escuela x edad para las mujeres en Victimización.

Las figuras 10 y 11, muestran que el efecto significativo en la triple interacción se debió a que los hombres de 21 a 30 años, presentan la mayor diferencia en el puntaje de este factor, es decir el menor puntaje de Victimización se da en Psicología en tanto que en Ingeniería es mucho mayor; en los participantes de 18 a 20 años, también existe una importante variación, pues la Victimización es más alta en Psicología. En las mujeres la mayor diferencia en el puntaje de este factor es en la edad de 21 a 30 años, ya que en Psicología son las que más Victimización presentan; en las de 18 a 20 años, la Victimización es más baja en Psicología y más alta en Ingeniería. En hombres y mujeres los grupos de Psicología son más variables que los de Ingeniería.

Análisis de Varianza Multivariado de Ansiedad.

Comparaciones por escuela, edad y sexo.

Para saber si existen efectos significativos en las respuestas al cuestionario de Ansiedad debidos a la variables escuela, sexo y edad y sus interacciones, se realizó un

Análisis de Varianza Multivariado de 3 vías, sobre el puntaje total de TMAS donde la variable dependiente fue la puntuación total de la prueba TMAS y las variables independientes fueron escuela (Psicología e Ingeniería), Edad (18-20años y 21-30años) y Sexo (Masculino y Femenino); sólo se reportan los efectos cuando fueron significativos. La Tabla 10 presenta resumidos los resultados significativos del Análisis de Varianza Multivariado, se muestran las medias, F, gl y su probabilidad.

Tabla 10. Resultados significativos del Análisis de Varianza Multivariado para el puntaje Total de TMAS (Escuela, Sexo y Edad)

Variables Independientes	Prueba TMAS	Niveles	\bar{x}	gl.	F	p.
Edad	Puntaje Total TMAS	18-20años 21-30años	8.46 7.81	1,318	5.643	.018
Sexo	Puntaje Total TMAS	Masculino Femenino	7.51 8.95	1,318	4.796	.029
Escuela x Edad x Sexo	Puntaje Total TMAS	Psicología 18-20años Hombres Mujeres 21-30años Hombres Mujeres Ingeniería 18-20años Hombres Mujeres 21-30años Hombres Mujeres	10.72 8.60 3.62 10.42 6.93 10.57 7.65 6.90	1,318	14.810	.000

Se observa que para la calificación total de la prueba TMAS hay efectos significativos en la variable Edad (F= 5.643 con 1,318 gl p= .018), debido a que la media de los participantes de 18 a 20 años (\bar{x} =5.27) es más alta que la de los de 21 a 30 años (\bar{x} =7.81).

En la variable Sexo (F = 4.796 con 1,318 gl p= .029) el efecto significativo se debe a que las mujeres (\bar{x} =8.95) tienen un puntaje más alto en la media respecto a los hombres (\bar{x} =7.51).

El efecto significativo en la triple interacción en la calificación total de TMAS ($F=14.810$ con $1,318$ gl $p=.000$), ver figuras 12 y 13, se debió a que los hombres de 18 a 20 años de Psicología ($\bar{x}=10.72$) tienen una media más alta que los de Ingeniería ($\bar{x}=6.93$), en tanto que los de 21 a 30 años, la media de los Psicólogos ($\bar{x}=3.62$) es menor a la de los Ingenieros ($\bar{x}=7.65$); en tanto que para las mujeres, en la edad de 18 a 20 años, la media de Psicología ($\bar{x}=8.60$) es menor a la de Ingeniería ($\bar{x}=10.57$), para la edad de 21 a 30 años, la media de las psicólogas ($\bar{x}=10.42$) es mayor que las de las Ingenieras ($\bar{x}=6.90$).

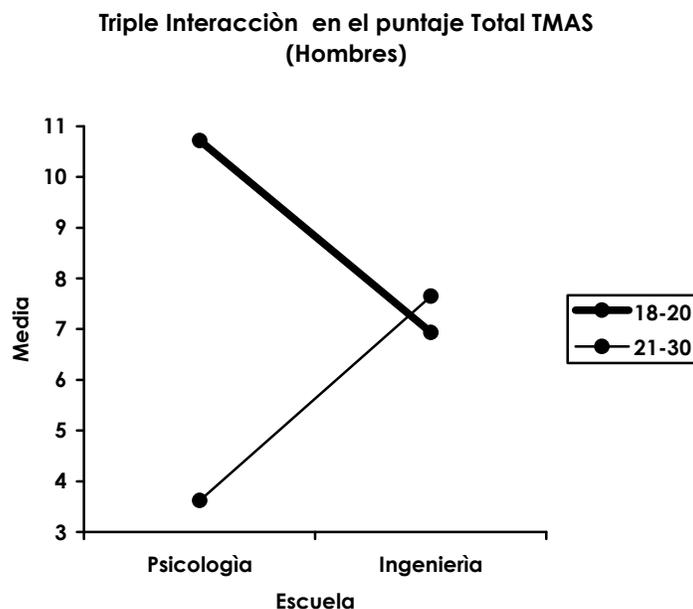


Figura 12. Interacción escuela x edad para los hombres en el puntaje total de TMAS.

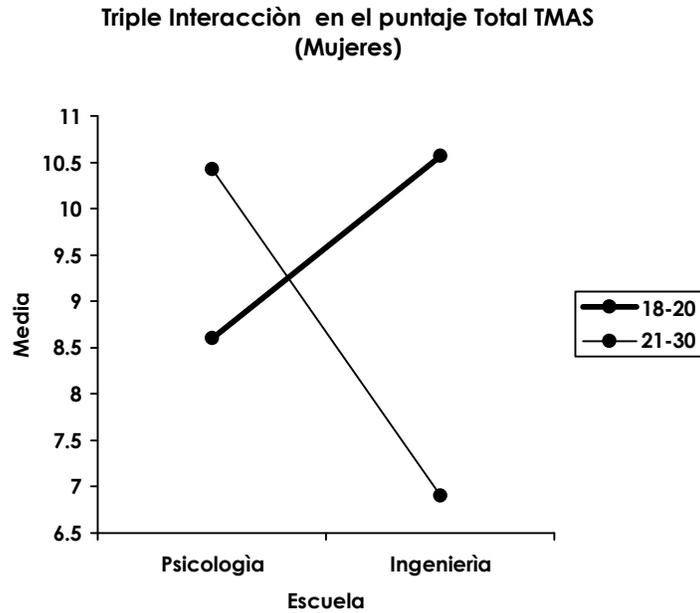


Figura 13. Interacción escuela x edad para las mujeres en el puntaje total de TMAS.

El efecto significativo en la triple Interacción de la calificación total de Ansiedad, figuras 12 y 13, las variables edad y sexo se comportan diferente en hombres y mujeres; en los hombres, la mayor diferencia entre la media de los puntajes es en la edad de 21 a 30 años, en Psicología tienen menos Ansiedad que en Ingeniería; en los de 18 a 20 años la variación del puntaje de Ansiedad es importante, y son los participantes de Psicología los que tienen más ansiedad. Para las mujeres la mayor diferencia en la calificación total de TMAS se da en las de 21 a 30 años, pues en Psicología están más altas en Ansiedad que en Ingeniería; en el grupo de 18 a 20 años se invierte esta situación, es en Ingeniería donde la Ansiedad es más alta. En los hombres el grupo más variable es el de Psicología pues en Ingeniería casi no hubo cambios debidos a edad; en tanto que para las mujeres, en ambas escuelas hubo efectos, sólo que Ingeniería es el que más variación tuvo.

Diferencias en los factores de Ansiedad.

Comparaciones por escuela, edad y sexo

El mismo análisis de varianza de 3 vías se aplicó a los resultados de cada uno de los factores que forman la prueba de Ansiedad (Desesperanza, Inquietud, Dispersión, Sensibilidad y Anticipación) para conocer si existen diferencias en las respuestas. Se realizó un Análisis de Varianza Multivariado de 3 vías en los que la variable dependiente fue la calificación de cada uno de los factores, las variables independientes fueron escuela (Psicología e Ingeniería), Edad (18-20años y 21-30años) y Sexo (Masculino y Femenino). La Tabla 11 muestra resumidos los resultados significativos, se presentan las medias, F, su probabilidad y el factor en el que ocurrieron.

Tabla 11. Resultados significativos del Análisis de Varianza Multivariado de 3 vías (Escuela, Sexo y Edad) para cada uno de los factores de la prueba TMAS.

Variables Independientes	Prueba TMAS	Niveles	\bar{x}	gl.	F	p.
Edad	Inquietud	18-20años	1.36	1,318	4.314	.039
		21-30años	1.22			
	Anticipación	18-20años	1.18	1,318	4.838	.029
		21-30años	1.02			
Sexo	Sensibilidad	Masculino	2.28	1,318	6.956	.009
		Femenino	3.07			
Escuela	Desesperanza	Psicología		1,318	7.234	.008
		18-20años Hombres	2.94			
		Mujeres	2.37			
		21-30años Hombres	.50			
Mujeres	3					
Ingeniería	18-20años Hombres	1.88				
	Mujeres	2.31				
21-30años	Hombres	2.31				
	Mujeres	2.09				
x	Desesperanza	Psicología				
		18-20años Hombres	1.50			
		Mujeres	1.30			

Edad x Sexo	Inquietud	21-30años Hombres	.50	1,318	7.199	.008	
		Mujeres	1.52				
		Ingeniería					
		18-20años Hombres	1.19				
		Mujeres	2.10				
		21-30años Hombres	1.23				
	Mujeres	1.09					
	Dispersión	Psicología			1,318	7.204	.008
		18-20años Hombres	1.05				
		Mujeres	.82				
		21-30años Hombres	.37				
		Mujeres	1.14				
		Ingeniería					
	18-20años Hombres	.82					
	Mujeres	.94					
	21-30años Hombres	.83					
Mujeres	.18						
Sensibilidad	Psicología			1,318	10.482	.001	
	18-20años Hombres	3.50					
	Mujeres	2.95					
	21-30años Hombres	1.75					
	Mujeres	3.52					
	Ingeniería						
18-20años Hombres	2.03						
Mujeres	3.68						
21-30años Hombres	2.26						
Mujeres	2.45						
Anticipación	Psicología			1,318	6.314	.012	
	18-20años Hombres	1.72					
	Mujeres	1.14					
	21-30años Hombres	.50					
	Mujeres	1.23					
	Ingeniería						
18-20años Hombres	1						
Mujeres	1.52						

		21-30años Hombres	1.01			
		Mujeres	1.09			

Los resultados mostraron efectos significativos en la variable Edad para los factores: Inquietud ($F = 4.314_{\text{con } 1,318 \text{ gl } p= .039}$) debido a que los participantes de 18 a 20 años ($\bar{x} = 1.36$) tienen la media más alta que los de 21 a 30 años ($\bar{x} = 1.22$) y en el factor Anticipación ($F=4.838_{\text{con } 1,318 \text{ gl } p= .029}$), el efecto significativo se debió a que la media del grupo de 18 a 20 años ($\bar{x} = 1.18$) es mayor que la del de 21 a 30 años ($\bar{x} = 1.02$). En ambos casos el efecto significativo se debió a que los participantes más jóvenes tuvieron el más alto puntaje en estos factores.

El efecto significativo en la variable Sexo, fue en el factor Sensibilidad ($F = 6.956_{\text{con } 1,318 \text{ gl } p= .009}$), debido a que las mujeres ($\bar{x} = 3.07$) tienen la media más alta que los hombres ($\bar{x} = 2.28$).

En la interacción Escuela x Edad x Sexo se obtuvieron efectos significativos en los cinco factores de la prueba TMAS: Desesperanza, Inquietud, Dispersión, Sensibilidad, y Anticipación.

El efecto significativo en el factor Desesperanza ($F = 7.234_{\text{con } 1,318 \text{ gl } p= .008}$), ver figuras 14 y 15, se debió a que en los hombres de 18 a 20 años, el grupo de Psicología ($\bar{x} = 2.94$) tiene una media mayor al de Ingeniería ($\bar{x} = 1.88$), para los de 21 a 30 años la media del grupo de Psicología ($\bar{x} = .50$) es menor a la de Ingeniería ($\bar{x} = 2.31$); en las mujeres, las de Psicología de 18 a 20 años ($\bar{x} = 2.37$) y de 21 a 30 años ($\bar{x} = 3$) tienen la media mayor que las de Ingeniería de 18 a 20 años ($\bar{x} = 2.31$) y 21 a 30 años ($\bar{x} = 2.09$).

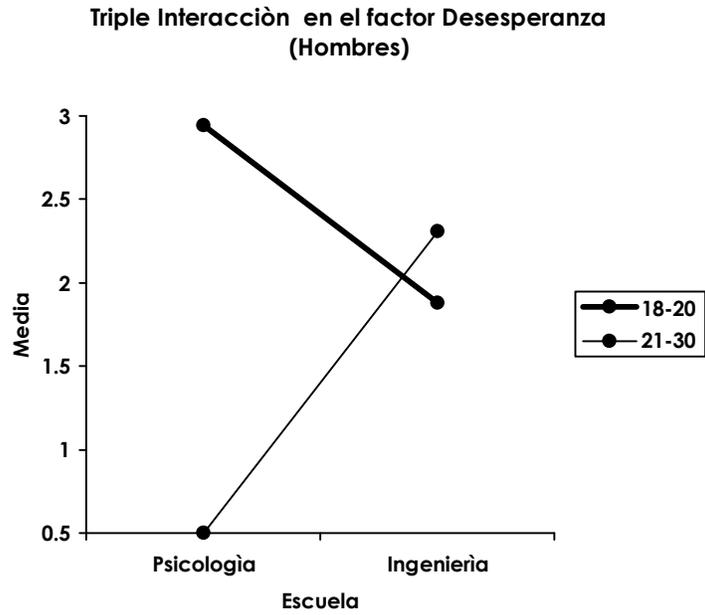


Figura 14. Interacción escuela x edad para los hombres en Desesperanza.

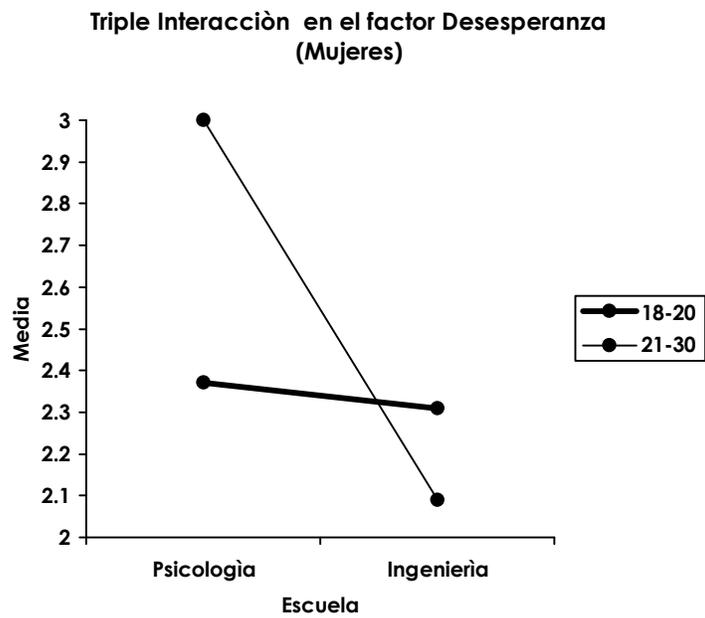


Figura 15. Interacción escuela x edad para las mujeres en Desesperanza.

Se observa en las figuras 14 y 15, que en los hombres la mayor diferencia en la media de los puntajes es en la edad de 21 a 30 años, la Desesperanza en Ingeniería es mucho mayor que en Psicología; en la edad de 18 a 20 años sucede lo contrario, en Psicología es donde hay más Desesperanza. En las mujeres, al igual que en los hombres, la mayor variación de puntajes se da en la edad de 21 a 30 años, pues la Desesperanza es mayor en las participantes de Psicología y menor en las de Ingeniería; en las de 18 a 20 años en Psicología e Ingeniería el nivel de Desesperanza es muy semejante, aunque es en Psicología donde más alta está la Desesperanza. Para Hombres y Mujeres el grupo de Psicología es el que más efectos sufre en la interacción, en tanto que en Ingeniería los puntajes son más estables, es decir las variaciones son menores.

En el factor Inquietud, el efecto significativo ($F = 7.199$ con 1,318 gl $p = .008$), se debió a que en los hombres de 18 a 20 años (ver figura 16), los participantes de Psicología ($\bar{x} = 1.50$) tienen una media más alta que los de Ingeniería ($\bar{x} = 1.19$); en los 21 a 30 años la media de los de Psicología ($\bar{x} = .50$) es menor a la de los de Ingeniería ($\bar{x} = 1.23$); los efectos significativos en las mujeres (ver figura 17) se deben a que en las de 18 a 20 años, la media de las de Psicología ($\bar{x} = 1.30$) es menor a las de Ingeniería ($\bar{x} = 2.10$), mientras que en la edad de 21 a 30 años, el grupo de Psicología ($\bar{x} = 1.52$) tiene una media mayor a la de Ingeniería ($\bar{x} = 1.09$).

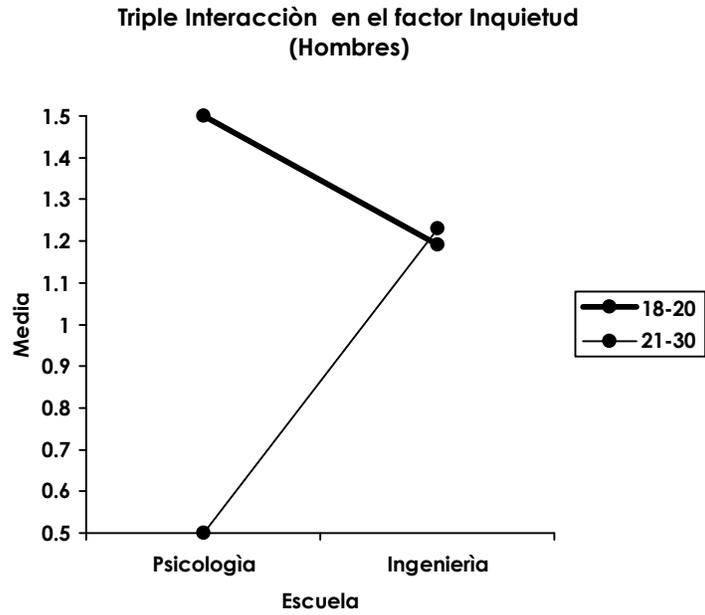


Figura 16. Interacción escuela x edad para los hombres en Inquietud.

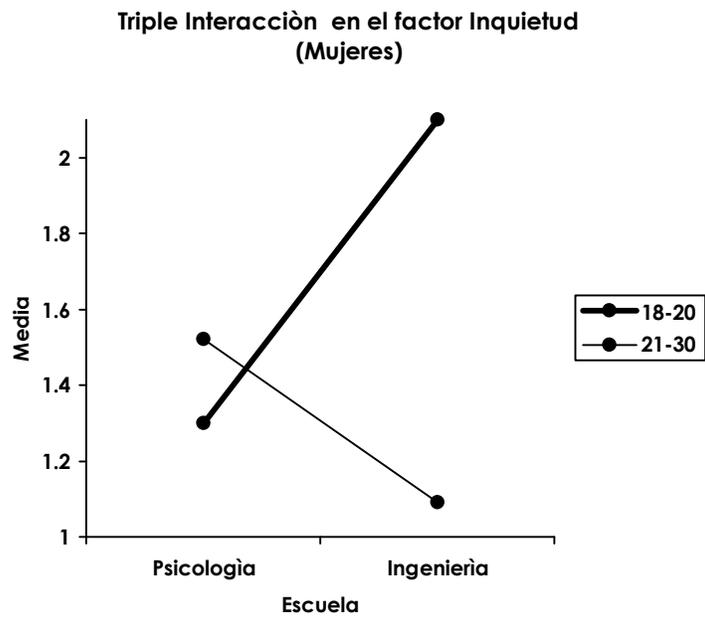


Figura 17. Interacción escuela x edad para las mujeres en Inquietud.

En las figuras 16 y 17, se observa que la mayor diferencia en la media de los puntajes de los hombres es en la edad de 21 a 30 años, donde la Inquietud en Psicología es menor que en Ingeniería; en el grupo de 18 a 20 años de Psicología tiene más Inquietud que el de Ingeniería. Para las mujeres se invierte el fenómeno, pues la mayor diferencia se da en la edad de 18 a 20 años, en Psicología el puntaje de Inquietud es menor al de Ingeniería; en el grupo de 21 a 30 años en psicología existe más Inquietud en comparación a Ingeniería, aunque los puntajes son muy similares. En los hombres se observa que la interacción solamente provoca modificaciones en el grupo de Psicología. Las mujeres de Psicología sufren menos variaciones en sus puntajes en comparación con las de Ingeniería.

El efecto significativo en el factor Dispersión ($F = 7.204$ con $1,318$ gl $p = .008$) se debe a que en los hombres (ver figura 18) de 18 a 20 años, los participantes de Psicología ($\bar{x} = 1.05$) tienen una media más alta que los de Ingeniería ($\bar{x} = .82$), en la edad de 21 a 30 años la media de los de Psicología ($\bar{x} = .37$) es menor a la de los de Ingeniería ($\bar{x} = .82$); en el caso de las mujeres (ver figura 19) el efecto significativo se debió a que las de 18 a 20 años, en Psicología ($\bar{x} = .82$) tuvieron una media menor a las de Ingeniería ($\bar{x} = .94$), en tanto en las de 21 a 30 años, en las participantes de Psicología ($\bar{x} = 1.14$) su media fue más alta que la de Ingeniería ($\bar{x} = .18$).

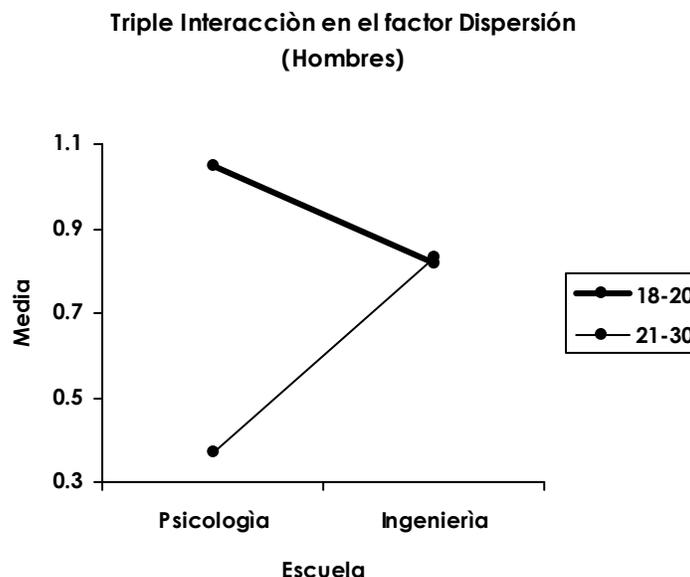


Figura 18. Interacción escuela x edad para los hombres en Dispersión.

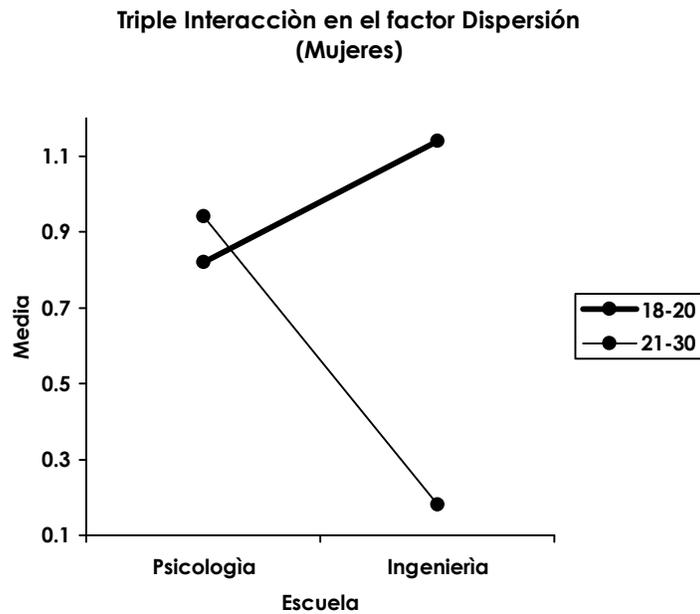


Figura 19. Interacción escuela x edad para las mujeres en Dispersión.

Las figuras 18 y 19, indican que la diferencia mayor entre las medias de los hombres se da en la edad de 21 a 30 años; ya que en Psicología la Dispersión es menor que en Ingeniería; en el grupo de 18 a 20 años los puntajes son muy semejantes, aunque en Psicología la Dispersión es mayor que en Ingeniería. Para las mujeres ocurre esta misma situación, la mayor diferencia entre los puntajes se da en el grupo de 21 a 30 años, donde las participantes de Psicología tienen más Dispersión que las de Ingeniería; para el grupo de 18 a 20 años se invierte el fenómeno y son las de Ingeniería quienes más altas están en dispersión. En los hombres se observa que la interacción provoca modificaciones en el grupo de Psicología. Las mujeres de Psicología sufren menos variaciones en sus puntajes en comparación con las de Ingeniería.

El efecto significativo en el factor de Sensibilidad ($F = 10.482$ con 1,318 gl $p = .001$), se debió a que en los hombres de 18 a 20 años de edad (ver figura 20, en Psicología ($\bar{x} = 3.50$) tienen una media más alta que los de Ingeniería ($\bar{x} = 2.03$), en la edad de 21 a 30 años ocurre lo contrario, pues la media de Psicología ($\bar{x} = 1.75$) es menor a la de

Ingeniería ($\bar{x} = 2.26$); en el caso de las mujeres (ver figura 21), las de 18 a 20 años, en Psicología ($\bar{x} = 2.95$) tienen una media menor a las de Ingeniería ($\bar{x} = 3.68$), en la edad de 21 a 30 años se invierte la tendencia, ya que la media de Psicología ($\bar{x} = 3.52$) es mayor a la de Ingeniería ($\bar{x} = 2.45$).

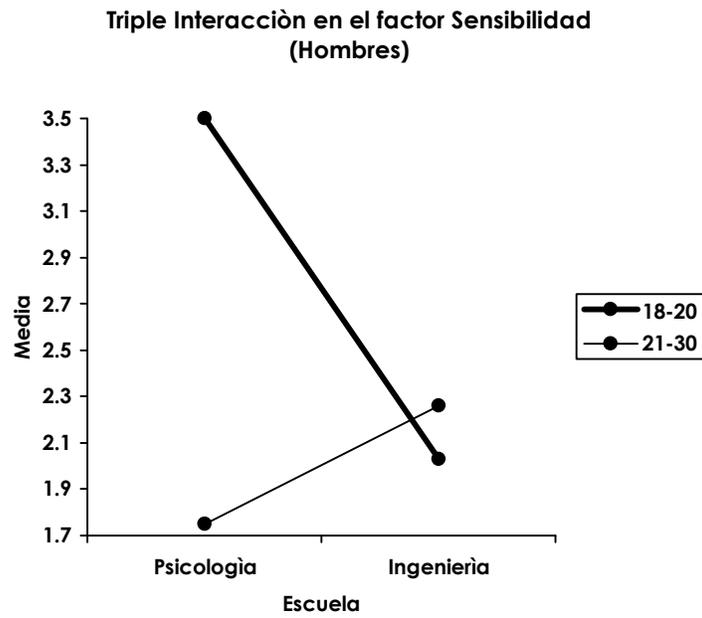


Figura 20. Interacción escuela x edad para los hombres en Sensibilidad.

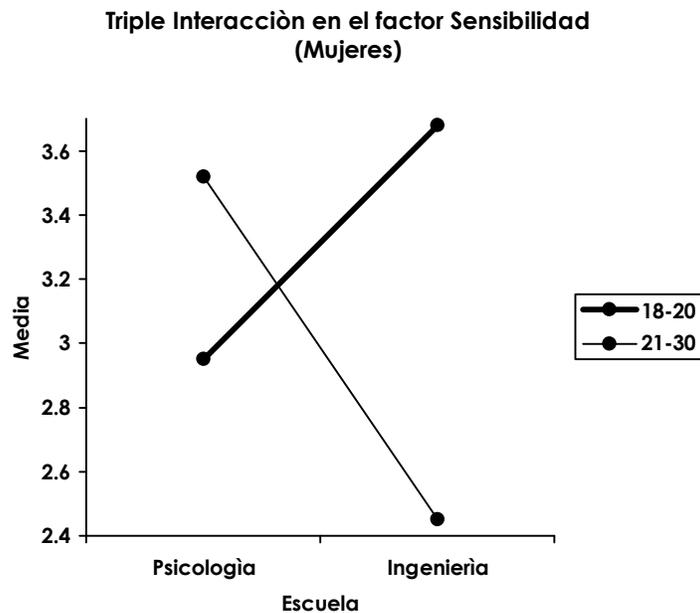


Figura 21. Interacción escuela x edad para las mujeres en Sensibilidad.

Las figuras 20 y 21, muestran que la mayor diferencia en las medias de los puntajes en los hombres es en la edad de 18 a 20 años, donde la Sensibilidad es más alta en Psicología y más baja en Ingeniería; en la edad de 21 a 30 años, los hombres de Ingeniería tienen más Sensibilidad que los de Psicología. Para las mujeres la mayor variación en la media de los puntajes es en la edad de 21 a 30 años, en Psicología la sensibilidad es mayor que en Ingeniería; en el rango de 18 a 20 años las mujeres de Ingeniería son las que más Sensibilidad tienen. En los hombres se observa que las variaciones son mayores en el grupo de Psicología que en el de Ingeniería. Las mujeres de Psicología sufren menos diferencias en sus puntajes en comparación con las de Ingeniería.

El efecto significativo en el factor Anticipación ($F = 6.314$ con 1,318 gl $p = .012$), en los hombres (ver figura 22) se debe a que los de 18 a 20 años, en Psicología ($\bar{x} = 1.72$) tuvieron una media mayor a la de Ingeniería ($\bar{x} = 1$), en la edad de 21 a 30 años la media de Psicología ($\bar{x} = .50$) es menor a la de Ingeniería ($\bar{x} = 1.01$); en tanto que las mujeres (ver figura 23) de 18 a 20 años en Psicología ($\bar{x} = 1.14$) tuvieron una media más baja que la de Ingeniería ($\bar{x} = 1.52$), para las de 21 a 30 años la media de Psicología ($\bar{x} = 1.23$) es mayor que la de Ingeniería ($\bar{x} = 1.09$).

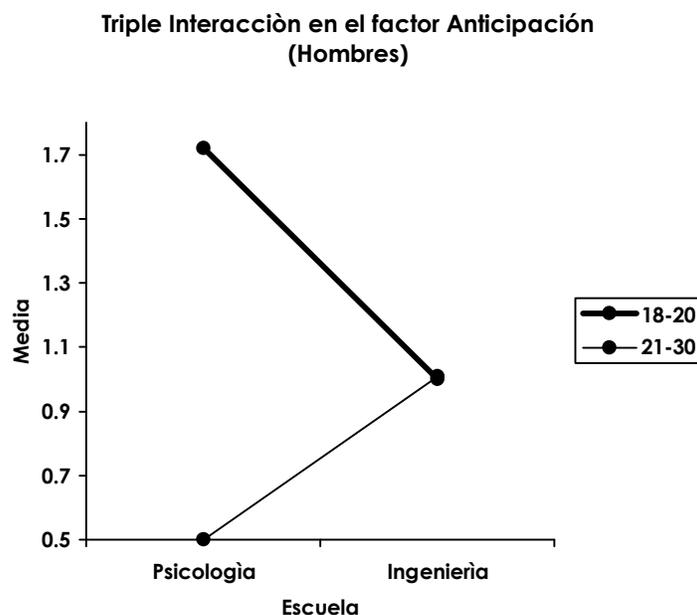


Figura 22. Interacción escuela x edad para los hombres en Anticipación.

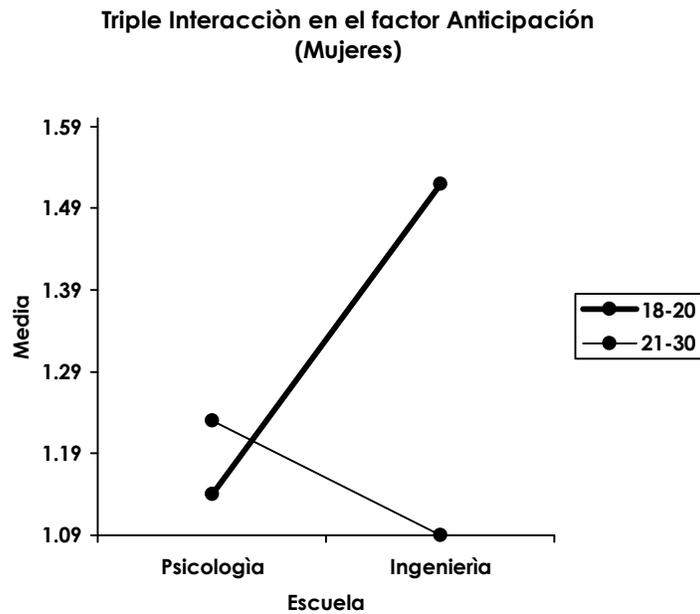


Figura 23. Interacción escuela x edad para las mujeres en Anticipación.

Las figuras 22 y 23, permiten observar que en los hombres la mayor diferencia de puntajes se da en la edad de 18 a 20 años, en Psicología la Anticipación es mayor que en Ingeniería; en la edad de 21 a 30 años se invierte el fenómeno, pues es el grupo de Ingeniería es el que más Anticipación tiene. En las mujeres también es en la edad de 18 a 20 años donde existe la mayor variación de puntajes, en Ingeniería la Anticipación es mucho mayor que en Psicología; en las mujeres de 21 a 30 años se invierte la tendencia, es en Psicología donde hay más Anticipación. En los hombres solamente el grupo de Psicología tiene modificaciones; en las mujeres se observa que las de Psicología sufren menos variaciones en sus puntajes en comparación con las de Ingeniería.

Capítulo 6. Discusión.

Esta investigación permite determinar que hay relación positiva y fuerte entre los índices totales de Ira/Hostilidad y Ansiedad en los estudiantes de Psicología e Ingeniería de la Universidad Nacional Autónoma de México, hombres y mujeres ubicados en dos rangos de edad, por lo que se acepta la H_{A1} . La relación de Ira/Hostilidad y Ansiedad puede ocurrir de forma bidireccional, es decir, los jóvenes universitarios al momento de presentar Ira/Hostilidad o Ansiedad existe la posibilidad de que también experimenten la otra, independientemente de cual se presente primero, esto en función de los eventos que las desencadenen, como: el estrés ciudadano, las exigencias escolares, problemas en las relaciones interpersonales así como las diferencias individuales; o bien que dos emociones sean experimentadas al mismo tiempo, es decir que sean comorbidas. La relación estadística de las dos dimensiones evaluadas concuerda con lo planteado por Horrocks (1999), quien señala que la hostilidad y ansiedad tienen una relación recíproca y estrecha, si se experimenta una de ellas se puede pasar inmediatamente a la otra; de igual forma este autor menciona que la hostilidad generalmente conduce a la ansiedad.

Ambas emociones se presentan y se relacionan en los contextos de Psicología e Ingeniería, aunque esto sea diferente para hombres y mujeres así como para las dos diferentes edades consideradas por esta investigación; en este sentido Grau (2005) afirma que todos en algún momento de la vida experimentamos ansiedad o la ira-hostilidad, o ambas a la vez, entre otras muchas emociones, sin embargo, existen diferencias en los individuos en cuanto a la frecuencia e intensidad al sentirlos.

Los estudiantes de Ingeniería mostraron más intensidad emocional en la **Ira/Hostilidad**, por lo que se acepta la H_{A2} ya que hay diferencia en los puntajes de Ingeniería y Psicología, y que generalmente va acompañada de actitudes y creencias negativas hacia quienes los rodean, además de la percepción de que son desagradables y están en su contra, lo anterior coincide con lo planteado con Berkowits (1996) y además señala que un individuo hostil no solo hace cotidianamente hace evaluaciones negativas acerca de los demás, si no que muestra desprecio y

disgusto global por una o muchas personas; la intensidad fue menor para los participantes de Psicología; lo cual puede deberse a las diferencias en intereses que les llevan a escoger una u otra carrera y lo diferente que es el contexto escolar de Ingeniería y de Psicología; pues en el primer caso el currículo y exigencias escolares son más demandantes y rígidas que las de Psicología, es decir los participantes de Ingeniería están en un ambiente más estricto y competitivo. Se pudo observar un patrón específico en el que la **Ira/Hostilidad** es más alta en los participantes de 18 a 20 años de Psicología y en los de 21 a 30 años de Ingeniería, por lo que se acepta la H_{A8} , ya que hubo efecto significativo en esta interacción.

Al referirnos a la influencia que tiene el contexto en la experiencia y expresión de la Hostilidad en específico la influencia de la escuela en los estudiantes de Ingeniería y Psicología, García-León y Reyes del Paso (2002), señalan que los factores situacionales activan en el sujeto procesos de evaluación cognitiva, modulados por las características atribucionales-actitudinales ligadas a la hostilidad; por lo que el ambiente, determina el tipo de interacciones interpersonales del sujeto en el contexto familiar, personal y laboral, y por tanto, modulan el nivel de estrés al que se expone el individuo, lo cual influye para que se presenta la ira/hostilidad.

También se acepta H_{A12} y se rechaza la hipótesis nula pues hubo efecto significativo en esta interacción donde la intensidad emocional en la **Ira/Hostilidad** es diferente en hombres y mujeres, Los hombres de Psicología de 18 a 20 años y de 21 a 30 años de Ingeniería tienen más Ira/hostilidad, en tanto que la intensidad es menor en los de mayor edad de Psicología y los más jóvenes de Ingeniería. Los participantes más jóvenes de Psicología presentan más actitudes de ira, hostilidad, competencia y dominancia a diferencia de los participantes de más edad, tal vez por la instrucción recibida, ya que el currículo de Psicología es orientado hacia las humanidades.

En los Ingenieros ocurre lo contrario, pues los más jóvenes no presentan demasiada intensidad emocional, en tanto que los de mayor edad, incorporan a su repertorio las características de Ira/Hostilidad, probablemente debido a la interacción cotidiana y la experiencia personal. Las mujeres de Ingeniería en ambos rangos de

edad mostraron mayor intensidad emocional en Ira/Hostilidad en relación con las de Psicología; en estas mujeres la influencia del contexto escolar y social de dicha escuela provoca que se mantengan presentes las características de ira y hostilidad independientemente de la edad; ya que son más fuertes las competencias y exigencias cuando se es mujer y se cursa la carrera de Ingeniería.

Las variables sexo y edad no mostraron ser un factor significativo en la calificación total de Ira/hostilidad, por lo que se aceptan las hipótesis de nulidad y se rechazan H_{A4} y H_{A6} .

En el factor **Indicadores Fisiológicos**, las mujeres experimentan y reconocen más reacciones físicas cuando se enojan, por ejemplo: resequedad en la boca, temblor en cara y extremidades, dolor de estomago así como elevación del ritmo cardiaco, etc., esto indica que son más reactivas, desencadenan más cambios a nivel fisiológico cuando se enojan, a diferencia de los hombres, que también se enojan pero no fácilmente identifican estas respuestas. Esto puede deberse a diferencias biológicas y/o cuestiones relacionadas con un pobre autoconocimiento; este resultado podría tener implicaciones más graves, como se señala en el Modelo de reactividad Psicofisiológica, (García-León y Reyes del Paso 2002), donde al tener una mayor actividad fisiológica provocada por el hecho de enojarse puede ser un factor de riesgo y que con el paso del tiempo posiblemente provoque problemas cardiacos.

El mayor puntaje en **Ideología de poder** de los estudiantes de Ingeniería, muestra que frecuentemente es probable que busquen influir en los otros para alcanzar sus objetivos y metas, si no lo logran pudieran desarrollar una actividad para retirarlos de su camino o cuando menos piensan que es correcto hacerlo así; posiblemente vean a los demás como fuente de amenaza para su bienestar personal, y así experimentar sentimientos de desprecio hacia los demás; en tanto que en los Psicólogos sucede menos. Pudiera ser que la competencia y exigencia de Ingeniería, provoque que los participantes de esta escuela tengan mayor necesidad de control de las situaciones así como anteponer la consecución de sus metas.

El mayor puntaje en **Hostilidad** de los participantes de Ingeniería los muestra con más actitudes negativas en las interacciones sociales, que pueden ser de desconfianza y resentimiento, más vulnerables ante la crítica de los demás. Esto indica que las interacciones sociales en Ingeniería son más difíciles que en Psicología, debido a que están determinadas por el ambiente y por las diferencias a nivel biológico y sociocultural de cada una de los contextos. Este patrón de comportamiento en específico permite observar que los participantes de Ingeniería de ambos rangos de edad presentan más **Hostilidad** que el grupo de Psicología; a mayor edad mayor hostilidad en Ingeniería. Las interacciones sociales negativas de los estudiantes de Ingeniería se deben, como señalan, Fernández-Abascal y Palmero (1999) y Barefoot (1992) a que los sujetos que experimentan más hostilidad son proclives a manifestar reacciones agresivas contra las personas, ya que la atribución hostil, que constantemente realizan incrementa la probabilidad de que la conducta de los demás pueda ser interpretada como amenazante y así justificar su hostilidad.

Dichas características se manifiestan en hombres y mujeres de diferente manera. Los hombres, de 18 a 20 años de Psicología y de 21 a 30 años de Ingeniería mostraron más **Hostilidad** que los más grandes de Psicología y los más Jóvenes de Ingeniería. Las menores actitudes negativas de desconfianza y rencor en las interacciones sociales de los hombres de Psicología podrían estar determinadas por la madurez que adquieren los participantes al estar en una licenciatura, ya que en los de mayor edad se reducen considerablemente; en tanto que los de Ingeniería no es que no maduren sino que siempre se mantiene muy fuerte la exigencia, competencia y rigidez del contexto, además de que estas características podrían ya formar parte de su repertorio. Las mujeres de Ingeniería de ambos rangos edad tienen más **Hostilidad** que las de Psicología, ya que tienen más actitudes hostiles y de desconfianza; aunque en Psicología e Ingeniería la variación de puntajes parecen estar influidos más por el contexto que por la edad.

La intensidad emocional en el factor **Victimización** es diferente en hombres y mujeres. Los hombres de Psicología de 18 a 20 años y los de Ingeniería de 21 a 30 años con mayor frecuencia son sensibles a las acciones de los otros, además de que

pueden sentirse agredidos, injustamente tratados y atacados por quienes los rodean, a diferencia de los participantes de mayor edad de Psicología y los más jóvenes de Ingeniería. En las mujeres el fenómeno ocurre al revés, en Psicología las participantes de 21 a 30 años y las de 18 a 20 años de Ingeniería son las que más intensidad emocional mostraron en el factor Victimización.

En Psicología las características de Victimización en los hombres y mujeres están determinadas por la influencia del contexto y por la edad, lo cual sugiere que los de mayor edad no están tan pendientes de las acciones que realizan los demás, están más centrados en sus actividades, en tanto que parece ser que las mujeres de mayor edad, son afectadas por las acciones de quienes las rodean. En Ingeniería para hombres y mujeres se mantiene la Victimización de forma similar independientemente de las edades.

En el factor **Culpa**, en los estudiantes de Ingeniería existe la creencia de que se ha hecho mal, que se ha aprovechado de alguien al tratar de cumplir sus metas y objetivos, estas creencias generan malestar; a diferencia de los de Psicología. Esta tendencia sucede en específico en hombres y mujeres de Ingeniería[∞], quienes son los que más culpa tienen en relación con los de Psicología. Esta misma creencia se presenta en los participantes de 21 a 30 años, son los que tienen más culpa en relación con los de menor edad. Estas tendencias pueden estar determinadas por la experiencia personal de los estudiantes de Ingeniería que al estar en un ambiente más demandante posiblemente al lograr sus objetivos, haciendo lo necesario para este fin, se presente en mayor grado la Culpa.

En la escala de **ansiedad manifiesta TMAS**, los participantes 21 a 30 años mostraron mayor intensidad emocional, se rechaza la H_0 y se acepta la H_{A7} ; frecuentemente evalúan las situaciones como peligrosas a su integridad; este resultado en los participantes de mayor edad puede deberse a que están en una etapa muy importante del desarrollo humano: la juventud, que conlleva una serie de compromisos y exigencias que deben asumirse y cumplirse, como: estudiar una licenciatura para

[∞] Este resultado se encuentra en el límite de significación al nivel de .05

enfrentarse a la vida profesional, formar vínculos afectivos más estrechos, independencia económica y emocional del núcleo familiar, entre otras; todo esto genera incertidumbre y puede provocar que los jóvenes estén más propensos a experimentar ansiedad. En el caso de los participantes de más edad la experiencia adquirida tal vez les facilite manejar estas exigencias, o tal vez sea otro tipo de situaciones las que les preocupe.

También se acepta la H_{A5} , ya que las mujeres tienen más **ansiedad** que los hombres; probablemente a factores culturales y a que se les ha transmitido un sistema de creencias en donde se les indica que deben ser sensibles y preocuparse por sus propias necesidades y las de otros; aunque también debe considerarse la influencia de las diferencias individuales, de los aspectos biológicos y de la propia experiencia. En el caso de los hombres también experimentan ansiedad, solamente que con una menor frecuencia, tal vez no la expresan o bien se manifieste en otro tipo de conductas.

Tanto los participantes de más edad (21 a 30 años) así como para las mujeres la ansiedad en términos de adaptación les permite manejar y enfrentar las exigencias del medio, esto es sustentado por Baeza (2005) y Kaplan (1999), quienes señalan que la ansiedad normal ayuda a mejorar el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral y/o académico.

La variable escuela no arrojó resultados significativos en la calificación total de Ansiedad por lo que se acepta la hipótesis de nulidad y se rechaza H_{A3} .

Desde el punto de vista de los factores que conforman la prueba de Ansiedad, los participantes de 18 a 20 años de edad mostraron más **Inquietud**, es decir que ante situaciones que se evalúan como adversas experimentan preocupación desmedida que se acompaña de activación fisiológica y cognoscitiva que puede afectar el desempeño cotidiano; también mostraron más intensidad emocional en **Anticipación**, ya que con mayor frecuencia anticipan y predicen consecuencias inconvenientes, negativas y/o adversas de las situaciones que día a día viven. En los jóvenes la percepción de incertidumbre es muy fuerte y esto pudiera llevarlos a evaluar las

exigencias del medio como muy demandantes, lo cual se debe a la etapa del desarrollo en la que se encuentran además de que sus expectativas y las de los que los rodean son muy altas; en este sentido Miguel-Tobal y Casado (1999) y Miguel-Tobal (1996); señalan que la ansiedad se manifiesta a través aspectos cognitivos, fisiológicos y conductuales que puede provocarse por estímulos externos o situacionales e internos del sujeto, como pensamientos, ideas, imágenes, que son percibidos por el individuo como peligrosos y amenazantes.

Las mujeres tienen más **sensibilidad** que los hombres, por lo que tienden a percibir e inquietarse más intensamente ante los sucesos que les ocurren, a ellas y a los demás; esto porque son más sensibles, pues culturalmente se les inculca que deben ser así; en tanto que en los hombres esto no ocurre, ya que la parte sensible en ellos es reprimida, aunque el hecho de que no se exprese no significa que no se experimente; este argumento coincide con lo propuesto por Fernández-Abascal, Martín, Domínguez en 2002, los cuales señalan que los estímulos, internos y externos, que evocan las reacciones de ansiedad pues están determinados por características personales,.

Para el factor **desesperanza**, con mayor puntuación en los hombres de 18 a 20 años de Psicología frecuentemente creen que no disponen de habilidades para resolver o enfrentar situaciones a diferencia de los de 21 a 30 años, en los que la influencia que ejerce el contexto sobre su esquema de creencias y el estudiar una licenciatura pudiera ofrecer herramientas para enfrentarse ante las exigencias del medio; en las mujeres ocurre lo mismo sólo que en menor proporción, las mujeres de 18 a 20 años presentan más actitudes de desesperanza que las de 21 a 30.

Los hombres de 18 a 20 años de Ingeniería mostraron menos desesperanza que los de los de 21 a 30 años, para estos participantes las actitudes de desesperanza se presentan y probablemente tienden a aumentar ligeramente por la influencia del contexto, pues las demandas del entorno pueden ser percibidas como fuertes. En las mujeres las de 18 a 20 años hay más desesperanza que en las de mayor edad.

Los hombres de Psicología en el puntaje total de **Ansiedad** (se acepta la H_{a13} , pues hay efectos significativos en la interacción) y además en los factores **inquietud, dispersión, sensibilidad y anticipación**, los de 18 a 20 años frecuentemente evalúan situaciones como peligrosas y/o muy demandantes, ya que poseen un esquema cognitivo que está conformado por creencias y actitudes como las de preocupación ante cualquier situación; no se les facilita concentrarse en las cosas que hacen; se inquietan intensamente por lo que les puede ocurrir y se la pasan anticipando consecuencias desfavorables; estas creencias las presentan con menos frecuencia los de 21 a 30 años, la reducción se debe a que se encuentran cursando una licenciatura, lo que les ofrece otra visión acerca de cómo enfrentarse a las exigencias del medio, ya que les provee de herramientas. En los estudiantes de Ingeniería estas actitudes y creencias no se modifican y se mantienen estables en ambas edades, probablemente debido a las exigencias de un ambiente competido como lo es la escuela.

Dicho esquema cognitivo presentado por las personas ansiosas propicia que estén predispuestas a seleccionar ciertas cosas de su entorno para justificar su ansiedad además señalan que el rasgo característico de la persona que tiene ansiedad es la percepción de una amenaza poderosa y la activación fisiológica cuando no existe un peligro real; lo cual indica que es por esta razón que los hombres de Psicología más Jóvenes y en las mujeres de mayor edad de Psicología, sean los que más intensidad emocional tengan hacia la ansiedad. (Kaplan; 1999 y Fernández-Abascal, Martín, Domínguez; 2002); otros elementos de este esquema cognitivo presentado por estos participantes es que tienen un tiempo de reacción más lento, procesan superficialmente la información del medio y se les dificulta focalizar la atención McLeod en 1999 (citado en Fernández-Abascal, Palmero y Breva; 2002).

En las mujeres, las de 18 a 20 años de Psicología tienen menos **Ansiedad** global, es decir evalúan menos situaciones como peligrosas, ya que en su esquema cognitivo no son tan frecuentes las actitudes y creencias de **Inquietud, Dispersión, Sensibilidad y Anticipación**, las cuales aumentan ligeramente en las de 21 a 30 años, en sensibilidad se observa que este incremento es mayor el cual puede ser provocado por otros factores independientemente de la escuela y la edad como lo son la experiencia

personal y la interacción social; en Ingeniería las de 18 a 20 años tienen en su repertorio creencias y actitudes de preocupación; se les dificulta concentrarse en las cosas que hacen; se inquietan intensamente por lo que les puede ocurrir y se la pasan anticipando consecuencias desfavorables; estas creencias en las de 21 a 30 años no son tan frecuentes, tal vez por que el contexto les ofrece soluciones inmediatas a sus problemas, es decir, la escuela les proporciona herramientas para enfrentar problemas que se les presentan, además de que la interacción social también les beneficia.

Otros autores señalan que la ansiedad no se encuentra asociada con una disminución general del procesamiento de información, sino con patrones inusuales de selectividad, Eysenck y Calvo (1992) señalan que las personas ansiosas reservan una parte de su memoria de trabajo para tratar aquella información que es relevante para su ansiedad; es por esto que los hombres de Psicología de 21 a 30 años y en las mujeres de Psicología de 21 a 30 años que si bien su intensidad emocional hacia ansiedad no es alta, pero pudieran presentar tendencia hacia algunas características de ansiedad que probablemente estén mediados por lo planteado por estos autores.

Las emociones están presentes en todo momento de la vida y actualmente ayudan a explicar el papel de los factores psicosociales en el proceso de salud enfermedad, las emociones negativas, como la Hostilidad, Ira, Ansiedad y Depresión incidirán en el desarrollo del proceso de enfermedad a través de mecanismos psicosociales y psicoimmunológicos (Grau, 2005). En específico la ira, hostilidad y ansiedad, han sido identificados como factores de riesgo cardiovascular (Miller, Smith, Turner, Gujjarro y Hallet, 1996) y por lo tanto de muerte; Martín (2003) señala que las personas que experimentan ansiedad crónica, tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad, cinismo, etc., tienen mayor riesgo de contraer una enfermedad; y es por esto que se considera necesario conocer e implementar estrategias para mejorar control emocional en los jóvenes, puesto que no solo se afecta la parte física sino también la psicológica. En este sentido Spielberger y Moscoso (1996), señalan que los individuos con niveles altos en rasgos de ansiedad son mucho más vulnerables a sentirse evaluados por otros debido a que tienen una pobre autoestima y autoconfianza;

mientras en la hostilidad, probablemente existan manifestaciones de conducta agresiva.

Limitaciones y Sugerencias.

Las limitaciones de las que puede ser susceptible esta investigación son las siguientes:

- La generalización de los resultados de investigación está determinada por el tipo de muestra utilizada, pues sólo es aplicable a estudiantes universitarios con características similares y no a los jóvenes en general.
- En el caso de la muestra de Psicología en mayor número son participantes femeninas mientras que en Ingeniería son más hombres, por lo que la variabilidad de los datos pudo verse afectada.
- Los instrumentos utilizados, aunque cumplen con todos los requisitos psicométricos, tienen buena confiabilidad y validez, aun se encuentran en fase experimental, de esta manera las versiones se modificarán conforme las investigaciones continúen, por lo que no serán los mismos utilizadas en esta investigación.

Esta investigación muestra una visión acerca de dos emociones en jóvenes universitarios, además presenta una revisión bibliográfica inherente a los temas de emociones y salud, pues se considera que se deben implementar estrategias para beneficiar a los estudiantes de la UNAM, para tal efecto se toma como base el concepto de escuela saludable "TIPICA", (Flores-Alarcón, 2005), es un programa encargado de promover y promocionar el concepto de salud en escuelas públicas que es avalado por la Secretaría de Sanidad de Colombia, es una aplicación psicológica para el desarrollo de actividades de promoción de salud en escuelas de nivel básico de educación.

La metodología utilizada por este programa de educación escolar es en forma de espiral, implica una forma progresiva en la educación de la salud en las escuelas y contempla dos ejes para su desarrollo, un eje horizontal equivalente al estado evolutivo de los estudiantes y un eje vertical, correspondiente al método específico para promover la educación para la salud que incorpora la dimensión de la prevención.

Aunque se trata de un programa que se lleva a cabo con estudiantes de nivel básico de educación es de suma importancia resaltar que su principal interés es la promoción de la salud y la prevención en ámbitos educativos; esta investigación coincide que se debe promover el concepto de prevención en el contexto universitario, considerando dos dimensiones: el bienestar físico y psicológico, ya que al verse afectados el, resultado es una disminución en la calidad de vida de los individuos, por lo que esta investigación presenta una serie de lineamientos a considerar para establecer estrategias de prevención.

Estos lineamientos no deben referirse a la ansiedad y hostilidad sino al resto de las emociones, así como a más temas de Psicología y Salud.

- Conocer el contexto en donde se encuentran los estudiantes y la realidad que se vive día a día en el escenario en cuestión.
- Recopilar toda la información acerca de la juventud, aspectos físicos, psicológicos y sociales.
- Identificar las necesidades que se presentan en los estudiantes,
- Establecer objetivos reales y sustentables,
- Determinar con que recursos y /o apoyo se cuenta
- Recopilación de información referente a los temas a tratar,
- Tipo de estrategias a establecer para alcanzar los objetivos establecidos.
- Evaluación de las estrategias implementadas.

Se sugiere seguir realizando investigación relacionada a las emociones negativas en la juventud como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas y/o trastornos psicológicos.

Referencias.

- Allgoewer, A., Wardle, J., y Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology*, 20, 223-227
- Averill, R.J. (1997). The emotions : an integrative approach. En Hogan R., Johnson J., y Briggs S., (Eds). *HandBook of Personality Pshycology*. San Diego: Academic Press. pp 513-541
- Averill, J.R. (1983). *Anger and Aggression: An essay on emotion*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Baeza, J.C. (2005). La ansiedad: un mecanismo normal, adaptativo y universal. Recuperado: 4 de febrero 2006. <http://www.clinicadeansiedad.com/documentos>.
- Baeza, J.C. (2001). Teorías de la ansiedad. Recuperado: 12 de marzo de 2005. <http://www.clinicadeansiedad.com/documentos>.
- 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.
- Barefoot, J.C. Dahlstrom, W.G. y Williams, R.B. Jr., (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25 year follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 45, 59-63.
- Barefoot, J. C. Dodge, K.A. Peterson, B.L., (1989). The Cook Madley hostility scale: item content and hability to predict survival. *Psychosomatic Medicine*. 51: 46-57
- Barefoot, J. C. Larsen, S., Von der Lieth, L. y Schroll, M. (1995). Hostility incidence of acute myocardial infarction and mortality in a sample of older Danish men and women. *American Journal of Epidemiology*, 142, 477-480.
- Barra, E. (2005). Salud, estados afectivos y expresión emocional. En Flores-Alarcón, L., Botero M. y Moreno-Jiménez., B., *Psicología de la Salud. Temas de investigación en Latinoamérica.*, Bogota., Editorial Kempres.
- Baum, C. G. (1993). Trastornos de conducta. En Ollendick, T.H. y Hersen, M. (Eds.), *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca
- Bayes, R. (1988). Modulación psicológica de la respuesta inmunológica. En Bisquerra A. R., (2001). *Educación emocional y bienestar. Colección educación emocional.*, 2ª edición., España., Ciss Praxis.

- Beck, A., T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York.: Meridian
- Beck, A., T., y Greenberg, R., L. (1988). Cognitive Therapy of panic disorders in *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol. 7. Editado por Frances A., J., Hales R., E., Washington, DC., American Psychiatric Press., pp69-80
- Beck, A., T., Emery G., y Greenberg, R., L. (1985). *Anxiety disorders and Phobias., A cognitive Perspective*, Nueva York, Basic Books.
- Benotsch, E.G., Christensen, A.J. y McKelvey, L. (1997). Hostility, social support, and ambulatory cardiovascular activity. *Journal of Behavioral Medicine*, 2, 163-176.
- Berkowitz, L. (1996). *Agresión: causas, consecuencias y control*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Bisquerra A. R., (2001). *Educación emocional y bienestar. Colección educación emocional., 2ª edición., España., Ciss Praxis*.
- Bolles, R.C. y Fanselow, M.S. (1980). A perceptual-defensive-recuperative model for fear and pain. *Brain and Behavioral Sciences*; 3: 291-323.
- Breva, A., Espinosa M y Palmero F. (2000). Ira y reactividad cardiaca. Adaptación en una situación de estrés real. *Anales de psicología. Vol. 16, nº 1, 1-11*
- Breva, A., Espinosa, M. y Palmero, F. (1996). El apoyo social como modulador del riesgo coronario. En F. Palmero y V. Codina (Eds.), *Trastornos cardiovasculares: Influencias de los procesos emocionales* (pp. 495-530). Valencia: Promolibro.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A., y Díaz-Ovejero, M. B. (1998). Emociones y Salud., Palmero F. y Fernández-Abascal E., G. *Emociones y Adaptación*, Ariel Psicología., Barcelona.
- Castrillón, D., A., Ortiz P., A., Y Vieco F. (2004). Cualidades paramétricas del cuestionario de agresión (AQ) de Buss y Perry en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 22 (2)*
- Casullo, M., Cruz, M., González R. y Maganto C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes: estudio comparativo. Recuperado 21 febrero 2006. <http://www.aidep.org/uba/Bibliografia/SCL90ArgEsp.pdf>
- Clore, G. L., y Ortony, A., (2000). Cognition and Emotion: Always, sometimes, or never. En R. D. Lane y L. Nadel (eds.), *Cognitive Neuroscience of Emotion.*, Nueva York: Oxford University press., P. 24-61

- Cohen, S., Kaplan, J.R. y Manuck, S.B. (1994). Social support and coronary heart disease. Underlying psychological and biological mechanisms. En S.A. Shumaker y S.M. Czajkowski (Eds.), *Social support and cardiovascular disease*. Nueva York: Plenum Press. (pp.195-221)
- Conn, D. (2004). *Psicología*. México 10ª edición. Thomson.
- Cook, W. y Medley, D. (1954). Proposed Hostility and Pharisaic-Virtue Scales for the MMPI. *The Journal of Applied Psychology*. Vol 38(6). 414-418
- Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico*. Prentice Hall. México
- Davis, M., Matthews, K. y McGrath, C. (2000). Hostile attitudes predict elevated vascular resistance during interpersonal stress in men and women. *Psychosomatic Medicine*, 62, 17-25.
- Diamond, E.L. (1982). The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. *Psychological Bulletin*, 92, 410-433
- Engelbreton, T.O., Matthews, K.A. y Scheier, M.F. (1989). Relations between anger expression and cardiovascular reactivity: Reconciling inconsistent findings through a matching hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 513-521.
- Eysenck, M. W. y Calvo, M. G. (1992). Anxiety and performance: the processing efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6, 409-432
- Everson, S.A., Kauhanen, J., Kaplan, G.A., Goldberg, D.E., Julkunen, J. Tuomilehto, J. y Salonen, J.T. (1997). Hostility and increases risk of mortality and acute myocardial infarction. The mediating role of behavioral risk factors. *American Journal of Epidemiology*, 146, 142-152.
- Fernández-Abascal, E. G. y Palmero, F. (1999). Ira y hostilidad. Aspectos básicos y de intervención. En E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Orgs.). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel Psicología. Pág. 185-208
- Fernández-Abascal, E. G., Palmero, F. y Martín, M. D. (1998). Reactividad cardiovascular, principios y características. *Ansiedad y Estrés*, 4 (2-3), 195-206.
- Fernández-Abascal, E. G., y Palmero, F. (1998). Emociones y Salud. En Palmero F. y Fernández-Abascal E., G., *Emociones y Adaptación*, Ariel Psicología., Barcelona.
- Fernández-Abascal E., G., Palmero F., y Brea A. (2002). Emociones básicas I (Miedo, alegría y sorpresa). En Palmero F., Fernández-Abascal E., G. Martínez F., y Chóliz M. *Psicología de la motivación y emoción*. 1ª edición. Mc Graw Hill. España.

- Fernández-Abascal E., G., Martín M., D., y Domínguez F., J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psichotema*. Vol. 15, nº 4, pp. 615-630
- Fernández-Abascal E. G., Martín M. D., y Domínguez F. J. (2002). *Procesos Psicológicos*. Colección Psicología. Madrid. Ediciones Pirámide
- Felsten, G. y Leitten, C. L. (1993). Expressive, but not neurotic hostility is related to cardiovascular reactivity during a hostile competitive task. *Personality and Individual Differences*, 14, 805-813.
- Freeman, A., y DiTomaso R. (2004). Conceptos Cognitivos de Ansiedad. En Stein D., J., y Hollander E. *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Barcelona. ArsMédica.
- Fredrickson, B.L., Maynard, K.E., Helms, M.J., Haney, T.L., Siegler, H.C y Barefoot, J.C. (2000). Hostility predicts magnitude and duration of blood pressure response to anger. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 229-243.
- García-León, A., y Reyes Del Paso G., A. (2002). Una revisión de los modelos explicativos de la relación entre el constructo hostilidad-ira-agresión y la enfermedad coronaria. *Anales de psicología*. Vol. 18, nº 1, 61-76
- Genn, R.G. (1998). Processes and personal variables in affective aggression. En R. S. Geen y E. Donnerstein (Eds.) *Human Agresión (pp 1-21)*: Academia Press
- Glass, G.R. y Stanley, J.C. (1986), *Métodos estadísticos aplicados a las ciencias sociales*. México. Prentice Hall. 7-23.
- Grau, J. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. Repercusiones para la Psicología de la Salud contemporánea. En Flores-Alarcón, L., Botero M. y Moreno-Jiménez., B., *Psicología de la Salud. Temas de investigación en Latinoamérica.*, Bogota., Editorial Kempres.
- Grau, J. (1998). *Estrés, salud y enfermedad*. Material docente para la Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: ENSAP,
- Grau, J., y Martín M. (1993). La investigación Psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: Una revisión. *Revista de Psicología y Salud*, 1, 137-149.
- Grau, J., Martín M., y Portero D. (1993). Estrés, ansiedad y personalidad: Resultado de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. *Revista Interamericana de Psicología.*, 27 (1), 37-58
- Guyll, M. y Contrada, R.J. (1998). Trait hostility and ambulatory cardiovascular activity: Responses to social interaction. *Health Psychology*, 17, 30-39.
- Hardy, J. y Smith, T. (1988). Cynical hostility and vulnerability to disease: Social support, life stress, and physiological response to conflict. *Health Psychology*, 7, 447-459.

- Herrmann, C., Brand-Driehorst, S., Buss, U. y Rüger, U. (2000). Effects of anxiety and depression on 5-year mortality in 5057 patients referred for exercise testing. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 455-462.
- Horrocks J. (1999). *Psicología de la adolescencia*. México. Trillas.
- Houston, B.K. (1994). Anger, hostility, and psychophysiological reactivity. En A.W. Siegman y T.W. Smith (Eds.), *Anger, hostility and the heart*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates. 97-115.
- Houston, B.K. y Vavak, C.R. (1991). Cynical hostility: Developmental factors, psychosocial correlates, and health behaviors. *Health Psychology*, 10, 9-17.
- Iacovella J., y Troglia M. (2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares *Psico-USF*, v. 8, n. 1, 53-61
- Iribarren, C., Sidney, S., Bild, Liu, K, Markowitz, J., Rosenman, J. y Matthews, K. (2000). Association of hostility with coronary artery calcification in young adults: The CARDIA Study. *Coronary Artery Risk Development in Young Adults. Journal of the American Medical Association*, 283, 2.546-2.551.
- Janssen S. A. y Arntz A. (1996). Anxiety an pain: attentional and endorphinergic influences. *Pain*; 66:1 4 5 - 1 5 0.
- Janssen, S.A., Spinhoven, P y Brosschot, J.F. (2001). Experimentally induced anger, cardiovascular reactivity, and pain sensitivity. *Journal Psychosomatic Research*. 51:479-485.
- Johnson, E.H. (1990). *The deadly emotions. The role of anger, hostility and aggression in health and emotional well-being*. Nueva York: Praeger.
- Johnson, S. y Melamed, B. G. (1979). The Assessment and treatment of children's fears. In B. Lahey & Kazdin, *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 2). Nueva York: Plenum Press. pp. 108-139
- Kamarck, T.W, Jennings, J.R., Debski, T.T., Glickman- Weiss, E., Hohnson, P.S., Eddy, J.J. y Manuck, S.B. (1992). Reliable measures of behaviorally-evoked cardiovascular reactivity from a PC-based test battery: Results from student and community samples. *Psychophysiology*, 29, 17-28.
- Kaplan, H. et al (1999). *Sinopsis de Psiquiatría, Ciencias de la Conducta.*, México, 8ª edición, Panamericana.
- Krantz, D.S. y Durel, L.A. (1983). Psychobiological substrates of the Type A behavior pattern. *Health Psychology*, 2, 393-411.

- Krantz, D.S. y Manuck, S.B. (1984). Acute psychophysiological reactivity and risk of cardiovascular disease: A review and methodologic critique. *Psychological Bulletin*, 96, 435- 464.
- Lai, J. Y. y Linden, W. (1992). Gender, anger expression style, and opportunity for anger release determine cardiovascular reaction to and recovery from anger provocation. *Psychosomatic Medicine*, 54, 297-310.
- Lau-Richard R. (1997). Cognitive representations of health and illness. En: *Handbook of Health Behavior Research In: Personal and Social Determinants*. Nueva York: Plenum Press.; 51-67
- Lazarus, R. S., y Folkman S., (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York., Springer.
- Lee, D., Mendes de Leon, C.F., Jenkins, C.D., Croog, C.H., Levine, S. y Sudilovsky, A. (1992). Relation to hostility to medication adherence, symptom complaints, and blood pressure reduction in a clinical field trial of antihypertensive medication. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 181-190.
- Leiker, M. y Hailey, B.J. (1988). A link between hostility and disease: Poor health habits? *Behavioral Medicine*, 14, 129- 133.
- López, A. (2003). La impaciencia, la hostilidad y el racismo provocan hipertensión. EMOCIONES Y SALUD CARDIOVASCULAR. Recuperado el 12 de febrero 2006. <http://elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/2003/10/22/corazon/1066807635.html>
- McAllister, W., y McAllister D. (1995). Two-Factor Fear . Implications for understanding Anxiety-Based Clinical Phenomena. En O´donohue W., y Krazner L. *Theories of Behavior Therapy*. Estados Unidos de América.
- McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr, Del Pilar, G. H., Roland, J., y Parker, W. D. (1998). Crosscultural assesment of five-factor model: The revised NEO Personality Inventory. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 29, 171-188.
- Maldonado A. (2003).Drogodependencias. Recuperado el 20 de marzo 2006. www.gizarte.net/drogodependencias/datos/tabaco_c.pdf
- Martín A. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad *Revista Cubana de Salud Pública*; 29(3):275-81
- Martínez-Sánchez, F., Cano-Vindel, A., Castillo, J. C., Sánchez J. A., Ortiz B., y Gordillo del Valle., Ester (1995). Una Escala Reducida de Ansiedad basada en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.): Un estudio exploratorio. *Anales de psicología*, 11(1), 97-104

- Matthews, K, Owens, J., Kuller, L, Sutton-Tyrrel, K. y Jansen-McWilliams, L. (1998). Are hostility and anxiety associated with atherosclerosis in healthy postmenopausal women? *Psychosomatic Medicine*, 52, 97-108.
- Mercado, D., Galan, 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., Martínez, A., Doménech, N., Sánchez M., Herrera C., Estévez M. y Trejo, E. (En preparación) Estructura factorial de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor en México.
- Miguel-Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.
- Miguel-Tobal, J. J., y Casado M. I. (1999). Ansiedad: Aspectos básicos y de intervención. In G. G. Fernández-Abascal & F. Palmero (Eds.), *Emociones y salud Barcelona: Ariel*. P., 91-124.
- Miller, S.B., Friese, M., Dolgoy, L., Sita, A., Lavoie, K. y Campbell, T. (1998). Hostility, sodium consumption, and cardiovascular response to interpersonal stress. *Psychosomatic Medicine*, 60, 71-77.
- Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M.L., y Hallet, A.J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119 (2): 322-348
- Mischel, S., Shoda Y., y Smith, E.R. (2003). *Introduction to personality*. Danvers, MA; John Wiley and Sons. Pp41-86
- Morris, CH., (1998). *Psicología.*, México, 9ª edición., Pearson.
- Moscoso, M. (2000). Estructura Factorial del inventario Multicultural latinoamericano de la expresión de la cólera y la Hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 32 (2) 321-346
- Moser, D.K. y Dracup, K. (1996). Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosomatic Medicine*, 58, 395-401.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., David, S. y Landre, M.F. (1998). Psychosocial work environment and cardiovascular risk factors in an occupational cohort in France. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 93-100.
- Nitschke, J. B., Heller, W. y Miller, G. A. (2000). Anxiety, stress and cortical brain function. En J. C., Borod (ed.): *The Neuropsychology of Emotion.*, Oxford., Oxford University., P298-319.

- Palfai, T. P. y Hart, K.E. (1997). Anger coping styles and perceived social support. *Journal of Social Psychology*, 137, 1-7.
- Palmero, F. y Codina, V. (1996). *Influencia de las emociones en la reactividad cardiovascular*. Valencia: Promolibro.
- Papalia, D., Wendros S., y Duskin R. (2005). *Desarrollo Humano*. 9ª edición. México. Mc Graw Hill.
- Powch, I.G. y Houston, B.K. (1996). Hostility, anger-in, and cardiovascular reactivity in white women. *Health Psychology*, 15, 200-208.
- Reyes del Paso, G. A. y García-León, A. (2000). Propuesta de una tarea psicomotora competitiva para la evocación del estado emocional de ira y la reactividad cardiovascular. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 341-363.
- Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio vital del ciclo vital*. Prentice Hall. México
- Rusting, C.A. y Nolen-Hoeksema, S. (1998). Regulating responses to anger: Effects of rumination and distraction on angry mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 790-803.
- Rossell, M. (1997). Influencia de genero y la ocupación en la asertividad y temor al éxito en estudiantes universitarios. *Tesis de Licenciatura*. Facultad de Psicología. Universidad Intercontinental. Plantel Sur.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. B. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología Vol. 2*. Madrid: McGraw-Hill. P., 53-80
- Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J., y Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-120
- Schaie, K.W. y Willis S. (2003). *Psicología de la edad adulta*. 5ª edición, España, Pearson Prentice Hall
- Scherwitz, L.W., Perkins, L.L. y Chesney, M.A. (1992). Hostility and health behaviors in young adults: The CARDIA study. *American Journal of Epidemiology*, 136, 136-145.
- Siegler, I.C. (1994). Hostility and risk: Demographic and lifestyle variables. En A.W. Siegman y T.W. Smith (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp.199-214). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sierra J., C., Ortega V. y Zubeidat I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar., *REVISTA MALESTAR E SUBJETIVIDADE FORTALEZA*. V (3) N (1) p. 10 – 59
- Sloan, R.P., Shapiro, P.A., Bagiella, E., Gorman, J.M. y Bigger, J.T. (1995). Temporal stability of heart period variability during a resting baseline and in response to psychological challenge. *Psychophysiology*, 32, 191-196.

- Steptoe, A. (1996). Psychophysiological processes in the prevention of cardiovascular disease. En K. Orth-Gomér y N. Schneiderman (Eds.), *Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease prevention*. New Jersey: Erlbaum. pp. 135-148
- Smith, T. W. (1994). Concepts and methods in the studies 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 Erlbaum Associates.
- Smith, T.W. (1992). Hostility and health: Current status of psychosomatic hypothesis. *Health Psychology, 11*, 139-150.
- Smith, T.W. (1989). Interactions, transactions, and the Type-A pattern: Additional avenues in the search for coronary-prone behavior. En A.W. Siegman y T.M.Dembroski (Eds.), *In search of coronary-prone behavior*(pp.91-116). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Smith, T.W. y Frohm, K.D. (1985). What's so unhealthy about hostility? Construct validity and psychological correlates of the Cook and Medley Ho scale. *Health Psychology, 4*, 503-520.
- Smith, T.W. y Leon, A.S. (1992). *Coronary heart disease: Behavioral perspective*. Champaign, IL: Research Press.
- 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, 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, 22*, 525-548.
- Spielberger, C. D. y Diaz-Guerrero R. (1975). *Inventario de Ansiedad: rasgo-estado. Primera parte: manual e instructivo*. México: Manual Moderno.
- Spielberger, C. D. y Moscoso, M., S. (1996). Reacciones Emocionales del estrés: Ansiedad y Cólera. *Avances en Psicología Clínica, 14*, 59-81
- Spielberger, C. D., Krasner S. S. y Solomon E. P. (1988). The experience, expression and control of anger. En M. P. Janisse (Eds.), *Health Psychology: individual differences and stress*. (pp. 89-108). Nueva York:Springer Verlag Publishers.
- Spielberger, C. D., Jacobs, G., Russell, S., y Craine, R.S. (1983). Assessment of anger. The state-trait Anger scale. En J.N Butcher y C.D. Spielberger (Eds), *Advances in personality assessment (Vol) 2*, Hillsdale, NJ: LEA.
- Steltzer, D. (2001). La inteligencia emocional en el mundo laboral. Jusidman y Asociados S.C. Revisado 30 Noviembre de 2004. www.jusidman.com.mx

- Suárez, E. y Williams, R.Jr. (1990). The relationships between dimensions of hostility and cardiovascular reactivity as a function of task characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 52, 558-570.
- Suárez, E. y Williams, R.Jr. (1989). Situational determinants of cardiovascular and emotional reactivity in high and low hostile men. *Psychosomatic Medicine*, 52, 404-418.
- Suinn, R. (2001). The terrible twos-anger and anxiety;; Hazardous to your health. *American Psychologist*, 52, 619-624.
- Taylor, J. (1953) A personality scale of manifest anxiety. *The journal of abnormal and social psychology*. Vol 48., 285-290
- Vallejo, M. A. (2000). Emociones y dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, Vol. 7, N.º 1
- Vila, J. (1984). *Técnicas de reducción de ansiedad*. En J. Mayor & F. J. Labrador (Eds.), *Manual de Modificación de conducta*. Madrid: Alhambra. pp. 229- 264
- Watson, D., y Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity . *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Wells, A., (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders., A Parctice Manual and Conceptual Guide.*, Nueva York., Wiley.
- Whiteman, M.C., Deary, I.J. y Fowkes, G.R. (2000). Personality and social predictors to atherosclerosis progression:Edinburgh Artery Study. *Psychosomatic Medicine*, 62,703-714.
- Williams, R.B., Barefoot, J.C. y Shekelle, R.B. (1985). The health consequences of hostility. En M.A. Chesney y R.H. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. Washington: Hemisphere. (pp.173-185)
- Wolpe, J. (1978) *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao, Desclée de Brower.