

Universidad Nacional Autónoma de México.

Facultad de Psicología.

División de Estudios Profesionales.

**Comparación entre género y estado conyugal respecto al Inventario de Ira-
Hostilidad, Test de Ansiedad Manifiesta y el Test de Depresión.**

Tesis que para obtener el título de

Licenciado en Psicología.

Presenta:

Claudia Herrera Arriaga.

Director: Doctora Dolores Mercado Corona.

Asesor metodológico: Maestro Arturo Martínez Lara.

Ciudad Universitaria, Octubre del 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos.

Esta investigación se realizó con apoyo y recursos del proyecto de Investigación **“Estudio Comparativo de la Hostilidad como factor de riesgo en las enfermedades cardiovasculares y la Diabetes Mellitus Tipo 2”** PAPIIT “IN 309205”; financiado por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA). Gracias por todo el apoyo.

Quiero agradecer de todo corazón a la Doctora Dolores Mercado Corona por todo su apoyo, por darme la oportunidad de seguir aprendiendo, por su confianza, dedicación, compromiso y por compartir su sabiduría y experiencia, ha sido un honor poder trabajar a su lado. Y muy en especial le agradezco su cariño, su amistad, sus consejos y por brindarme su mano cuando lo necesite. He aprendido mucho de usted tanto en lo profesional y aun más en lo personal, verdaderamente la quiero y aun más la admiro.

Al Maestro Arturo Martínez por sus aportaciones a este trabajo, por su buen humor y su confianza.

Al Maestro José Luis Reyes González por su paciencia, dedicación, por sus observaciones, esenciales para el desarrollo de mi tesis y por confiar en mi trabajo.

Al Doctor Samuel Jurado Cárdenas por haber colaborado en mi formación académica, por su confianza y por ayudarme a dar este paso.

A la Maestra Laura Somarriba Rocha por su dedicación, paciencia e interés.

A La Universidad Nacional Autónoma de México por mi formación y por ser mi segunda casa.

Dedicatorias.

A mi familia.

Quiero que sepan que siempre he pensado en ustedes y que les estoy muy agradecida por estar a mi lado más que yo misma. Esto es para ustedes y por ustedes. Los quiero con toda mi alma, irremediablemente.

Papá.

Que te puedo decir, tengo tanto que agradecerte, por estar conmigo en todo momento, por darme animo, por tu gran apoyo, por ser el ejemplo que eres para mí, eres el mejor papá del mundo y estoy feliz de ser tu hija. Gracias por todo tu cariño y apoyo. Lo único que sé de cierto es que te quiero pa.

Mamá.

Sabes que te quiero mucho y que sin tu ayuda no sería nada de lo que soy, gracias por ser mi mamá, por tu apoyo, consejos, regaños, por estar conmigo en las buenas y en las peores, por todo. Y quiero que sepas que siempre voy a estar contigo.

Fausto.

Gracias por enseñarme que tener metas y sueños es algo muy importante, por escucharme y por todo tu apoyo, te quiero y eso debes tenerlo presente siempre y que puedes contar conmigo.

Lorena.

Gracias por escucharme y por ser mi amiga más que mi hermana.

Edgar.

Gracias por estar a mi lado en las buenas y en las malas, por ser mi amigo, por tu amor, por tu apoyo y ánimo, por todo lo que he aprendido a tu lado. Tú lo sabes, te amo.

Abuelos.

A mis abuelos, Fausto, Rosa, Pascual y muy en especial a mi abuela Balbina donde quiera que se encuentren, los quise a su hora y en el lugar preciso, aunque aun los extraño. Abuela cada día recuerdo tus consejos y tu buen humor, me enseñaste mucho.

¡QUÉ COSTUMBRE TAN SALVAJE esta de enterrar a los muertos!,
¡de matarlos, de aniquilarlos, de borrarlos de la faz de la tierra!
Es tratarlos alevosamente, es negarles la posibilidad de revivir.

Yo siempre estoy esperando que los muertos se levanten, que
rompan el ataúd y digan alegremente: ¿por qué lloras?

Por eso me sobrecoge el entierro. Aseguran las tapas de la caja, la
introducen, le ponen lajas encima, y luego tierra, tras, tras, tras,
paletada tras paletada, terrones, polvo, piedras, apisonando,
amacizando, ahí te quedas, de aquí ya no sales.

Me dan risa, luego, las coronas, las flores, el llanto, los besos
derramados. Es una burla: ¿para qué lo enterraron?, ¿por qué no lo
dejaron fuera hasta secarse, hasta que nos hablaran sus huesos de
su muerte? ¿o por qué no quemarlo, o darlo a los animales, o
tirarlo a un río?

Habría de tener una casa de reposo para los muertos, ventilada,
limpia, con música y con agua corriente. Lo menos dos o tres, cada
día, se levantarían a vivir.

Jaime Sabines.

A mis amigos.

Ernesto:

¿Que te digo? Sabes que eres mi mejor y gran amigo y te agradezco que hayas estado
tanto tiempo conmigo soportándome, escuchándome y muchas veces ayudándome en
todos los sentidos, por no dejarme caer y por estar conmigo, sabes que te quiero y que
eres como de mi familia.

Maribel:

Me parece maravilloso haberte conocido, gracias por ayudarme y por tu amistad.

Malena y Norma:

Mis grandes e inseparables amigas, las quiero, ustedes lo saben.

...quedamos los que puedan sonreír en medio de la muerte en plena luz.

Fragmento de la canción Al final de este viaje. Silvio Rodríguez.

1. RESUMEN.	1
2. INTRODUCCIÓN.	2
3. MARCO TEÓRICO.	
3.1 Emociones.	5
3.2 Género.	11
3.2.1 Ira, hostilidad y género.	17
3.2.2 Ansiedad y género.	17
3.2.3 Depresión y género.	19
3.3 Ira y hostilidad.	20
3.3.1 El complejo ira-hostilidad y su relación en trastornos cardiovasculares.	23
3.3.2 Principales modelos explicativos del constructo ira-hostilidad-agresión.	26
3.3.3 Instrumentos que miden ira y hostilidad.	32
3.4 Ansiedad.	35
3.4.1 Instrumentos que miden ansiedad.	39
3.5 Depresión.	40
3.5.1 Instrumentos que miden depresión.	49
4. PLAN DE INVESTIGACIÓN.	
4.1 Objetivo.	51
4.2 Problemas de investigación.	51
4.3 Variables.	51
4.4 Definición conceptual.	53
4.5 Definición operacional.	55
4.6 Hipótesis de trabajo.	56
5. MÉTODO.	
5.1 Tipo de investigación.	57
5.2 Tipo de muestreo.	57
5.3 Sujetos.	57
5.4 Instrumentos.	57
5.5 Procedimiento.	59
6. RESULTADOS.	
6.1 Muestra.	61
6.2 Análisis de varianza de dos vías.	63

6.2.1 Ira-hostilidad.	64
6.2.2 Ansiedad.	75
6.2.3 Depresión.	83
7. DISCUSIÓN.	92
8. REFERENCIAS.	100

1. RESUMEN.

El objetivo de esta investigación fue saber si existen diferencias debidos a género, estado conyugal y su interacción en las variables ira-hostilidad, ansiedad manifiesta y depresión.

La muestra quedó constituida por 973 participantes residentes de cuatro estados de la republica, Distrito Federal, Estado de México, Hidalgo y Morelos, de los cuales 525 eran mujeres y su porcentaje total de la muestra es de 54.4% y 440 eran hombres lo que representa el 45.6%. El rango edad va de los 13 a los 83 años.

El estado conyugal tiene dos niveles: sin cónyuge (soltero, divorciado, separado y viudo) y con cónyuge (casados y unión libre). Las frecuencias y porcentajes para ambas condiciones son: sin cónyuge 551 lo que representa un 56.7% y con cónyuge 412 personas lo que es un 42.8% del total de la muestra.

Esta investigación es de tipo correlacional *expostfacto*. El muestro fue no probabilístico, accidental o por conveniencia. Las variables clasificatorias son: género (hombres y mujeres) y estado conyugal (sin cónyuge y con cónyuge). Las variables dependientes son: Ira y Hostilidad, Ansiedad y Depresión y los factores que incluyen cada una de las pruebas que miden estas tres variables.

Se aplicaron los tres instrumentos: el Inventario de Ira-Hostilidad (IIH), el Test de Ansiedad Manifiesta (TMAS) y el Test de Depresión (D), los cuales se encontraban en un sólo cuadernillo y el tiempo de respuesta promedio fue de 50 minutos.

Los resultados de la investigación indican: que existe cierta vulnerabilidad por parte de las mujeres ya que estas tienen más riesgos de padecer depresión y ansiedad por diversos factores, entre los cuales podemos encontrar los de tipo social, los biológicos, hormonales o los genéticos. En general, las mujeres están mayormente expuestas ya que carecen de poder social comparado con los hombres.

Así también, se encontró que las personas que tienen cónyuge, ya sean casados o viviendo en unión libre, en general, presentan menos ira-hostilidad, ansiedad y depresión. Esto puede deberse a que cuando las personas se esfuerzan por formar relaciones basadas en la equidad, sus patrones de interacción son más satisfactorios y sus uniones más seguras.

2. INTRODUCCIÓN.

A finales de los años 70's la OMS, considera la salud como: *un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad.*

Recientemente se ha estudiado la importancia de las emociones en la salud, tanto por su valor adaptativo así cómo por su participación en la aparición de enfermedades o su contribución a la permanencia o agravamiento de éstas. Debido a que las emociones afectan la forma en cómo pensamos, sentimos y nos comportamos no debemos olvidar que para que éstas sean adaptativas es importante saber regularlas y controlarlas.

Cuando se habla de emociones debemos distinguir entre rasgo y estado. Los rasgos son las capacidades fundamentales o predisposiciones psicológicas relativamente duraderas (rasgos de personalidad); mientras que los estados emocionales, son disposiciones episódicas a responder en el corto plazo de acuerdo con las reglas y expectativas que constituyen un síndrome emocional, por ejemplo, la ira. Cuando una persona se involucra en una situación particular y existen las condiciones disparadoras apropiadas, se activará el estado emocional.

Se ha descubierto que una emoción básica como la ira, parece ser un importante factor de riesgo en diversos trastornos, debido a que cuando esta emoción deja de ser adaptativa y funcional se puede convertir en un factor que incrementa el riesgo de disfunción y enfermedad. Diversos trabajos han tratado de delimitar la relación entre ira-hostilidad y enfermedad coronaria, donde se aprecia una clara conexión entre trastornos cardiovasculares y las puntuaciones altas en el complejo ira-hostilidad.

Por otro lado, la ansiedad, es uno de los estados emocionales más estudiados dentro de la historia de la psicología. Esto quizás por su carácter de respuesta emocional específica y debido a que la profundización en su conocimiento lleva a numerosos avances en aplicaciones clínicas ya que está involucrada en diversos trastornos psicopatológicos y somáticos.

Y por último, nos referimos a la depresión como un estado de ánimo bajo, persistente que puede durar dos o más semanas consecutivas, se puede experimentar tristeza, irritabilidad, pérdida generalizada de interés o placer. También pueden presentarse alteraciones del sueño, del apetito, de la actividad psicomotora. Otros síntomas pueden ser fatiga y sentimientos de inutilidad, deficiencias para concentrarse.

Por todo esto, podemos afirmar que el funcionamiento de los seres humanos es muy complejo y no se limita a los aspectos biológicos. Hoy en día se da mayor importancia a la influencia de los aspectos psicológicos y comportamentales en la salud de un individuo; y esta investigación trata de indagar las diferencias entre hombres y mujeres, personas con cónyuge y sin cónyuge en ira-hostilidad, ansiedad y depresión ya que como se menciona al principio de este apartado, las emociones son adaptativas y cuando estas dejan de serlo pueden afectar el rendimiento y funcionamiento psicosocial, por lo tanto es de vital importancia saber regularlas.

3.1 EMOCIONES.

Hoy en día ha sido ampliamente estudiado el papel que juegan las emociones en la salud, tanto por su valor adaptativo como por su participación en la aparición de enfermedades o su contribución a la permanencia o agravamiento (Iacovella y Troglia 2003). Las emociones se pueden ver desde un continuo, donde tenemos desde la emoción normal y hasta donde ésta puede llegar a ser patológica y cuando las emociones rebasan los límites adaptativos y funcionales y pueden afectar de forma negativa el rendimiento y funcionamiento psicosocial, esto de acuerdo con la Ley de Yerkes-Dobson: la emoción es óptima hasta cierto punto, más allá del cual deteriora la conducta.

Debido a que las emociones afectan la forma en como pensamos, sentimos y nos comportamos, es importante disponer de criterios para diferenciar cuando son adaptativas y cuando ya no lo son. Para que sean adaptativas, deben de ser de una magnitud tal que no deterioren la conducta y aparecer ante el estímulo o situación apropiada.

Las emociones surgen a partir de acontecimientos situacionales o de desarrollo, se expresan de manera única, sirven a propósitos y motivan una forma predecible del comportamiento (Reeve, 2003).

Las emociones son fenómenos multidimensionales: subjetivos, biológicos, propositivos y sociales. Para definir la emoción es necesario tener en cuenta estas cuatro dimensiones y la forma en que interactúan. La emoción es el constructo psicológico que coordina los cuatro aspectos (subjetivos, biológicos, propositivos y sociales) de la experiencia dentro de un patrón sincronizado.

El componente subjetivo da a la emoción su sentimiento, una experiencia que tiene un significado personal. La emoción se siente a un nivel subjetivo tanto en intensidad como en calidad. El componente biológico incluye la actividad de los sistemas autónomo y

hormonal que participan modulando la conducta de enfrentamiento adaptativo. El componente funcional tiene que ver en como la emoción ayuda a la adaptación del individuo. Y el componente expresivo es el aspecto comunicativo, social de la emoción.

Existen dos orientaciones teóricas sobre el origen de las emociones: la biológica y la cognitiva las cuales han generado un debate entre ellas.

Los que argumentan la primacía de la cognición, afirman que los individuos no pueden responder de manera emocional a menos que primero valoren en forma cognitiva el significado y la significancia personal de una situación. Primero se establece el significado y después aparece la emoción.

Por otro lado, los que afirman la primacía de lo biológico argumentan que las reacciones emocionales no necesariamente requieren de evaluaciones cognitivas. Sucesos como la actividad neuronal subcortical o las expresiones faciales espontáneas, activan la emoción. Es decir, las emociones pueden ocurrir sin un suceso cognitivo previo, pero no sin la presencia de un acontecimiento biológico previo.

Desde la perspectiva biológica (Izard, 1989) se insiste en que gran parte del procesamiento emocional es automático, inconsciente y mediado por estructuras subcorticales.

Para Panksepp (1982, 1994) las emociones surgen de los circuitos neurales genéticamente heredados que regulan la actividad cerebral. Insiste en que los circuitos cerebrales proporcionan el fundamento biológico esencial para la experiencia emocional.

Desde la perspectiva cognitiva: Lazarus (1984, 1991b, 1991c) argumenta que sin una comprensión de la relevancia personal del impacto potencial de un suceso sobre el bienestar personal, no existe razón para responder de forma emocional. Así pues para Lazarus la valoración cognitiva individual del significado de un acontecimiento establece

el escenario para la experiencia emocional. Scherer (1994) propone que las personas procesan información sin que necesariamente experimenten una emoción que las acompañe. Los encuentros con la información serán valorados de acuerdo con: su novedad, agrado, significado de meta/necesidad, potencial de enfrentamiento o compatibilidad de norma. Estos cinco tipos de valoración constituyen el tipo de procesamiento cognitivo que da origen a las emociones.

Tanto las explicaciones de la emoción mediante el proceso cognitivo como el biológico presentan argumentos aceptables por lo que una tercera aproximación señala que los seres humanos contamos con dos sistemas sincrónicos que activan y regulan la emoción. Uno de esos sistemas se presentó primero en la evolución de la humanidad (el sistema límbico), es innato, espontáneo, fisiológico y reacciona de forma involuntaria ante los estímulos emocionales. El otro sistema es cognitivo y apareció conforme los seres humanos se hicieron cerebrales y más sociales, tiene su base en la experiencia y reacciona de una forma interpretativa y social (Buck 1984).

Averill (1994) propone una taxonomía para el estudio y teorización de las emociones, las conceptualiza de forma general en el nivel de familia o prototipo, por ejemplo la ira y de una manera mucho más específica en el nivel de la situación; hostilidad, envidia o frustración.

Las emociones básicas:

1. Son innatas más que adquiridas.
2. Surgen en las mismas circunstancias para todas las personas.
3. Se expresan de manera exclusiva y distinta.
4. Evocan un patrón de respuesta distintivo fisiológicamente.

Existen diversas clasificaciones del número de emociones básicas, aquí se presenta la de Reeve (2003): miedo, ira, repugnancia, tristeza, alegría e interés.

- Miedo: surge con una interpretación del individuo de que una situación, ya sea psicológica o física, es peligrosa o amenazante. También se puede presentar cuando el individuo se siente vulnerable o cree que sus habilidades de afrontamiento no son las necesarias y que no se podrá adaptar a las circunstancias. El miedo se manifiesta con una excitación del sistema nervioso autónomo, el individuo tiembla, suda y presenta tensión nerviosa por cuidarse. Se manifiesta una motivación de protección a través del escape y renuncia mediante respuestas de enfrentamiento y resolución. Esta emoción ofrece apoyo motivacional para aprender respuestas de enfrentamiento que eviten que la persona se encuentre en situaciones de peligro.
- Ira: es una emoción ubicua y es porque tiene que ver con la gran cantidad de formas que le permiten expresarse como algo apropiado para situaciones específicas. Algunos ejemplos de porque surge esta emoción son: de la experiencia de restricción, traición a la confianza, al recibir críticas inmerecidas, falta de consideración de otros o fastidios acumulados. La esencia de la ira es que se piensa que la situación no es la que debería ser; cuando las circunstancias cambian de lo que no deberían ser a lo que deberían ser, la ira desaparece. Es quizás la emoción más peligrosa debido a que su propósito es destruir barreras.
- Repugnancia: implica liberarse o alejarse de un objeto contaminado deteriorado o echado a perder. Esta emoción depende mucho del desarrollo y de la cultura, conserva un núcleo biológico pues mucha gente de varias culturas considera repugnantes cosas de origen animal que al extenderse contaminan otros objetos. Debido a que la repugnancia genera aversión, las personas aprenden conductas de enfrentamiento para evitar o no producir situaciones que les repugnen.

- Tristeza: ésta es una emoción negativa. Surge principalmente de experiencias tales como la separación o el fracaso. Motiva a las personas a cambiar su conducta para aliviar lo que les produce esta tristeza antes de que ocurra nuevamente, así pues, conduce a los individuos a reconstruir su situación y entorno al estado anterior a la tristeza. Un aspecto que puede ser benéfico de esta emoción es que de un modo indirecto facilita que exista cohesión entre grupos sociales.
- Amenaza y daño: unifican las emociones de miedo, repugnancia, ira y tristeza. Cuando se anticipan sucesos malos, se siente miedo; al tratar de rechazar o combatir esto se expresa repugnancia e ira y una vez que el daño ocurrió se siente tristeza. Como respuesta a la amenaza y el daño, el miedo provoca una conducta de evitación. Estas emociones (miedo, repugnancia, ira y tristeza) funcionan como un sistema emocional que predispone a los individuos a afrontar de manera efectiva los aspectos de la amenaza y el daño.
- Alegría: algunos de los acontecimientos provocadores de alegría son resultados deseables, éxito en una tarea, el logro personal, algún tipo de progreso, etc. En general se refiere a experimentar sensaciones placenteras. La función de la alegría sería doble, una es que facilita nuestra disposición a involucrarnos en actividades sociales y otra función es que puede ser tranquilizadora.
- Interés: surge en situaciones que involucran necesidades o el propio bienestar de la persona. Si hablamos a nivel neurológico, esta emoción involucra un pequeño aumento en la tasa de impulso neural. Así pues, las situaciones que produzcan este incremento serán de nuestro interés. En general, no se pierde interés en determinadas cosas sino que éste se centra en otras. Esta emoción crea el deseo de explorar, investigar, buscar, manipular o extraer información de los objetos o situaciones.

La investigación de la función de las emociones se inició con Charles Darwin en su obra: "La expresión de las emociones en el hombre y los animales 1872" en esta obra argumenta que tanto las emociones, así como las características físicas ayudan a los animales a adaptarse a su medio, entonces, las emociones participan también en la selección natural.

Las emociones y la conducta emocional ayudan a los animales brindándoles formas coherentes para enfrentar y resolver retos y amenazas a su bienestar (Tooby y Cosmides, 1990). De acuerdo con Plutchik (1970, 1980), las emociones sirven a ocho propósitos: protección, destrucción, reproducción, reunión, afiliación, rechazo, exploración y orientación. Esta perspectiva nos lleva a tener una comprensión de las emociones como organizadores positivos, funcionales, propositivos y adaptativos del comportamiento. Así pues para cada situación que enfrentemos hemos desarrollado una reacción emocional adaptativa, entonces, la función de las emociones es prepararnos para responder de manera adaptativa ante tales situaciones.

Para diferenciar la emoción del estado de ánimo, existen fundamentalmente tres criterios: antecedentes, especificidad de la acción y la duración temporal. Las emociones y los estados de ánimo surgen debido a diferentes causas o antecedentes. Las emociones surgen de las situaciones vitales significativas y de las valoraciones de su significado para nuestro bienestar. Los estados de ánimo surgen por procesos mal definidos y con frecuencia desconocidos (Goldsmith, 1994). Las emociones funcionan para influir la conducta y seleccionar acciones específicas, en tanto que los estados de ánimo funcionan para tener una medida en la cognición y lo que piensa una persona. Las emociones surgen de procesos instantáneos que duran segundos o minutos mientras que los estados de ánimo provienen de sucesos mentales que duran horas o más. Así pues los estados de ánimo son de mayor duración que las emociones.

3.2 GÉNERO.

Ser hombre o mujer determina y afecta el aspecto de las personas e influye en lo que piensan de sí mismas y lo que otras personas piensan de ellas. Estas características están contenidas en el concepto de género, es decir, lo que significa ser hombre o mujer (Papalia, Wendkos y Feldman, 2001).

Género se refiere a las dimensiones socioculturales del ser femenino o masculino. El género se diferencia del sexo, el cual involucra la dimensión biológica. Los roles de género son las expectativas sociales que prescriben cómo deben pensar, actuar y sentir los hombres y las mujeres (Santrock, 2002).

La identidad de género es la conciencia del propio género y de todo lo que éste implica. Las diferencias de género son diferencias psicológicas comportamentales entre los sexos (Papalia, *et al* 2001). Una de las diferencias que se pueden observar entre niños y niñas, es que los niños en edad preescolar son más agresivos ya sea física o verbalmente, mientras que las niñas son más decididas, obedientes y colaboradoras con sus padres y buscan más la aprobación a diferencia de los niños.

Las diferencias de género se centran en las diferentes experiencias y expectativas sociales que los niños enfrentan desde que nacen. Estas experiencias y expectativas tienen que ver con tres aspectos que están relacionados con la identidad de género: papeles, tipificación y estereotipos de género.

Los papeles de género son los comportamientos, intereses, actitudes habilidades y rasgos de la personalidad considerados adecuados para los hombres o las mujeres. Cada sociedad tiene papeles de género por ejemplo, en la mayoría de las culturas se ha esperado que las mujeres dediquen su atención al cuidado de los hijos y el hogar y que los hombres sean los proveedores.

La tipificación de género es promovida por los padres, se refiere al proceso por el cual los pequeños aprenden el comportamiento que su cultura considera adecuado para cada sexo (Bronstein, 1988 en Papalia, *et al* 2001).

Los estereotipos de género son generalizaciones preconcebidas respecto a la conducta correspondiente a los hombres y las mujeres. Estos estereotipos se presentan en muchas culturas de forma similar, por ejemplo, que la mujer sea pasiva y dependiente y que los hombres por el contrario, sean agresivos e independientes.

Hay varias formas de acercarse al desarrollo de género. Algunos autores destacan los enfoques biológicos, algunos el psicoanalítico, otros los cognitivos y las influencias sociales.

- Enfoque biológico.

En los humanos, los cromosomas sexuales (par 23) determinan si el feto será niña o niño. Los expertos en el tema de género con una orientación ambiental reconocen que las niñas y los niños son tratados de forma diferente debido a sus diferencias físicas y los diferentes papeles que desarrollan en la reproducción. Lo que causa controversia es el carácter directo o indirecto de las influencias biológicas y ambientales. Por ejemplo, si alguna hormona actúa de forma directa en el funcionamiento del cerebro y aumenta un tipo específico de conducta como la agresión o el nivel de actividad, el efecto biológico es directo. En cambio si una hormona provoca que un niño desarrolle músculos fuertes esto quizás hará que los demás esperen que sea un atleta o que le hagan practicar deportes, en este caso el efecto de la biología es indirecto.

Algunos enfoques biológicos hablan de la existencia de diferencias entre los cerebros de hombres y mujeres y un argumento está basado en las diferencias de los cuerpos callosos (banda de fibras que conecta los dos hemisferios). Otros hacen énfasis en las variaciones en los hemisferios izquierdo y derecho de los cerebros de las mujeres y los hombres (Santrock, 2002).

Eleanor Maccoby y Carol Jacklin (1974) evaluaron estudios que intentaban medir diferencias significativas entre hombres y mujeres. Concluyeron que muchas de estas diferencias desaparecían cuando se intentaban medir de forma objetiva y sólo consideraron cuatro como bien establecidas.

1. Las mujeres tienen mayor habilidad verbal que los hombres.
2. Los hombres puntúan más alto en habilidad visuoespacial. La ventaja de los hombres en test espaciales se incrementa durante los años de la escuela superior.
3. Los hombres tienen puntuaciones superiores en habilidad matemática.
4. Los hombres son más agresivos que las mujeres.

Por otra parte Papalia *et al* (2001) plantean que las hormonas presentes en el torrente sanguíneo antes del nacimiento pueden afectar el desarrollo del cerebro e influir en las diferencias de género. Aunque la influencia de estas hormonas se puede afectar por el entorno. La identidad de género puede tener sus raíces en los cromosomas o el desarrollo prenatal.

Cuando se trata de actitudes y comportamiento de género los factores biológicos no son determinantes y son importantes también las experiencias de socialización infantiles.

- Enfoque Psicoanalítico.

La teoría de la identificación deriva del punto de vista de Freud, de que la adquisición de la identidad de género, consiste en el proceso de identificación, esto es, la adopción de las características, creencias, actitudes, valores y conducta del padre del mismo sexo. Freud y otros teóricos psicoanalíticos consideraron la identificación como parte

importante del desarrollo de la personalidad (Papalia *et al*, 2001). Este proceso de identificación ocurre en los niños preescolares cuando desarrollan una atracción sexual hacia el padre del sexo opuesto. Hacia los 6 años, renuncian a esta atracción por la ansiedad que puede producirles. Y entonces se identifican con el padre del mismo sexo y adoptan sus características. Actualmente se descarta este enfoque ya que los niños adquieren su tipo de género antes de los 6 años y los niños se vuelven masculinos y las niñas femeninas aun cuando el padre de su mismo sexo no esté con ellos en su desarrollo (Santrock, 2002).

- Enfoque cognitivo.

De acuerdo con Santrock (2002), existen dos enfoques, los cuales son:

1. Teoría del desarrollo cognitivo: de acuerdo con esta teoría, la tipificación del género del niño sucede después de que éste ha desarrollado el concepto de género. Es decir, una vez que se conciben a sí mismos como femeninos o masculinos y posteriormente los niños organizan su mundo con base en el género. Esta teoría fue desarrollada por Lawrence Kohlberg (1966) y argumenta que el desarrollo del género se da de la siguiente manera: “yo soy niña, yo deseo hacer cosas de niña. Por tanto, la oportunidad de realizar actividades de niña es recompensante”. Según Kohlberg es hasta que los niños alcanzan la etapa de pensamiento operacional concreto (entre los 6 y 7 años), cuando comprenden la constancia de género.

De acuerdo con Kohlberg (en Papalia *et al*, 2001) la constancia de género, lo que hoy en día se conoce como constancia de la categoría sexual, consiste en que el niño comprenda que su sexo será siempre el mismo y esto conducirá a la adquisición de los papeles de género. Cuando los niños se dan cuenta de que serán siempre hombres o siempre mujeres adoptan los comportamientos que observan son adecuados para su género.

Esta constancia de género puede darse de acuerdo con las siguientes etapas: identidad (conciencia del propio género), estabilidad (cuando, una niña se da cuenta de que cuando crezca será una mujer) y consistencia de género (se refiere a tener la conciencia de que una mujer seguirá siéndolo aunque vista pantalones o traiga el cabello corto). (Papalia *et al*, 2001).

2. Teoría del esquema de género: destaca el procesamiento de la información y las influencias sociales. Un esquema es una red organizada mentalmente con información relacionada al género que influye sobre el comportamiento. Establece que la atención y comportamiento de una persona, son guiados para adaptarse a los estándares y estereotipos socioculturales basados en el género. Esto lo hacen de acuerdo con observaciones que organizan en su esquema de género. La teoría del esquema de género sugiere que la tipificación del género ocurre cuando los niños construyen y consolidan sus esquemas de género y posteriormente recuerdan la información que se adecua a ellos, al principio estos esquemas suelen ser reducidos en información pero con los años, se podrá asumir e integrar información que sea contradictoria, haciendo los esquemas más complejos.

- Enfoques basados en la socialización.

La teoría social cognitiva de Albert Bandura propone que los niños aprenden los papeles de género mediante la socialización y considera que el desarrollo del género es resultado de influencias personales y del entorno en que viven los niños.

La teoría del aprendizaje social plantea que los niños adquieren los papeles de género a través de la observación. Los niños escogerán modelos (el modelo puede ser, el padre del mismo sexo, otros adultos o amigos de los niños) que ellos consideren poderosos o formativos. La retroalimentación de su conducta y la enseñanza de sus padres y de otros adultos, refuerza la tipificación del género.

Esta teoría del aprendizaje social del género, sostiene que el género de los niños es desarrollado a través de la observación e imitación del comportamiento, así como el reforzamiento o castigo que éste recibe. Un ejemplo de esto es que muchas familias utilizan los premios o castigos para enseñar a las niñas a ser femeninas y a los niños a ser masculinos, los involucran en actividades de acuerdo con su género, los regalos son diferentes, se les asignan tareas diferentes, con los adolescentes la permisividad es diferente de acuerdo si son hombres o mujeres (Santrock, 2002).

El proceso de socialización se inicia en edades muy tempranas. En la medida en que los niños controlan sus actividades, los estándares del comportamiento de acuerdo a si se es hombre o mujer se irán internalizando de forma gradual.

La influencia de los padres se expresa cuando a los niños se les orienta en actividades que van de acuerdo con su género, así manifiestan los estereotipos y enseñan los papeles tradicionales y por lo tanto los niños estarán tipificados para el género (Papalia *et al*, 2001).

En cuanto a la influencia de los pares, ésta constituye parte importante de la tipificación de género debido a que los pares refuerzan el comportamiento tipificado para el género. La teoría cognitiva social considera a los pares como parte de un sistema cultural, no como una influencia independiente para la socialización que incluye a los padres además de otros agentes de socialización (Papalia *et al*, 2001).

Hoy en día los medios de comunicación son un canal importante para la transmisión de actitudes culturales relacionadas con el género. La teoría social cognitiva sostiene que los niños que ven mucho la televisión tipificarán más su género de acuerdo con los modelos que contemplan en ella.

3.2.1 Ira, hostilidad y género.

Los factores psicológicos, la socialización y la construcción de más lazos sociales por parte de las mujeres, las hace menos hostiles y agresivas a diferencia de los hombres. Desgraciadamente, pocas diferencias referentes a sexo han sido documentadas en cuanto a la experiencia o expresión de la ira.

Aunque, Kassinove *et al.* 1997 (citado en Lewis y Haviland-Jones 2000) encontraron algunas diferencias, entre las cuales están que las mujeres muestran más ira en casa y gritan con más frecuencia a diferencia de los hombres, que poseen menos sentimientos alternativos después de un episodio de ira, concluyeron que estos resultados estaban lejos de aclarar las diferencias entre hombres y mujeres debido a las similitudes entre ellos.

Por otra parte, Averill (1983) concluyó que las diferencias entre hombres y mujeres sólo consistían en que las mujeres lloraban más a menudo que los hombres al reportar un episodio de ira.

De acuerdo con Lewis y Haviland-Jones (2000), los hombres pueden expresar más ira en las formas: verbal, facial y conductual que las mujeres. Sin embargo, cuando la información se obtiene mediante autorreporte o cuando se entrevista acerca de sus sentimientos de ira, las mujeres actualmente expresan más ira e ira más intensa que los hombres. Las mujeres además reportan experiencias más duraderas de ira, a diferencia de los hombres. Además es más probable que ellos reporten culpa en respuesta a las situaciones en las que ellos inducen el enojo. Los hombres pueden expresar ira más claramente en expresiones faciales que las mujeres.

3.2.2 Ansiedad y género.

A través de las diferentes culturas, podemos observar que las mujeres tienen niveles más altos de ansiedad que los hombres y esta relación es independiente de la edad, el

nivel educativo o el estado conyugal. Podemos encontrar diversos datos estadísticos en cuanto a la prevalencia de la ansiedad y a continuación se presentan algunos de ellos.

Por un lado Caballo, Buena-Casal y Carboles (1995) encontraron que las mujeres son las que sufren más de ansiedad a diferencia de los hombres. El porcentaje varía entre estudios, desde un 33% (Barlow, Blanchard, Vermilyea y Di Nardo 1986) hasta un 81% (Raskin, Peeke, Dickman y Pinsker, 1982) aún así el promedio suele estar cerca del 60% de mostrar mayor ansiedad por parte de las mujeres (Rapee, 1991). En general, la prevalencia de la ansiedad a lo largo de la vida es mayor en mujeres con un 6.6% a diferencia de los hombres con 3.6%

En otros estudios, como los de Buena-Casal y Sierra (2001) sostienen que la ansiedad es un trastorno frecuente con una prevalencia anual del 3% y una prevalencia global del 5% y que sólo un 25% de los pacientes busca ayuda y desgraciadamente tarde, cuando quizás han transcurrido hasta 10 años del inicio de la ansiedad.

El trastorno es más frecuente en las mujeres, dependiendo del lugar donde se toma la muestra, por ejemplo, en centros de asistencia, aproximadamente el 55 o 60% de los casos son mujeres. En los estudios en la población general, la relación es de dos tercios de prevalencia en las mujeres. Esta prevalencia más alta en las mujeres se puede explicar atendiendo a que la ansiedad participa del temor al daño físico como a las situaciones sociales, que son dos de los miedos más frecuentes en las mujeres.

Los datos epidemiológicos de diversos países, de la American Psychiatric Association (2003) demuestran semejanzas en cuanto a la prevalencia a lo largo de la vida de 1.6%-2.2%, que la edad de inicio está entre los 20 y los 30 años y que el mayor riesgo lo corren las mujeres (aproximadamente el doble).

3.2.3 Depresión y género.

Muchos estudios muestran que más mujeres que hombres sufren de depresión. Algunos investigadores argumentan que esta discrepancia en sexo proviene de diferencias entre hombres y mujeres en los patrones de búsqueda de ayuda y en el mayor uso de los servicios de salud por parte de las mujeres.

Se han presentado diversas explicaciones psicosociales. Una de ellas es que la depresión surge en las mujeres por la discriminación social. De acuerdo con esto, las desigualdades llevan a la dependencia, baja autoestima y depresión. Otro enfoque conduce al modelo de indefensión aprendida, donde se considera que las imágenes estereotipadas de hombres y mujeres produce en las mujeres un conjunto cognitivo de valores clásicos femeninos, reforzados por las expectativas sociales, en los que la indefensión es una dimensión más.

Se ha realizado también una interpretación genética de esta diferencia según el sexo. Según esta idea, la depresión es un trastorno heredado ligado al cromosoma X, pero a pesar de este determinante genético, no parecen existir bases genéticas para las diferencias sexuales en la depresión.

Finalmente, algunos investigadores han destacado diferencias sexuales en la fisiología endocrina. Esto proviene de observaciones de que las depresiones a menudo ocurren en relación con eventos del ciclo reproductor, por ejemplo, antes de la menstruación, al utilizar píldoras anticonceptivas, después del parto y durante la menopausia.

Se ha descubierto que la descripción de los síntomas depresivos es propio de las pacientes deprimidas, ya que según los estudios realizados en hombres, la depresión en éstos suele estar acompañada de comportamiento agresivo que difiere de la depresión en mujeres (Rihmer, Pestalily, Pihlgren y Rutz 1998). A pesar de que no se aprecian diferencias significativas entre ambos sexos en cuanto a la gravedad de la depresión, en general las mujeres experimentan un mayor número de síntomas además

de que en algunos casos manifiestan más ansiedad y síntomas somáticos (Frank, Carpenter, y Kupfer 1988, Benazzi 2000, Kornstein 1997). Del mismo modo, algunos estudios longitudinales han descubierto que las mujeres padecían episodios depresivos más largos y que eran más propensas a padecer la enfermedad de forma crónica (Brown, Schulberg, Madonia, Shear y Houck 1996, Sherbourne y Wells 1997).

La depresión puede ocurrir a cualquier edad, pero hoy en día su inicio se ha hecho más frecuente entre los 18 y 44 años y muy en especial entre los 25 y los 34. La edad media del inicio de la depresión ha disminuido en cada una de las tres últimas generaciones (Klerman, Lavori, Rice, Reich, Endicott, Andreasen, Keller y Hirsschfield 1985). Y se ha observado una relación 2:1 relativa al sexo en las culturas occidentales, son las mujeres entre los 18 y 44 años las que manifiestan mayores tasas de depresión (Caballo, Buela-Casal y Carboles, 1995).

3.3 IRA Y HOSTILIDAD.

Hoy en día se valora más la influencia que tienen los aspectos psicológicos y comportamentales en la salud. La OMS considera la salud como: *un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad.*

En los últimos años se ha desplazado a la ansiedad como una de las variables psicológicas más estudiadas y su lugar ha sido ocupado por la ira que parece ser un factor importante en diversos trastornos, ya que cuando esta emoción deja de ser adaptativa y funcional puede convertirse en un factor que incrementa el riesgo de disfunción, enfermedad y muerte (Breva, Espinosa y Palmero 2000).

De acuerdo con Reeve (2003) la ira es una emoción ubicua y es porque tiene gran cantidad de formas que le permiten expresarse, no sólo como prototipo sino también como algo apropiado para situaciones específicas. Algunos ejemplos de cómo surge esta emoción son: de la experiencia de restricción, la traición a la confianza, al recibir críticas, o la falta de consideración de otros. La esencia de la ira es que se piensa que

la situación no es la que debería ser; cuando las circunstancias cambian de lo que no deberían ser a lo que deberían ser, la ira desaparece. Quizás es la emoción más peligrosa debido a que su propósito es destruir barreras.

Estudios realizados por Smith (1994) ponen de manifiesto la relación entre el “complejo ira-hostilidad” y la mortalidad por cualquier causa. Otros trabajos han tratado de delimitar la relación entre ira-hostilidad y enfermedad coronaria, donde se aprecia una clara conexión entre este tipo trastornos cardiovasculares y las puntuaciones altas en el complejo ira-hostilidad.

El complejo ira-hostilidad se acompaña de respuestas vegetativas, neuroendocrinas y hemodinámicas que favorecen la aparición de la aterosclerosis y fomentan su progresión así como las manifestaciones clínicas de enfermedades cardiovasculares.

Smith y Frohm (1985) indican que la hostilidad está fundamentada en la creencia de “tu ganancia es mi pérdida” la cual implica una actitud negativa hacia los demás y hacia la naturaleza humana, por lo tanto, los individuos hostiles tienen una gran facilidad para percibir el mundo interpersonal como una lucha constante. Plantean la hipótesis de que el complejo ira-hostilidad se relaciona con la enfermedad coronaria, que a partir de la continua activación atencional y la excesiva y continua vigilancia del mundo que el individuo percibe como amenazante, se llega a un incremento excesivo en la activación y reactividad cardíacas.

De acuerdo con Fernández, Martín y Sánchez (2001) la hostilidad es una emoción negativa que implica una actitud de resentimiento que conlleva respuestas verbales o motoras implícitas. Se considera a la hostilidad, una mezcla de ira y disgusto, asociada con indignación, desprecio y resentimiento y como una motivación que va dirigida a destrozar o injuriar algún objeto. La hostilidad es un sentimiento que se mantiene en el tiempo, en el que coinciden el resentimiento, la indignación, la acritud y la animosidad. Es una actitud cínica y en algunas situaciones puede llegar al rencor y la violencia aunque es frecuente que se exprese de modos más sutiles.

La hostilidad implica creencias negativas de otras personas así como la creencia de que su comportamiento es amenazador para el sujeto. La atribución hostil se refiere a la percepción de que las demás personas son amenazantes y por lo tanto, se producen reacciones agresivas contra éstas.

Los desencadenantes de la hostilidad son la violencia física y el padecer hostilidad indirecta. La hostilidad se desencadena cuando se percibe que otras personas tienen actitudes de irritabilidad, negativismo, resentimiento, recelo o sospecha hacia nosotros mismos o hacia personas que queremos. De cierta forma la hostilidad puede ser vista como un círculo ya que ésta se presenta cuando nos sentimos objeto de la hostilidad de otras personas.

El procesamiento cognitivo de la hostilidad se produce ante situaciones que suceden de forma lenta y de las que se tiene un cierto grado de predicción. El acontecimiento que desencadena la hostilidad desorganiza los planes de la persona y antes de que este suceso ocurra ya se conocen las consecuencias que traerá. Así pues el suceso bloquea los planes y se presenta una urgencia por afrontar tanto lo que sucede, como las consecuencias. Al valorar cual será la estrategia para afrontar la situación, se cree que el motivo causante es la intención o negligencia de otras personas. En esta situación la persona cree que las consecuencias pueden ser modificadas y por lo tanto que se tiene cierta capacidad para afrontar y adaptarse al suceso. Por último se estima que todo lo sucedido no está de acuerdo con las normas sociales y personales.

Los efectos subjetivos de la hostilidad implican sensaciones airadas. El componente afectivo incluye emociones como el enojo, el resentimiento, el disgusto y el desprecio. Barefoot (1992) describe el componente afectivo de la hostilidad como sentimientos negativos hacia otros y las atribuciones que producen estos sentimientos hacen que la conducta de los demás pueda ser interpretada como antagonista o amenazante y servir como justificante de la hostilidad que se tiene ante las actitudes antagonistas de los otros. Distingue también entre cinismo y atribuciones hostiles, cinismo se refiere a las creencias negativas acerca de la naturaleza humana, mientras que las atribuciones

hostiles son las creencias de que la conducta antagonista de otros esta dirigida hacia uno mismo.

Los efectos fisiológicos de la hostilidad son similares a los de la ira, aunque su intensidad es moderada, pero éstos se mantienen en el tiempo y son resistentes a la habituación. Los cambios en el sistema nervioso autónomo se reflejan en la elevación de la frecuencia cardiaca, presión arterial, nivel de conductancia de la piel, reducción en el volumen sanguíneo y la temperatura periférica. Los efectos en el sistema somático se observan en elevaciones de la tensión muscular y aumento de la frecuencia respiratoria.

El afrontamiento de la hostilidad se caracteriza por expresiones de irritabilidad, pero la manifestación no se distingue de la de ira ya que ambas están relacionadas con la agresión.

3.3.1 El complejo ira-hostilidad y su relación en trastornos cardiovasculares.

El complejo ira-hostilidad-agresión tiene distintos aspectos: un componente cognitivo que es la hostilidad, un componente afectivo-emocional que es la ira y el componente conductual que es la agresión.

Spielberger, Krasner y Solomon (1988), formularon el constructo ira-hostilidad-agresión. Este complejo incluye a la ira como estado y rasgo, así como su expresión (ira-in e ira-out) y su control.

La hostilidad es resultado de lo recibido por un sujeto por parte de su medio ambiente a lo largo de la vida. Los sujetos hostiles se caracterizan por esperar casi siempre lo peor de los demás, estar a la defensiva, provocar ambientes tensos y de competitividad, por percibir su entorno como una lucha constante (Iacovella y Troglia 2003) y por pensar que las demás personas constituyen una amenaza, que tienen malas intenciones, que son egoístas, deshonestas, inmorales o antisociales (Barefoot, 1992).

Como se puede observar la hostilidad tiene un aspecto cognitivo estable y duradero en el tiempo y es por esto que es un factor de riesgo que merece ser evaluado para entender la relación existente entre enfermedad cardiovascular y emociones.

Cuando nos referimos a la ira, hablamos de una emoción negativa que se compone por sentimientos que pueden ser variables en intensidad, que tienen una experiencia subjetiva, activación fisiológica y una determinada expresión y afrontamiento. Las situaciones que pueden desencadenar esta emoción son en las que de alguna manera nos sentimos traicionados, heridos, controlados de forma física o psicológica en contra de nuestra voluntad o cuando no alcanzamos una meta (Lazarus, 1991a).

El componente subjetivo de la ira suele ser llamado “experiencia de ira”, la cual varía en intensidad y puede ser más intensa cuando un sujeto tiene poca tolerancia a la frustración, cuando se tienen pérdidas inesperadas o alguna situación se percibe como injusta (Iacovella y Troglia 2003).

Spielberger, Johnson, Russel, Crane y Worden (1985) postulan que la ira puede estudiarse como ira estado o rasgo. La ira *estado* es una experiencia temporal de sentimientos de tensión, enojo, irritación y activación fisiológica como respuesta a una determinada serie de acontecimientos. La ira *rasgo* es la disposición a tener episodios de ira de forma frecuente debido a la percepción de que muchas situaciones son provocadoras, por tener una reactividad fisiológica mayor o debido a la interacción de ambos factores.

La activación fisiológica se refiere a incrementos en la actividad del sistema nervioso autónomo, del sistema endocrino, de la tensión muscular y cambios respiratorios.

Al modo de afrontamiento o “expresión de la ira” se le conoce como “estilos de afrontamiento o expresión de la ira”. Spielberger y colaboradores (1985) postulan que existen dos formas de expresión de la ira:

- Ira Interna: tendencia a suprimir los sentimientos y pensamientos de enojo y no expresarlos de manera abierta, para que el enojo no sea observable. Esta ira que no es expresada a largo plazo puede repercutir internamente.
- Ira Externa: tendencia a manifestar los sentimientos de ira, de aquí se desprenden dos formas de hacerlo: la primera, de forma abierta y asertiva sin que sea amenazante y la segunda, de una forma agresiva que implicaría el propósito de hacer daño.

Jhonson (1990) propone que existen tres estilos para afrontar y disminuir la sensación displacentera de la ira:

- Supresión de la ira, “anger-in”: los sujetos afrontan la ira reprimiendo su expresión verbal o física. Este tipo de personas pueden ser más susceptibles a padecer enfermedades cardiovasculares.
- Expresión de la ira o “anger-out”: el sujeto puede presentar conductas tanto verbales como físicas hacia otras personas o cosas pero sin que esto represente daño alguno. Para este tipo de expresión se presenta una mayor activación fisiológica y al expresar la ira de esta forma se puede ver reducido el apoyo social al crear ambientes incómodos y por lo tanto ser más vulnerable para padecer enfermedades en general.
- Control de la ira, “anger-control”: las personas harán un intento por controlar y canalizar esta energía en otro tipo de fines que sean más constructivos y resolver positivamente el conflicto. Este es el estilo más adecuado para reducir los riesgos de padecer enfermedades coronarias.

Según Matthews, Glass, Rossenman y Bortner (1977) los sujetos hostiles son más vulnerables que los sujetos no hostiles a sufrir cardiopatías o incluso un episodio de ira puede precipitar una enfermedad coronaria.

De acuerdo con Lazarus (Lazarus y Folkman, 1984) el estrés y otras reacciones emocionales están mediadas por un proceso de valoración cognitiva. Primero la evaluación es sobre las consecuencias que tiene una situación (valoración primaria) y posteriormente, si de la valoración resulta una amenaza o desafío, el sujeto evaluará los recursos con los que cuenta para evitar o reducir las consecuencias negativas que tal situación conlleva (evaluación secundaria).

Fernández-Abascal y Palmero (1999), proponen que la ira-hostilidad es una unidad en la que cada una de estas manifestaciones son componentes de un mismo proceso emocional. El proceso inicia con la evaluación (cognición) de un estímulo (percepción) que realiza un sujeto con un determinado estado afectivo (afecto), si el estímulo es valorado como un desencadenante de la ira, entonces se experimentara esta emoción. Entonces se tendrá una activación fisiológica y el sujeto tendrá una actitud hostil (cognición) y se dará lugar a un estilo de afrontamiento que puede ser la agresión. La respuesta fisiológica se caracteriza por un aumento en la activación simpática. Si alguna de estas condiciones no se llega a dar, el impulso queda reprimido y se incrementa la hostilidad y de igual manera lo harán las respuestas fisiológicas.

3.3.2 Principales modelos explicativos del constructo ira-hostilidad-agresión.

Existen enfoques distintos para estudiar el constructo ira-hostilidad-agresión, los cuales hacen énfasis en determinantes situacionales, personales o en la interacción entre éstas (García-León y Reyes del Paso 2002).

- Modelo de vulnerabilidad psicosocial.

Este sugiere que las personas hostiles tienen un mayor riesgo de padecer enfermedad coronaria consecuencia del perfil psicosocial negativo que los caracteriza: poca cohesión, poco apoyo social y muchos conflictos interpersonales en su ambiente familiar, social y laboral.

Se piensa que el ambiente familiar es una fuente de apoyo pero para las personas hostiles no suele ocurrir así, estudios realizados por Smith, Pope, Sanders, Allred y O'Keeffe, (1988) muestran que la familia de las personas con hostilidad cínica no es una fuente de apoyo sino que puede llegar a ser una fuente de estrés.

Se ha intentado explicar de dos formas el que las personas hostiles tengan pocas relaciones de apoyo social satisfactorias: una 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 las personas evitan o minimizan el contacto con estos sujetos debido a que la conducta que muestran es desagradable. Según Hardy y Smith (1988) las expectativas, atribuciones y creencias de los individuos hostiles inician con el proceso, al interpretar la conducta de los demás como antagonista o amenazante y atribuirles intenciones malévolas. Este tipo de pensamientos hace que los sujetos hostiles tengan conductas desagradables, lo que hará que las demás personas tengan conductas antagonistas hacia ellos. Esta conducta antagonista de los demás, refuerza al sujeto hostil en su comportamiento, creencias, atribuciones y expectativas. Esto termina en un ambiente interpersonal estresante para los sujetos hostiles lo cual impide que exista el apoyo social necesario para mitigar los efectos negativos de determinados comportamientos o emociones sobre el bienestar físico y psicológico del individuo.

La segunda forma de explicar esta falta de apoyo social asume que son los propios sujetos hostiles, los que de forma intencional, evitan la búsqueda y aceptación del apoyo social, debido al desagrado que para ellos tienen las interacciones sociales. La ira interna parece afectar las cogniciones sociales en los sujetos hostiles lo cual reduce el deseo o búsqueda de apoyo social.

Para explicar la relación entre el ambiente pobre en apoyo social y la enfermedad coronaria se han postulado mecanismos mediadores. Uno de ellos plantea que hay un aumento en la reactividad fisiológica de los sujetos hostiles en gran parte de las situaciones de interacción social. Esta reducción en el apoyo social se ha relacionado con el aumento de la activación simpática (Uden, Orth-Gomer y Elofsson, 1991). Se ha

encontrado también: 1) que el apoyo social parece moderar en mayor grado los cambios en presión sanguínea que en tasa cardiaca durante el estrés psicológico (Uchino y Garvey, 1997) lo que puede sugerir mayor grado de influencia en los procesos vasculares que en los cardíacos; 2) que el apoyo social emocional es la dimensión más importante en la reducción de la reactividad cardiovascular frente al estrés (Uchino, Caccioppo, Kiecolt- Glaser, 1996); 3) que la relación entre apoyo social y reactividad cardiovascular persiste a pesar de controlar el efecto de los factores tradicionales: tabaco, dieta, ejercicio físico, etc. (Uchino et al., 1996) 4) que parece existir una interacción entre sexo, apoyo social y reactividad cardiovascular, de forma que el apoyo social dado por una mujer es más efectivo para disminuir la reactividad cardiovascular que el dado por un hombre (Glynn, Christenfeld y Gerin, 1999); y 5) que la disminución de la reactividad cardiovascular depende de la relación que exista entre el sujeto y la persona que provee el apoyo social (Christenfeld, Gerin, Linden, Sanders, Mathur, Deich y Pickering, 1997).

Un segundo mecanismo mediador sugiere que el apoyo social podría ejercer sus efectos benéficos impidiendo la ejecución de conductas insanas o perjudiciales para la salud y potenciando la aparición de conductas saludables.

Los estudios presentados en este modelo, parecen sugerir la existencia de una relación entre ciertos correlatos psicosociales y el constructo ira-hostilidad-agresión. Sin embargo, presentan también limitaciones. La mayor parte de los trabajos mencionados han tomado como medida de este constructo la puntuación en la Escala de Hostilidad de Cook y Medley (Ho) que constituye una medida de los aspectos cognitivos del constructo, pero no de los emocionales o comportamentales.

- Modelo de vulnerabilidad constitucional.

Según este modelo, los determinantes de tipo constitucional son los más importantes para explicar la relación entre el constructo ira-hostilidad-agresión y la enfermedad coronaria.

Krantz y Durel (1983), y Krantz y Manuck (1984) propusieron que tanto las manifestaciones psicológicas y psicofisiológicas del constructo ira-hostilidad-agresión, como la enfermedad coronaria, estaban determinadas por diferencias individuales a nivel biológico o constitucional. Es decir, los factores de personalidad como la hostilidad y la enfermedad coronaria no estarían relacionados causalmente, sino que serían coefectos o marcadores de diferencias individuales de tipo constitucional. Esta constitución biológica podría estar relacionada con estructuras del sistema nervioso central responsables de la actividad simpática. Sin embargo, aunque la estructura biológica puede influir en la predisposición hacia una mayor reactividad psicofisiológica de los individuos que puntúan alto en el constructo ira-hostilidad-agresión, no es suficiente para explicar las características cognitivas, comportamentales y emocionales de éste. En este sentido Krantz 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 ira-hostilidad-agresión. Esta interacción implicaría un mecanismo de feedback somatopsíquico, relacionado con la percepción, evaluación y procesamiento automático de la reactividad psicofisiológica, a partir del cual dicha actividad autonómica periférica es capaz de influir en la aparición de ira y/o agresión; a su vez, las respuestas emocionales y comportamentales darían como resultado un incremento en la reactividad psicofisiológica. Sería una especie de feedback positivo en el que cada respuesta sería, a la vez, estímulo para la siguiente respuesta, conformando un “círculo vicioso” difícil de romper.

Kaplan, Botchin y Manuck (1994) y Williams (1994) plantean que el perfil bioconductual de las personas hostiles está determinado por disminuciones en la actividad serotoninérgica. Postulan la existencia de diferencias interindividuales estables en la producción de serotonina central, las cuales serían responsables de las características emocionales, comportamentales y de hiperreactividad cardiovascular mostradas habitualmente por estos individuos.

- Modelo de salud conductual.

Existe una serie de factores de riesgo que podemos llamar “clásicos” para la salud cardiovascular que explican un porcentaje significativo de la varianza en las tasas de enfermedad coronaria. Entre estos factores, encontramos el que las personas fumen, el sedentarismo, tener una dieta inadecuada y obesidad.

Leiker y Hayley (1988) afirman que las personas hostiles pueden ser más vulnerables al padecimiento de cualquier enfermedad en general y en especial de enfermedades cardiovasculares debido a sus malos hábitos de salud. De acuerdo con esto, evidencia empírica ha demostrado que existen correlaciones negativas entre el constructo ira-hostilidad- agresión y conductas de salud así como el ejercicio y cuidado personal. Por otra parte se han encontrado correlaciones positivas entre el constructo ira-hostilidad-agresión y malos hábitos de salud. Los sujetos hostiles presentan más problemas que los demás para mantener la adherencia a los regímenes médicos, lo cual puede incrementar el riesgo de padecer enfermedades.

Últimamente se ha puesto más atención al papel que puede desempeñar el apoyo social en los hábitos de salud. Parece ser que el apoyo social, puede ayudar a las personas a evitar conductas perjudiciales para la salud o que lo aliente para que su comportamiento sea adecuado y saludable (Cohen, Kaplan, y Manuck 1994)

Si tenemos en consideración que los individuos hostiles están comúnmente integrados en redes sociales inadecuadas, estas redes podrían facilitar la adquisición de conductas nada saludables para ellos y así crear un estilo de vida poco sano que podría incrementar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (Breva, Espinosa y Palmero, 1996).

Este modelo de salud conductual presenta dos limitaciones. La mayoría de las investigaciones son de tipo descriptivo por lo que las conclusiones pueden ser limitadas

y que la relación entre el constructo ira-hostilidad-agresión y los malos hábitos de salud sólo han sido evaluados con factores de riesgo tradicionales.

- Modelo de reactividad psicofisiológica.

El objetivo de este modelo ha sido el estudio de la reactividad psicofisiológica y sus efectos en los procesos que producen la enfermedad coronaria. Aquí se sugiere que la hiperreactividad cardiovascular frente al estrés es un factor de riesgo significativo que conduce a la enfermedad coronaria.

De acuerdo con Williams, Barefoot y Shekelle (1985) el constructo ira-hostilidad-agresión contribuye a la enfermedad coronaria produciendo un aumento en la actividad cardiovascular. Algunos estudios han encontrado que las personas hostiles responden con mayor incremento en las variables cardiovasculares y neuroendocrinas, ante estresores psicosociales. Otros estudios muestran que la hostilidad esta asociada, no sólo con mayor reactividad cardiovascular sino también con una mayor frecuencia, consistencia temporal y tiempo de recuperación de los niveles basales.

Hoy en día se afirma que la reactividad psicofisiológica influye en la enfermedad coronaria iniciando, acelerando o agravando el proceso de aterosclerosis. Una hipótesis sostiene que los componentes del constructo ira-hostilidad-agresión contribuyen a la aterogénesis con una serie de alteraciones hemodinámicas relacionadas con incrementos en la reactividad cardiovascular (Krantz y Manuck, 1984; Manuck, Kaplan y Matthews, 1986).

- Modelo transaccional.

Éste considera que las diferencias individuales en cuanto a la reactividad fisiológica representan sólo un elemento de un complejo sistema en el que los factores psicológicos y situacionales son los otros componentes. Así pues las personas hostiles no sólo responderían a los estresores diarios con episodios mayores, más intensos y

duraderos de reactividad cardiovascular sino también con sus pensamientos y acciones crearían contactos más frecuentes con los estresores (Smith, 1989; Smith y Pope, 1990). Es posible que la conducta y pensamientos de la persona hostil hagan más grandes los problemas interpersonales en su vida.

Las personas hostiles esperan lo peor de los demás y tienen constantes rumiaciones cuando se enojan. Este tipo de situaciones provocarán conductas semejantes en las personas que les rodean y por lo tanto disminuirá el apoyo social. Una vez que sucede esto, el sujeto hostil confirma su visión del mundo y de los demás individuos e incrementa su conducta desagradable y entonces también la frecuencia y duración de sus respuestas psicofisiológicas ante los estresores interpersonales y todo este conjunto facilita el desarrollo de la enfermedad coronaria. Evidencia empírica ha demostrado que estas rumiaciones prolongan la experiencia subjetiva de ira (Rusting y Nolen- Hoeksema, 1998), la reactividad cardiovascular y pueden llegar a disminuir el apoyo social.

3.3.3 Instrumentos que miden ira y hostilidad.

Ira.

A continuación se presentan sólo algunos de los instrumentos más utilizados para medir ira y hostilidad, estos instrumentos deberían ser tomados con precaución en cuanto a su validez predictiva en campos como el de la salud ya que aun no se tienen estudios longitudinales confiables.

Éstos han surgido principalmente en el área clínica para su aplicación:

- Inventario Multidimensional de Ira (Siegel, 1986). Compuesto por cinco escalas, ira hacia adentro, ira hacia fuera, rango de situaciones elicitoras de ira, punto de vista hostil e ira general.

- Inventario de Ira Novaco (Novaco, 1975). Adaptación española por Martín y Fernández-Abascal. Proporciona un índice global del nivel de ira.
- Inventario de Control de la Ira (Hoshmand y Austin, 1987). Compuesto por diez subescalas: abusos en otros, intrusión, degradación personal, traición de la confianza, malestar, control externo y coacción, abuso verbal, abuso físico, trato injusto y bloqueo de metas.
- Escala de Autoinforme de Ira (Zelyn, Adler y Myerson, 1972). Tiene cinco subescalas: conciencia de ira, expresión de ira, culpabilidad, condenación de la ira y desconfianza.
- Inventario de Ira y Hostilidad (IIH) elaborado por Mercado, Galán, Doménech, Martínez, y Villagran (En preparación) el cual ha sido validado y confiabilizado en una muestra de 1031 personas mexicanas. Son 68 reactivos agrupados factorialmente en 7 factores los cuales explican el 29% de la varianza: Factor 1 Indicadores fisiológicos, Factor 2 Falta de control, Factor 3 Ideología de poder, Factor 4 Hostilidad, Factor 5 Intolerancia/Exigencia, Factor 6 Victimización, Factor 7 Culpa y Calificación Total de IIH la cual se obtiene sumando los siete factores anteriores. El instrumento tiene una confiabilidad, valorada mediante Alfa de Cronbach $\alpha = .903$. En este sólo se pide contestar marcando una respuesta para cada pregunta con falso o verdadero de acuerdo con lo que piensa el participante y pidiendo que ésta sea lo más apegada a la realidad.

Para la investigación empírica han surgido los siguientes:

- Escalas de Ira de Framingham (Haynes, 1978). Mide cuatro aspectos de la ira: síntomas de ira, ira hacia adentro, ira hacia fuera y comunicación de la ira.
- Escala de Ira Hacia Adentro y Hacia Fuera de Harburg, Erfurt, Hauenstein, Chape, Shull y Shork (1973). Es utilizada para medir los efectos de la ira en la

hipertensión. Consta de situaciones que provocan ira y para cada situación se describe un caso de ataque por parte de personas de la familia o fuera de la familia, a los sujetos se les pide que elijan la respuesta que mejor describa como se sentiría. Mide tres dimensiones: ira hacia adentro, ira hacia fuera y reflexión.

- Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo o STAXI (Spielberger, Krasner y Solomon, 1988). Tiene ocho escalas: estado de ira, rasgo de ira, temperamento airado, reacción airada, control de la ira, ira hacia fuera, ira hacia dentro y expresión de ira.

Hostilidad.

- Entrevista Estructurada de Rosenman (1974). El propósito de este instrumento era medir el Patrón de Conducta Tipo A, se constituye por observación y preguntas. Contiene tres dimensiones, potencial de hostilidad, ira hacia adentro y ira hacia fuera.
- Inventario de Hostilidad de Cook y Medley (1954). Tiene información global de hostilidad y se pueden distinguir varios factores.
- Cuestionario de Hostilidad y su Dirección (Foulds, Caine y Creasy, 1960). Posee cinco escalas: hostilidad hacia fuera, reprobación de otros, proyección de hostilidad engañosa, autocrítica y culpabilidad.
- Escala de Hostilidad Manifiesta (Siegel, 1986). Mide la fuerza para expresar hostilidad.
- Cuestionario de Agresión de Buss y Perry (1992). Útil para la investigación empírica de los diferentes componentes de la hostilidad: agresión física, agresión verbal, ira (componente emocional) y hostilidad (componente cognitivo).

- Inventario de Hostilidad Buss-Durkee (1957). Adaptación española de Martín y Fernández-Abascal. Consta de siete subescalas: asalto o ataque, hostilidad indirecta, irritabilidad, negativismo, resentimiento, sospecha o recelo y hostilidad verbal.

3.4 ANSIEDAD.

Dentro de la historia de la psicología la ansiedad es el estado emocional más estudiado. Esto quizás se deba a su carácter de respuesta emocional específica y debido a que la profundización en su conocimiento lleva a numerosos avances en aplicaciones clínicas ya que está involucrada en diversos trastornos psicopatológicos y somáticos.

Pero la ansiedad no fue reconocida como una condición concreta sino hasta nuestros días y debió ser necesario que la medicina alcanzará cierto grado de complejidad para identificarla (Spielberger, 1980).

Las reacciones emocionales ante diversas situaciones son influidas tanto por los peligros potenciales reales como por las apreciaciones e interpretaciones individuales. Cuando una persona se encuentra en una situación y la interpreta como amenazadora experimenta sensaciones de temor y preocupación. Sufre una serie de cambios fisiológicos y conductuales que son resultado de la activación del sistema nervioso. La intensidad de tales reacciones debiera ser proporcional a la magnitud del peligro.

La ansiedad es entendida como una respuesta emocional compleja resultado de la interacción de factores individuales y situaciones específicas (Endler y Parker, 1992) que se expresa a través de un patrón variable de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras.

La ansiedad es un mecanismo adaptativo que permite al organismo poner en marcha conductas de defensa y ésta aparece ante circunstancias que representan una

amenaza o peligro real para el sujeto. La ansiedad patológica es diferente de la ansiedad normal por: la intensidad, la frecuencia, la falta de pertinencia y anacronismo.

Los niveles moderados de ansiedad están acompañados de incertidumbre, aprehensión y nerviosismo, mientras que niveles más altos de ésta se caracterizan por reactividad fisiológica intensa, miedo y temor intensos que pueden llevar a un comportamiento de pánico. La intensidad y la duración de la ansiedad dependen de las situaciones que viva la persona y de las interpretaciones que haga de estas situaciones como amenazantes o peligrosas.

Como se ha mencionado, cuando un estímulo se interpreta como amenazante éste será provocador de ansiedad. Las reacciones objetivas de ansiedad son proporcionales en su intensidad al peligro externo y estas reacciones son adaptativas ya que sirven como señales de peligro y activan a la persona para poder enfrentarse a situaciones difíciles. Las reacciones exageradas de ansiedad como los miedos irracionales o las fobias se producen cuando la fuente de peligro proviene de pensamientos más que de situaciones externas.

Las manifestaciones de ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación.

De acuerdo con Vallejo y Gastó (2000) la ansiedad se puede manifestar a través de diversos síntomas que se pueden agrupar como sigue:

1. Dominio emocional. La ansiedad se manifiesta por sensaciones de inquietud, nerviosismo, vivencias amenazantes, sentirse atrapado o en peligro, miedo, temores hacia cosas inciertas, inseguridad, sensación de vacío.
2. Dominio cognitivo. Entre las principales manifestaciones encontramos: preocupaciones excesivas sobre cosas reales o imaginarias, presentir que algo malo va a suceder, creencias de que el entorno es peligroso, ideas de

inseguridad, impotencia y una exagerada atención a cualquier cosa que pueda representar un peligro inminente.

3. Dominio conductual. Existe inquietud psicomotora, se puede llorar ante cualquier estímulo como resultado de sentimientos de impotencia y exceso de tensión, aunque éste llanto tiene la función de relajar y calmar al sujeto, se presentan conductas de evitación ante objetos o situaciones que puedan causarle a la persona miedo así como una exageración en la respuesta ante estímulos que le sean aversivos.
4. Tensión motora. Un sujeto ansioso está tembloroso, sobresaltado, tiene estremecimientos o sacudidas musculares, se siente tenso, con dolores musculares, de cabeza, presenta debilidad o cansancio y tiene una seria incapacidad para relajarse.
5. Dominio somático. Existe una hiperactivación autonómica lo cual conduce a la presencia de síntomas cardiorrespiratorios (palpitaciones, taquicardia, opresión en el pecho, hipertensión arterial, etc.), respiratorios (dificultad para respirar, sensación de asfixia, hiperventilación), sensoriales (mareos, vértigo, visión borrosa, despersonalización-desrealización), digestivos (nudo en la garganta, náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento), vegetativos (sensación de sofoco, escalofrío, oleadas de calor, sudoración, sequedad de mucosas, manos sudorosas y frías) y biológicos (insomnio, pesadillas, anorexia, hiperfagia).

La característica de la ansiedad es una preocupación excesiva sobre circunstancias, eventos o actividades. La intensidad, duración o frecuencia de la ansiedad es desproporcionada con la frecuencia o impacto real del evento. Para la persona ansiosa es muy difícil evitar que la preocupación afecte su funcionamiento diario normal. Los motivos de su preocupación generalmente son situaciones cotidianas o de rutina, como el trabajo, la familia, la situación económica, la salud, los peligros que puedan enfrentar la familia o cualquier situación que salga de la rutina diaria.

Los individuos ansiosos son generalmente descritos como “preocupados” y esta preocupación es sobre una gran serie de circunstancias de la vida o cosas sin importancia. Las personas que sufren de ansiedad son aquellas que no duermen por las noches debido a que están preocupados por lo que les ha sucedido en el día y por lo que sucederá al día siguiente, ven peligros y muchos problemas aún en las situaciones más benévolas y se consideran incapaces para evitar o superar las catástrofes. Los sujetos con ansiedad son expertos en identificar problemas pero torpes para generar soluciones o respuestas de afrontamiento.

La ansiedad puede describirse como predominantemente cognitiva ya que a las personas que la presentan se les describe como sujetos con preocupaciones crónicas. Borkovec (1985) describe la preocupación como: una cadena de pensamientos e imágenes con carga afectiva negativa y a veces incontrolable. El preocuparse es un intento por desarrollar una solución mental sobre un problema cuyo resultado no es claro, pero que puede tener consecuencias negativas. Una frase característica es ¿qué pasará sí...?

Se ha encontrado que los individuos que están ansiosos de manera habitual dedican mucha de su atención al descubrimiento de amenazas e interpretan la información ambigua como amenazante (Caballo, Buela-Casal y Carroble 1995).

Los modelos psicológicos de la ansiedad sugieren que cuando los individuos procesan la información de su vida diaria, es muy probable que introduzcan la información amenazante en su memoria y que creen que tienen pocas capacidades para controlar o afrontar esa amenaza. Esta asociación inicial con la amenaza puede ocurrir a un nivel por debajo de la conciencia. En un intento por afrontar esta amenaza, intentan dar una solución a la preocupación que suele ser ineficaz, que sirve para mantener la asociación entre amenaza y la percepción de poco control.

3.4.1 Instrumentos que miden ansiedad.

A continuación se presentan sólo algunos de los instrumentos que existen para medir la ansiedad, aunque puede ser limitado medirla con esta serie de instrumentos, el autoinforme puede ser también una técnica útil.

- Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Luschene, 1970). Utilizado para la evaluación global del afecto negativo o el neuroticismo.
- Inventario de Ansiedad (Beck Anxiety Inventory, Beck, Epstein, Brown y Steer, 1989).
- Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (Anxiety Sensitivity Index, ASI Peterson y Reiss, 1987) versión española de Sandín y Chorot (1990). El instrumento está constituido por 16 reactivos y mide el miedo a los síntomas de ansiedad. Cada reactivo expresa una creencia acerca de las consecuencias negativas de los síntomas de ansiedad. El tipo de respuesta es Likert que va de uno a cinco.
- Escala de Temor a la Evaluación Negativa (Fear of Negative Evaluation, FNE, Watson y Friend, 1969). Uno de los aspectos de la ansiedad son las preocupaciones y este instrumento puede ser útil para evaluar las preocupaciones sociales.
- Escala de Preocupación de la Universidad de Pensilvania (Penn State Worry Scale, Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). Con este instrumento se puede medir el concepto clave de la preocupación o su grado para ser más específicos. Se puede hacer una clara diferencia entre personas con ansiedad de otros con otros trastornos por ansiedad.

- Escala de Ansiedad Manifiesta (M. A. S.) de Taylor, (1953). Basada en el modelo de rasgo o concepción unitaria de la ansiedad. Esta prueba tiene su origen en el MMPI y el original de Taylor consta de 50 reactivos.
- Cuestionario de Ansiedad Cognitiva-Somática (Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire, CSAQ) Schwartz, Davidson y Goleman (1978). Existe una versión en español realizada por Sandín y Chorot (1990). Está constituido por 14 reactivos, los cuales 7 son cognitivos (subescala cognitiva) y 7 de tipo somático (subescala somática). La forma de respuesta es Likert que va de uno a cinco.

Existen otro tipo de inventarios basados en un tipo S x R (situación-respuesta) como:

- S-R Inventory of Anxiousness (Endler, Hunt y Rosentien, 1962).
- S-R Inventory of General Trait Anxiousness (Endler y Okada 1975).
- Escalas Multidimensionales de Ansiedad de Endler (Endler, Edward y Vitelli, 1991).
- Inventario de Actitudes hacia Situaciones Diversas I. A .S. D. (Bermúdez, 1983).

3.5 DEPRESIÓN.

De acuerdo con Beck (1973), la depresión es un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognitivas y conductuales. Se puede definir por sus siguientes características:

1. Una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, sensación de soledad, apatía.
2. Un concepto negativo de sí mismo acompañado de autoreproches y autoinculpación.

3. Deseos regresivos y de autocastigo: deseo de escapar, esconderse o morir.
4. Trastornos vegetativos: anorexia, insomnio, disminución de la libido.
5. Cambios en el nivel de actividad.

Podríamos referirnos a ésta como un estado de ánimo bajo persistente, que puede durar dos semanas consecutivas o más, se puede experimentar tristeza, irritabilidad, pérdida generalizada de interés o placer. También pueden presentarse alteraciones del sueño (hipersomnia o insomnio), del apetito (hiperfagia o anorexia), de la actividad psicomotora (moverse más rápido o más lento). Otros síntomas pueden ser fatiga y sentimientos de inutilidad, deficiencias para concentrarse (Caballo, Buela-Casal y Carboles, 1995).

La depresión puede ocurrir a cualquier edad, pero hoy en día su inicio se ha hecho más frecuente entre los 18 y 44 años y muy en especial entre los 25 y los 34. La edad media de inicio de la depresión ha disminuido en cada una de las tres últimas generaciones (Klerman, 1985). Y se ha observado una relación 2:1 relativa al sexo en las culturas occidentales, son las mujeres entre los 18 y 44 años las que manifiestan mayores tasas de depresión.

Aunque pueden estar implicados aspectos biológicos al tratar de explicar estas diferencias debidas al género, es muy probable que la diferencia radique en la forma de informar los síntomas, el estilo de afrontamiento, el apoyo social, factores económicos y el estrés. (Nolen- Hoeksema, 1987; Thase, Reynolds, Frank, Simons, McGeary, Fasiczka, Garamoni, Jenings y Kupfer, 1994; Wilhem y Parker, 1994). El curso de la depresión puede ser variable y durar cuando no es tratada, entre seis y veinticuatro meses y las personas que tienen depresión a edades tempranas y los ancianos tienen un mayor riesgo de recurrencia y recaídas.

Este trastorno se caracteriza porque la persona muestra mucha tristeza, pérdida de la alegría, interés en la vida y síntomas físicos como: cambios en el peso corporal, insomnio.

La tristeza es una incapacidad para experimentar placer y por el contrario se siente una desesperación profunda, estos aspectos son el núcleo de la sintomatología de la depresión. Los individuos deprimidos generalmente ven las situaciones en sus vidas como menos controlables a diferencia de las personas que no están deprimidas.

La gente deprimida tiende a ver una situación aversiva como incontrolable producida por causas internas, estables e incontrolables y esta pérdida de control sobre los acontecimientos es lo que puede causar depresión. Los individuos deprimidos atribuyen de una forma pesimista las cosas buenas que les suceden a causas externas e inestables. Así pues para una persona que está deprimida los fracasos son autoinducidos y los éxitos se minimizan (Reeve, 2003).

En la psicología se ha tratado de explicar la depresión desde diferentes puntos de vista teóricos, algunos de ellos se describen a continuación:

- Teorías cognitivo conductuales.

La mayoría de las teorías psicológicas de la depresión recurren a la interacción del estrés de la vida y la respuesta idiosincrásica y exagerada de la persona (Caballo, 1995). Varios estudios han demostrado la importancia del estrés interpersonal en la génesis de los trastornos depresivos (Beach, Sandeen y O'Leary, 1990; Coyne y Downey, 1991; Weissman y Paykel, 1974) así como lo benéfico del apoyo social para disminuir la depresión (Coyne y Downey, 1991). Entre los sucesos más importantes se encuentran los llamados acontecimientos de salida, ejemplos de estos son, divorcio, ruptura de relaciones amorosas, la pérdida de un ser querido o relaciones conflictivas.

Los modelos conductuales y cognitivos plantean relaciones funcionales entre las vulnerabilidades antecedentes (p. ej., actitudes disfuncionales, escasas habilidades sociales), las consecuencias conductuales (p. ej., pérdida de reforzadores o aislamiento social) y ponen menos énfasis en los constructos hipotéticos no observables (p. ej., introyección o impulsos masoquistas) y se centran en aspectos evaluables del afecto, la conducta y la cognición.

A pesar de que los modelos cognitivo-conductuales enfatizan diferentes aspectos de la depresión, siguen una formulación general.

1. Las personas deprimidas han aprendido a responder habitualmente a estímulos estresantes de una manera desadaptativa, lo que se puede ver en escasas habilidades sociales (Bellack, Hersen y Himmelhoch, 1981), pocas habilidades en la solución de problemas (Nezu, 1986) y una reactividad excesiva.
2. Como consecuencia de estas conductas problemáticas existe una disminución de la capacidad para afrontar y resolver los estímulos estresantes; la desmoralización que resulta de las escasas habilidades sociales y la prolongación de los problemas que no se resuelven, empeoran el estado de ánimo y la persona puede aislarse socialmente.
3. La depresión se intensifica con el tiempo por medio de la disminución de conductas reforzantes y se mantiene por la activación de los centros del sistema nervioso de respuesta al estrés.
4. Las personas se hartan del comportamiento depresivo y así pues, los problemas interpersonales se agravan y
5. La persona deprimida siente menos control sobre su estado de ánimo y sobre las circunstancias y surgen las percepciones de indefensión y desesperanza.

De acuerdo con el enfoque de Beck y sus colaboradores (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Wright, Thase, Beck y Ludgate, 1992) en un nivel muy simple, la depresión y los síntomas asociados con ésta se describen en términos cognitivos. La “cognición” se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y las representaciones mentales y el “contenido cognitivo” es el significado personal de los pensamientos e imágenes espontáneos que pasan por la mente de las personas. Los terapeutas cognitivos creen que la forma en que piensa la gente y la forma en que percibe su mundo influirán de manera importante en cómo se sienten las personas, las cuales pueden reaccionar de formas muy diferentes ante un estímulo debido a que pueden interpretar el acontecimiento de forma diferente.

La teoría cognitiva de Beck contiene cuatro elementos cognitivos clave (Perris, 1989):

1. La triada cognitiva, la cual consta de una visión negativa de uno mismo, el mundo y el futuro.
2. Ocurrencia de pensamientos automáticos negativos.
3. Ocurrencia de errores de forma sistemática en la percepción y el procesamiento de la información, y
4. Ocurrencia de suposiciones disfuncionales básicas, llamadas esquemas.

Esto es, que el contenido cognitivo de las personas deprimidas está lleno de puntos de vista negativos sobre sí mismos, el mundo y el futuro. Así las personas deprimidas se miran como inútiles, incapaces o incompetentes. Al mundo lo ven lleno de obstáculos y problemas sin solución y el futuro se ve negro y sin esperanza. Estos aspectos cognitivos explican parte de los síntomas característicos de la depresión, tales como apatía, indecisión, desamparo, fatiga, etc.

Los pensamientos automáticos negativos constituyen la clase de cogniciones que acompañan a la activación emocional y se experimentan como involuntarios e invasores. Son automáticos ya que la persona no percibe el proceso de interpretación sino sólo la consecuencia emocional del pensamiento. Ejemplos de los pensamientos automáticos negativos son: “soy un fracasado”, “no hay esperanza”, etc.

Las cogniciones y síntomas que están relacionados con la depresión se consideran en una relación recíproca (Teasdale, 1983). Los pensamientos negativos afectan la forma de pensar y sentir de una persona. El pensamiento perturbado de la depresión proviene del procesamiento equivocado o idiosincrásico de la información que nos llega (Beck, 1976; Haaga, Dick y Ernst, 1991). Los individuos deprimidos interpretan de forma errónea las situaciones asociando significados negativos a éstas o haciendo conclusiones pesimistas. De igual forma las personas deprimidas perciben más rechazo en situaciones en las que éste no existe y traen a su memoria de manera más fácil recuerdos negativos y descartan la información positiva. Los teóricos cognitivos han detectado un gran número de errores del procesamiento de la información en la depresión, errores que se relacionan con las opiniones disfuncionales de la persona sobre sí misma y que actúan confirmando las opiniones disfuncionales de sí mismo, que se encuentran en sus esquemas. De acuerdo con Beck algunos de los errores más importantes son los siguientes:

1. Razonamiento emocional. En este las personas suponen que sus emociones negativas reflejan la forma en cómo son las cosas.
2. Pensamiento absolutista dicotómico. Esto significa categorizar las cosas de maneras opuestas, por ejemplo, bueno o malo.
3. Abstracción selectiva. Se refiere a centrarse en un detalle muy específico sacado de su contexto y se ignoran otras características relevantes de la situación.

4. Inferencia arbitraria. Es llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia contraria.
5. Generalización excesiva. Esto es elaborar reglas generales a partir de hechos aislados y aplicarlo a situaciones relacionadas o no.
6. Magnificación y minimización. Se evalúa de forma incorrecta el significado o magnitud de un acontecimiento.
7. Personalización. Es atribuirse que fenómenos externos cuando no existe ninguna base para hacerlo.
8. Recuerdo selectivo. Aquí se recuerdan sólo cosas negativas que pueden afectar de forma importante la depresión.
9. Adivinación. Predecir acontecimientos negativos la mayoría de las veces.
10. Descalificación de lo positivo. Minimizar la importancia de la información positiva que contradice el estado depresivo, y
11. Etiquetado incorrecto. Poner etiquetas distorsionadas a las situaciones y reaccionar ante estas etiquetas en lugar de reaccionar ante la situación.

La reconciliación del estado afectivo con el significado aparente de la información puede terminar con la disonancia existente.

Por otra parte, los teóricos cognitivos inspirados en Piaget, han planteado que esquemas o constructos organizadores y más duraderos subyacen a la vulnerabilidad depresiva (Segal, 1988; Thase y Beck, 1992). Proponen que los esquemas o creencias centrales representan principios directrices que sirven para percibir e interpretar las nuevas experiencias. Los pensamientos erróneos se confirman de forma continua

debido a las distorsiones cognitivas, que sirven a la persona como directriz para evaluar lo que ocurre. Los esquemas con contenido negativo sobre pérdidas, fracaso, inadecuación, etc., constituyen la “diátesis” cognitiva. El modelo de diátesis-estrés sobre la depresión plantea que para los individuos que se deprimen de forma episódica, los esquemas relevantes se mantienen en reposo hasta que estos son activados por un estímulo estresante. La percepción e interpretación del significado de este acontecimiento estresante provoca cambios en el proceso de la información, cambios que clarifican e intensifican el darse cuenta de la experiencia amenazante (Thase y Beck, 1992). De esta forma, la persona se encuentra con una menor capacidad para evitar los errores cognitivos, para concentrarse o razonar. Igualmente se disminuyen las funciones correctoras que permiten comprobar la realidad y refinar los conceptos globales. Los esquemas se crean cuando se interactúa con el entorno y las experiencias. Los esquemas depresivos tienen que ver con la desaprobación.

También se ha propuesto un conjunto intermedio de estructuras cognitivas, llamadas actitudes disfuncionales o creencias nucleares, que proporcionan reglas de comportamiento rígidas o absolutistas, que compensan los esquemas depresivos. De igual manera, el modelo reformulado de la indefensión aprendida sobre la depresión, propone una amplia predisposición actitudinal para aumentar el riesgo de la depresión frente a la adversidad. Se ha demostrado que es más probable que los sujetos predispuestos a la depresión atribuyan los acontecimientos negativos a factores internos, estables y globales.

- Teorías biológicas.

La biología de la depresión puede entenderse mejor si se considera como una falta de regulación básica de uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales:

1. Facilitación conductual. Representa los sustratos neurales de las conductas exploratorias, de búsqueda, dirigidas a un fin y de consumación (Depue y Spoont, 1986). Los datos clínicos sobre la facilitación conductual deteriorada en la depresión es

amplia: la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés, la inhibición de la voluntad, movimientos psicomotores lentos y la falta de energía, todo esto indicaría un estado deficitario que implica a este sistema. El papel de los tractos dopaminérgicos que van del tegméntum ventral al núcleo accumbens y el córtex prefrontal han sido el foco de atención en la investigación que está dirigida a entender el déficit de la conducta hedonista y las conductas dirigidas hacia un fin (Depue y Spoont, 1986; Wilner, 1993).

2. Inhibición conductual (Gray, 1991). Se refiere a los procesos neurobiológicos interrelacionados que permiten la moderación, inhibición de las respuestas excesivas y la tranquilidad después de la excitación. Ejemplos clínicos del deterioro de la “inhibición” en la depresión incluyen las perturbaciones del sueño, la irritabilidad, la agitación psicomotora y las rumiaciones depresivas. La mayoría de los modelos neurobiológicos de la inhibición conductual se centran en el papel de los tractos serotoninérgicos que provienen del núcleo del rafe del puente (Depue y Spoont, 1986; Gray, 1991).

3. Responsividad patológica al estrés. La respuesta alterada al estrés está bien establecida en la depresión, en especial en las subformas clínicas más graves (Friedman, Clark y Gershon, 1992; Gold, Goodwin y Chrousos, 1988; Holsboer, 1992; Stokes y Sikes, 1987). La respuesta aguda al estrés implica la interacción entre el eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical (HPA) y el eje simpaticoadrenomedular. Así, la percepción de la amenaza o la ansiedad activa de forma simultánea el locus coeruleus, el principal núcleo de noradrenalina del cerebro, y la liberación de adrenocorticotropina por parte de la pituitaria. La respuesta resultante de “lucha o huye” se caracteriza por un aumento de los niveles periféricos de la noradrenalina y sus metabolitos y por hipercortisolemia.

4. Ritmos biológicos. Algunas investigaciones apoyan el papel de una anormal demora de fase en las depresiones estacionales o invernales (Sack, Lewy, White, Singer, Fireman, y Van Diver, 1990), que muy a menudo son hipersomnolientas. El embotamiento y desorganización de los ritmos circadianos parece ser más grave en

depresiones crónicas. Ehlers, Frank y Kupfer, (1988) han propuesto que la desorganización de las rutinas diarias que ayudan a mantener los ritmos biológicos, llamados dispensadoras de tiempo social, juegan un papel importante en la desestabilización de los ritmos circadianos en la depresión.

5. Procesamiento ejecutivo cortical de la información. Las perturbaciones de los procesos corticales ejecutivos representan la anormalidad sistémica que ha sido reconocida más recientemente en la depresión. Las funciones corticales ejecutivas incluyen la planificación, la abstracción, la solución de problemas y otras capacidades cognitivas que requieren esfuerzo. Un hipocampo y una corteza prefrontal intactos son esenciales para una función cognitiva ejecutiva.

Estas anormalidades pueden ser heredadas, adquiridas o pueden desarrollarse como una interacción de los sucesos estresantes de la vida y pautas específicas de vulnerabilidad neurobiológica.

3.5.1 Instrumentos que miden depresión.

Algunas de las medidas más utilizadas por los clínicos son:

- La Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (*Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD*; Hamilton, 1960). Tiene 17 ítems que evalúan el estado depresivo como: síntomas vegetativos, cognitivos y ansiedad comórbida. Buena fiabilidad entre evaluadores y sensible a los cambios durante tratamiento.
- La Escala Montgomery-Asberg para la Evaluación de la Depresión (*Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS*; Montgomery y Asberg, 1979). Buena fiabilidad entre evaluadores y sensible a los cambios durante tratamiento.

- Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*; Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961). Tiene fiabilidad test-retest y es sensible ante cambios en tratamiento.
- Test de Depresión (D), elaborado por Ruth Axelrod Praes (1990). Validado y confiabilizado en una muestra mexicana de 1090 sujetos pertenecientes a diferentes niveles socioeconómicos (alto, medio y bajo). La prueba está constituida por una lista de 62 adjetivos, los cuales tienen un Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.94$. La forma de respuesta para el test es de tipo Likert, con 10 opciones que van de 1 que corresponde a “nada”, hasta 10, que corresponde a “mucho”. La prueba ha sido reestructurada por Mercado y cols. (En preparación) como una lista de verificación que contiene 65 adjetivos y cuya respuesta consiste en marcar el o los adjetivos que describan mejor como se siente el participante en el momento de contestar dicho test.

Medidas para la sintomatología asociada tenemos:

- Lista de Síntomas de Hopkins (*Hopkins Symptom Checklist*; Derogatis, 1977).
- Escala de Ansiedad de Hamilton (*Hamilton Anxiety Scale*; Hamilton, 1959).
- Escala de actitudes disfuncionales (*Dysfunctional Attitude Scale*; Weissman, 1979)

El funcionamiento general puede evaluarse mediante:

- En una escala de 0 a 100 con la “Escala de Evaluación Global” (*Global Assesment Scale*; Endicott, Spitzer, Fleiss y Cohen, 1976).

4. PLAN DE INVESTIGACIÓN.

4.1 Objetivo.

Los objetivos de esta investigación son: conocer si existen diferencias significativas en las respuestas de hombres y mujeres de acuerdo con su estado conyugal (sin cónyuge y con cónyuge) en las variables Ira y Hostilidad, Ansiedad Manifiesta y Depresión.

4.2 Problemas de investigación.

1. ¿Existen diferencias significativas debidas a género en las respuestas al Inventario de Ira y Hostilidad, la Escala de Ansiedad Manifiesta y el Test de Depresión?
2. ¿Existen diferencias significativas debidas al estado conyugal en las respuestas al Inventario de Ira y Hostilidad, la Escala de Ansiedad Manifiesta y el Test de Depresión?
3. ¿Existe interacción significativa entre las variables género y estado conyugal en las respuestas al Inventario de Ira y Hostilidad, la Escala de Ansiedad Manifiesta y el Test de Depresión?

4.3 Variables.

Clasificadoras:

Género: Hombres y Mujeres.

Estado conyugal: sin cónyuge y con cónyuge.

Dependientes:

Inventario de Ira y Hostilidad:

- Calificación Total IIH.
- Factor 1 Indicadores fisiológicos.
- Factor 2 Falta de control.
- Factor 3 Ideología de poder.
- Factor 4 Hostilidad.
- Factor 5 Intolerancia/Exigencia.
- Factor 6 Victimización.
- Factor 7 Culpa.

Escala de Ansiedad Manifiesta:

- Calificación Total TMAS.
- Factor 1 Desesperanza.
- Factor 2 Inquietud.
- Factor 3 Dispersión.
- Factor 4 Sensibilidad.
- Factor 5 Anticipación.

Test de Depresión:

- Calificación Total D.
- Factor 1 Autoevaluación.
- Factor 2 Anhedonia.
- Factor 3 Desmotivación.
- Factor 4 Decepción.
- Factor 5 Irritabilidad.
- Factor 6 Apatía.

4.4 Definición conceptual.

Hostilidad: Conjunto de creencias y actitudes de matiz negativo y de destrucción que guían la conducta de un individuo. La hostilidad conlleva una preferencia por hacer evaluaciones negativas tanto de los individuos, del entorno y de los sucesos.

Ansiedad: mecanismo adaptativo que permite al organismo poner en marcha conductas de defensa y ésta aparece ante circunstancias que representan una amenaza o peligro real para el sujeto. La ansiedad patológica es diferente de la ansiedad normal, sólo por la intensidad, la frecuencia, la falta de pertinencia y anacronismo.

Depresión: De acuerdo con Beck (1973), la depresión es un patrón de modificaciones emotivas, cognitivas y conductuales. Se puede definir por sus siguientes características: una alteración específica del estado de ánimo, un concepto negativo de sí mismo, deseos de autocastigo, trastornos vegetativos y cambios en el nivel de actividad.

Estado conyugal: Condición de unión o matrimonio de la población de 12 y más años de acuerdo con las leyes o costumbres del país. En esta condición, las personas pueden considerarse como unidos si se declaran casados civilmente, casados religiosamente, casados civil y religiosamente o bien en unión libre; también se consideran no unidos, ya sea que se declaren divorciados, separados o viudos y finalmente pueden ser considerados como nunca unidos si se declaran solteros.

Factores del Inventario de Ira y Hostilidad (IIH).

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

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

Ideología del poder. Conjunto de creencias actitudes mediadoras en la emoción de la ira. Justifican el comportamiento de imposición, control y venganza. Actitudes y sentimientos de desprecio hacia otras personas.

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

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

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

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

Factores de la Escala de Ansiedad Manifiesta (TMAS).

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

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

Dispersión. Dificultad para focalizar la atención y concentrarse en actividades cotidianas.

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

Anticipación. Previsión de consecuencias inconvenientes.

Factores del Test de Depresión (D).

Autodevaluación. Juicio de menosprecio hacia si mismo.

Anhedonia. Desolación afectiva asociada con la imposibilidad de disfrutar la vida.

Desmotivación. Falta de energía e interés en las actividades cotidianas.

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

Irritabilidad. Tendencia a reaccionar negativamente con facilidad.

Apatía. Falta de vigor o energía.

4.5 Definición operacional.

Género: respuesta de los participantes a la pregunta de su sexo en la hoja de datos generales.

Estado conyugal: se agruparon las respuestas de los participantes de acuerdo con el siguiente criterio: las diferentes situaciones civiles sólo en 2, sin cónyuge y con cónyuge y quedaron de la siguiente forma:

Sin cónyuge: incluye solteros, divorciados, separados y viudos.

Con cónyuge: incluye casados y a las personas que viven en unión libre.

Las respuestas de los participantes para el Inventario de Ira y Hostilidad (IIH), la Escala de Ansiedad Manifiesta (TMA) y el Test de Depresión (D).

4.6 Hipótesis de trabajo.

1. H_1 Existen efectos significativos debido a la variable género en las variables del Inventario de Ira y Hostilidad, la Escala de Ansiedad Manifiesta y el Test de Depresión.

H_0 No existen efectos significativos debido a la variable género en las variables del Inventario de Ira y Hostilidad, la Escala de Ansiedad Manifiesta y el Test de Depresión.

2. H_2 Existen efectos significativos debido a la variable estado conyugal en las variables del Inventario de Ira y Hostilidad, la Escala de Ansiedad Manifiesta y el Test de Depresión.

H_0 No Existen efectos significativos debido a la variable estado conyugal en las variables del Inventario de Ira y Hostilidad, la Escala de Ansiedad Manifiesta y el Test de Depresión.

3. H_3 Existe interacción significativa entre las variables género y estado conyugal en las variables del Inventario de Ira y Hostilidad, la Escala de Ansiedad Manifiesta y el Test de Depresión.

H_0 No existe interacción significativa entre las variables género y estado conyugal en las variables del Inventario de Ira y Hostilidad, la Escala de Ansiedad Manifiesta y el Test de Depresión.

5. MÉTODO.

5.1 Tipo de investigación.

Esta investigación es de tipo correlacional pues se pretende conocer la relación entre las variables, *expostfacto* ya que no se manipularon las variables, sólo se estudiaron tal como éstas se presentaron.

5.2 Tipo de muestreo.

El muestreo fue no probabilístico, accidental o por conveniencia, debido a que la selección de los sujetos no depende de la probabilidad o del azar.

5.3 Sujetos.

973 hombres y mujeres de cuatro estados de la Republica Mexicana: Distrito Federal, Estado de México, Hidalgo y Morelos con un rango de edad comprendido entre los 13 y los 83 años, que aceptaron participar voluntariamente.

5.4 Instrumentos.

Hoja de datos generales. Se solicitaron datos sociodemográficos básicos: escolaridad, ocupación, tiempo de residencia, género y estado conyugal. Los cuestionarios se contestaron de forma anónima.

- Inventario de Ira y Hostilidad:

Inventario de Ira y Hostilidad (IIH) elaborado por Mercado y Colaboradores (En preparación) el cual ha sido validado y confiabilizado en una muestra de 1031 personas mexicanas. Son 70 reactivos agrupados factorialmente en 7 factores los cuales explican el 29% de la varianza: Factor 1 Indicadores fisiológicos, Factor 2 Falta de control,

Factor 3 Ideología de poder, Factor 4 Hostilidad, Factor 5 Intolerancia/Exigencia, Factor 6 Victimización, Factor 7 Culpa y la Calificación Total de IIH la cual se obtuvo sumando los siete factores anteriores. El instrumento tiene una confiabilidad, valorada mediante Alfa de Cronbach $\alpha = .903$

- Escala de Ansiedad Manifiesta De Taylor (TMAS).

Para evaluar la ansiedad se utilizó una versión de *La Escala De Ansiedad Manifiesta De Taylor (TMAS)* que fue creada por Janet Taylor en 1953. Esta prueba tiene su origen en el MMPI y el original de Taylor constaba de 50 reactivos. Se tradujo el reactivo “I am a high-strung person” como dos reactivos para la versión en español: “tengo la tendencia a tomar las cosas a pecho” y “soy muy enérgico”, se tomó como base la versión traducida y adaptada por el Doctor Gustavo Fernández. Se validó en población mexicana Mercado *et al* (en preparación) con 1075 personas, el análisis factorial con rotación varimax, agrupó únicamente 26 reactivos en 5 factores que son: Factor 1 Desesperanza, Factor 2 Inquietud, Factor 3 Dispersión, Factor 4 Sensibilidad, Factor 5 Anticipación, que explican el 28% de la varianza y la Calificación Total TMAS la cual se obtuvo sumando los 5 factores anteriores. El instrumento que se aplicó en esta investigación estuvo formado por 26 reactivos y cuenta con una confiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = .900$

- Test de Depresión (D).

Test de Depresión (D), elaborado por Ruth Axelrod Praes en 1990, validado y confiabilizado en una muestra mexicana de 1090 sujetos que pertenecían a diferentes niveles socioeconómicos (alto, medio y bajo). La prueba está constituida por una lista de 62 adjetivos, los cuales obtuvieron un Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.94$. La forma de respuesta para el desarrollo de Axelrod (1990) fue de tipo Likert, con 10 opciones que iban de 1 que correspondía a “nada”, hasta 10, que correspondía a “mucho”. La prueba fue reestructurada por Mercado y cols. (En preparación) como lista de verificación que contiene 65 adjetivos y cuya respuesta consiste en marcar el o los adjetivos que

describan mejor como se siente el participante en el momento de contestar dicho test. Se aplicó análisis de varianza con rotación varimax en el que se obtuvieron 6 Factores que agruparon a 44 reactivos y explicaron el 29.04% de la varianza, el Alfa de Cronbach fue de $\alpha = 0.938$. Los Factores son: Factor 1 Autodevaluación, Factor 2 Anhedonia, Factor 3 Desmotivación, Factor 4 Decepción, Factor 5 Irritabilidad, Factor 6 Apatía y por último la Calificación Total D que se obtuvo mediante la suma de los 6 factores anteriores.

5.5 Procedimiento.

Se solicitó ayuda para llevar a cabo las aplicaciones, las cuales se hicieron de manera grupal, en donde podía haber de 20 a 30 personas en cada uno de los grupos. En todos los casos se buscó en sus lugares de trabajo o escuelas para la aplicación del instrumento. Para ser incluidos en esta investigación fue necesario que contestaran el Inventario de Ira y Hostilidad (IIH), la Escala de Ansiedad Manifiesta (TMAS) y el Test de Depresión (D).

Las instrucciones fueron sencillas, sólo se les indicó que contestaran la hoja de datos generales y después pasaran a los demás cuestionarios, donde debían responder verdadero o falso. Los datos generales y los instrumentos se les facilitaron en un solo cuadernillo. El promedio de respuesta a todo el cuadernillo fue de 50 minutos.

En el Inventario de Ira y Hostilidad se pidió, sólo contestarán marcando una respuesta para cada pregunta con falso o verdadero de acuerdo con lo que pensará y pidiendo que ésta fuera lo más apegada a la realidad del participante.

En cuanto la Escala de Ansiedad Manifiesta, se presentaron afirmaciones sobre lo que la gente piensa y se pidió que marcarán verdadero, si se estaba de acuerdo con la afirmación siempre o en la mayoría de los casos y falso, si se estaba en desacuerdo siempre o en la mayoría de los casos.

En el Test de Depresión se proporcionó una lista de palabras, en su mayoría adjetivos, que hacen referencia a diversos estados de ánimo y se solicitó que marcaran con una "X" las que consideraran que describirían mejor como se sentía el participante el día en que contestaba los cuestionarios.

Se enfatizó en todos los casos (IIH, TMAS y D) que no había respuestas correctas o incorrectas y se pidió la mayor sinceridad posible por parte de los participantes.

6. RESULTADOS.

Se recolectaron los cuestionarios y se procedió a la captura de datos en una base en el programa SPSS para llevar a cabo los análisis estadísticos pertinentes. Se capturaron los cuestionarios que fueron contestados en su totalidad y se eliminaron los que no tenían los datos generales, los que tenían más del 15% de reactivos sin respuesta o el 85% de respuestas idénticas, ya que se consideró en este último caso, que las personas no estaban respondiendo al cuestionario, sino emitiendo una respuesta estereotipada.

Para analizar los datos de esta investigación, se sumaron frecuencias de respuesta por factor y total en cada una de las pruebas, se hizo un análisis de varianza de dos vías en el que las variables fueron: género y estado conyugal por factor de IIH, TMAS, D y para la calificación total.

En primer lugar se presentan los datos generales de la muestra y posteriormente el análisis de varianza de dos vías para ira-hostilidad, ansiedad y depresión.

6.1 Muestra.

La muestra está constituida por 973 participantes, residentes de los estados de la República Mexicana: Distrito Federal 327 personas (34.3%), Estado de México 66 (6.9%), Hidalgo 503 (52.7%) y Morelos 58 (6.1%). El rango de edad va de los 13 a los 83 años. En el total de la muestra se cuenta con 440 hombres (45.6%) y 525 mujeres (54.4%). La mayoría de estas personas 830, lo que representa el 90.1%, han vivido cinco años o más en el mismo estado.

En la tabla 1 se puede observar la distribución de frecuencias y el porcentaje de los participantes según su estado civil de acuerdo con la clasificación: soltero, casado, divorciado, separado, viudo y unión libre.

Tabla 1. Distribución de frecuencias y porcentajes de estado civil.

Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	489	50.8
Casado	371	38.5
Divorciado	13	1.3
Separado	28	2.9
Viudo	21	2.2
Unión libre	41	4.3
Total	963	
Perdidos	10	
Total	973	

Para fines de esta investigación, se decidió colocar estas respuestas en solo dos grupos: sin cónyuge (soltero, divorciado, separado y viudo) y con cónyuge (casados y personas que viven en unión libre), esto de acuerdo con la definición del INEGI:

“Estado conyugal: Condición de unión o matrimonio de la población de 12 y más años de acuerdo con las leyes o costumbres del país. Las personas pueden considerarse como unidos si se declaran casados civilmente, casados religiosamente, casados civil y religiosamente o en unión libre y se consideran no unidos, ya sea que se declaren divorciados, separados o viudos”. Las frecuencias para estado conyugal son: sin cónyuge 551 personas (57.2%) y con cónyuge 412 que representan el 42.8%

Tabla 2. Distribución de frecuencias y porcentajes de escolaridad.

Escolaridad		
	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	70	7.3
Secundaria	100	10.4
Preparatoria	105	10.9
Carrera técnica	127	13.2
Profesional	518	53.7
Posgrado	30	3.1
Ninguna	15	1.6
Total	965	
Perdidos	8	
Total	973	

Los niveles escolares reportados por los participantes se muestran en la tabla 2 donde se observa que el nivel escolar con mayor porcentaje es el profesional, con 518 personas y un 53.7%. En esta muestra existen estudiantes de licenciatura que aunque se encontrarán en los primeros semestres de la carrera, se consideraron en el nivel profesional.

Tabla 3. Distribución de frecuencias y porcentajes de ocupación.

Ocupación		
	Frecuencia	Porcentaje
Obrero	121	12.9
Empleado	159	17.0
Comerciante	22	2.3
Estudiante	386	41.2
Profesionista	141	15.0
Ama de casa	69	7.4
Desempleado	22	2.3
Pensionado/Jubilado	5	.5
Otro	13	1.4
Total	938	
Perdidos	35	
Total	973	

En tanto a la ocupación, se muestra cada una con su frecuencia y porcentaje en la tabla 3 en la cual los mayores porcentajes lo ocupan: 386 estudiantes que representan un 41.2%, 159 empleados el 17.0% y 141 profesionistas el 15.0%

6.2 Análisis de varianza de dos vías.

Se realizaron análisis de varianza de dos vías donde uno de los factores es género y el otro estado conyugal (sin cónyuge N= 551 y con cónyuge N= 412), para las variables dependientes de ira y hostilidad, ansiedad y depresión.

Únicamente se informa los resultados significativos y se presentan en apartados separados para cada una de las variables. Los resultados se presentan como sigue:

- 1) Una tabla en donde se muestran las medias de cada grupo en cada variable dependiente factores de IIH, TMAS y D.
- 2) Una segunda tabla donde se muestran las medias agrupadas por género y por estado conyugal en cada factor de IIH, TMAS y D.
- 3) Una última tabla que muestra los resultados del análisis de varianza para cada factor de IIH, TMAS y D: la suma de cuadrados, F y probabilidad de los efectos principales e interacciones significativos.
- 4) Las figuras con el puntaje obtenido de medias para cada factor de IIH, TMAS Y D.

6.2.1 IRA-HOSTILIDAD.

Los resultados del análisis de varianza de la variable ira–hostilidad se presentan en la tabla 4 donde se muestran las medias por género y estado conyugal con cada una de las variables de IIH.

Tabla 4. Medias de ira-hostilidad, por género y estado conyugal para los diferentes factores de IIH y la calificación total.

Factores IIH	Género	\bar{X} Sin cónyuge	\bar{X} Con cónyuge
Calificación Total CI	Hombres	26.19	24.97
	Mujeres	27.28	27.25
Indicadores Fisiológicos.	Hombres	3.64	3.25
	Mujeres	4.82	4.80
Falta de control.	Hombres	3.05	3.15
	Mujeres	3.59	3.52
Ideología del poder.	Hombres	3.48	2.75
	Mujeres	2.76	2.16
Hostilidad.	Hombres	2.96	2.66
	Mujeres	3.25	3.18
Intolerancia/exigencia	Hombres	5.66	5.49
	Mujeres	5.45	6.11
Victimización.	Hombres	5.17	4.86
	Mujeres	5.49	5.28
Culpa.	Hombres	2.20	2.78
	Mujeres	1.89	2.15

Tabla 5. Medias agrupadas por género y por estado conyugal para cada factor de IIH.

Factores Ira-hostilidad (IIH)	\bar{X} TOTAL
Calificación total CI	
• Sin cónyuge	26.82
• Con cónyuge	26.10
• Hombres	25.62
• Mujeres	27.26
Indicadores Fisiológicos	
• Sin cónyuge	4.32
• Con cónyuge	4.02
• Hombres	3.46
• Mujeres	4.81
Falta de control	
• Sin cónyuge	3.36
• Con cónyuge	3.33
• Hombres	3.09
• Mujeres	3.57
Ideología de poder	
• Sin cónyuge	3.06
• Con cónyuge	2.46
• Hombres	3.14
• Mujeres	2.53
Hostilidad	
• Sin cónyuge	3.13
• Con cónyuge	2.92
• Hombres	2.82
• Mujeres	3.22
Intolerancia/exigencia	
• Sin cónyuge	5.54
• Con cónyuge	5.80
• Hombres	5.58
• Mujeres	5.71
Victimización	
• Sin cónyuge	5.35
• Con cónyuge	5.07
• Hombres	5.02
• Mujeres	5.41
Culpa	
• Sin cónyuge	2.02
• Con cónyuge	2.47
• Hombres	2.47
• Mujeres	1.99

A continuación se presenta el resultado del análisis de varianza para los factores de IIH y las variables estado conyugal y género.

Tabla 6. Resultados significativos del análisis de varianza. Suma de cuadrados, F y probabilidad de los efectos principales significativos en los análisis de varianza de los factores de IIH.

Efectos principales IIH	Factores	Suma de cuadrados tipo III	F	gl	P
Estado conyugal	Ideología de poder	102.47	18.80	1, 951	.000
	Culpa	40.84	31.26	1, 951	.000
Género	Indicadores fisiológicos	428.82	31.769	1, 951	.000
	Falta de control	49.11	7.087	1, 951	.008
	Ideología de poder	98.39	18.058	1, 951	.000
	Hostilidad	38.07	8.149	1, 951	.004
	Victimización	31.55	4.551	1, 951	.033
	Culpa	50.94	38.996	1, 951	.000
Estado conyugal* género	Intolerancia/exigencia	40.984	7.005	1, 951	.008
	Culpa	6.373	4.878	1, 951	.027

El factor estado conyugal produjo efectos significativos en las variables:

- Ideología de poder (F= 18.80; 1, 951 gl y P<.000). En la figura 1 se puede observar como las personas con cónyuge \bar{X} =2.46, presentan menos las características de este factor que las personas sin cónyuge \bar{X} = 3.06

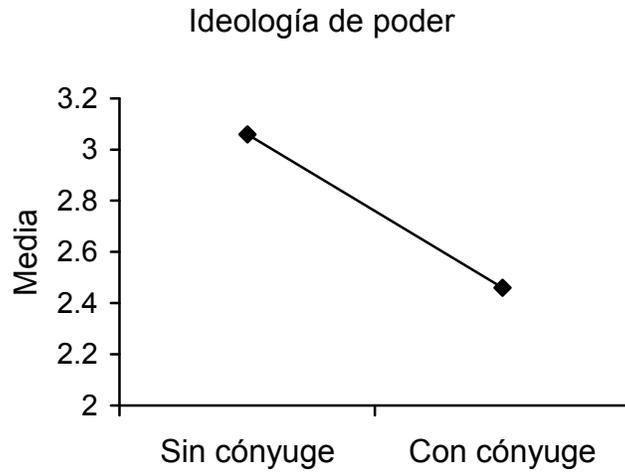


Figura 1. Medias del factor ideología de poder por estado conyugal.

- Culpa (F= 31.26; 1, 951 gl y P<.000). Para el factor culpa se observa en la figura 2, que las personas con cónyuge $\bar{X} = 2.47$ pueden presentar más las características de este factor a diferencia de las personas sin cónyuge $\bar{X} = 2.02$

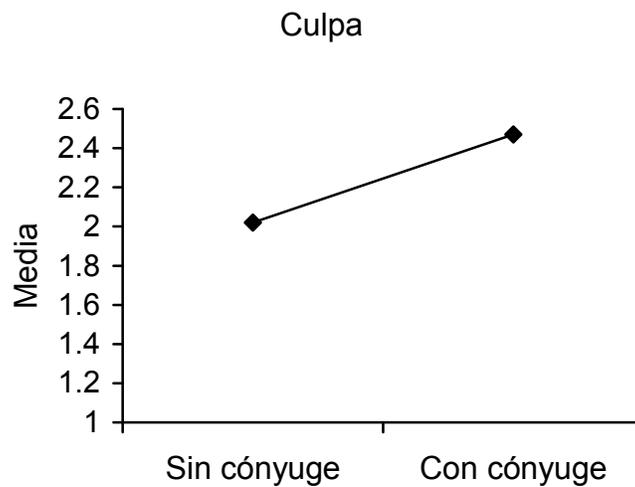


Figura 2. Medias del factor culpa por estado conyugal.

El factor género produjo efectos significativos en las variables:

- Indicadores fisiológicos ($F= 31.76$; 1, 951 gl, y $P<.000$) obsérvese la figura 3, donde tenemos que la media de los puntajes de las mujeres es $\bar{X} = 4.81$ mayor que la de los hombres $\bar{X} = 3.46$

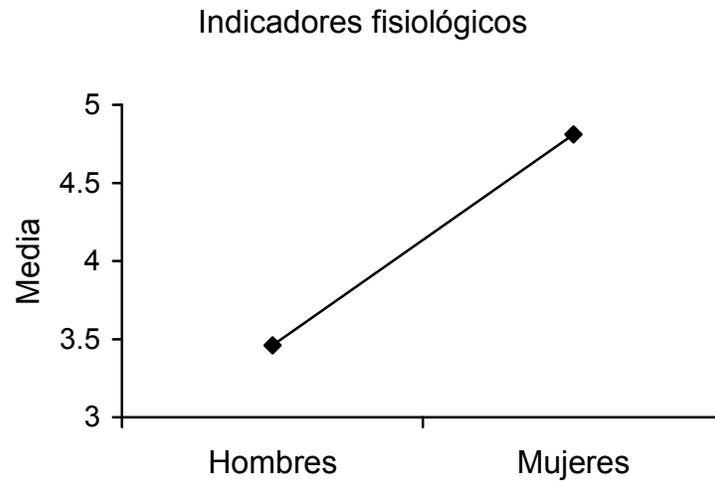


Figura 3. Medias obtenidas por hombres y mujeres para el factor Indicadores fisiológicos.

- Falta de control ($F= 7.08$; 1, 951 gl, y $P<.008$), en la figura 4 se aprecia que las mujeres $\bar{X} = 3.57$ presentan más falta de control que los hombres $\bar{X} = 3.09$

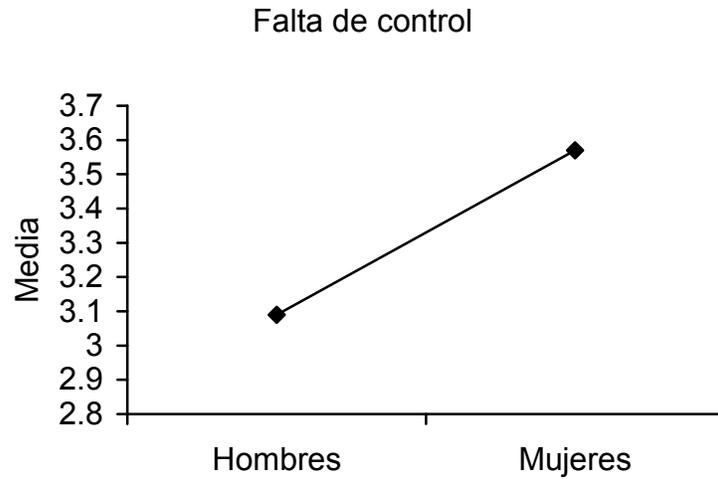


Figura 4. Medias obtenidas por hombres y mujeres en el factor falta de control.

- Ideología de poder ($F= 18.05$; 1, 951 gl, y $P<.000$), como se puede observar en la figura 5, para esta característica los hombres $\bar{X} = 3.14$ son los que tienen medias de los puntajes más altas que las mujeres $\bar{X} = 2.53$

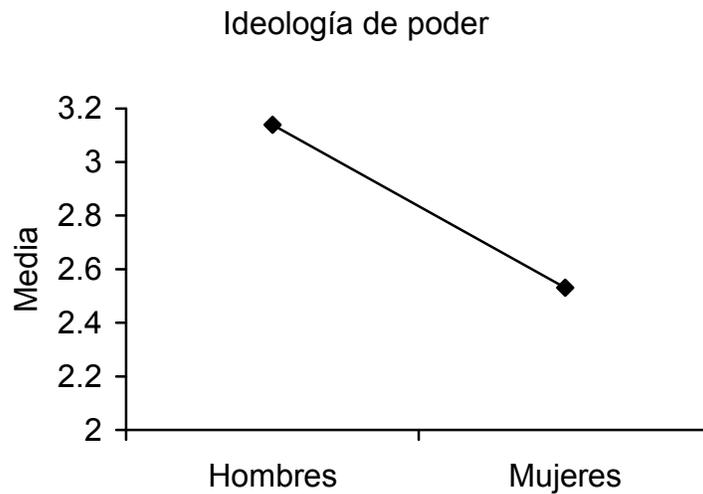


Figura 5. Medias obtenidas por hombres y mujeres en el factor ideología de poder.

- Hostilidad ($F= 8.14$; 1, 951 gl, y $P<.004$), las mujeres $\bar{X} = 3.22$ aunque por muy poco se encuentran por arriba de los hombres $\bar{X} = 2.82$ en este factor de IIH, obsérvese la figura 6.

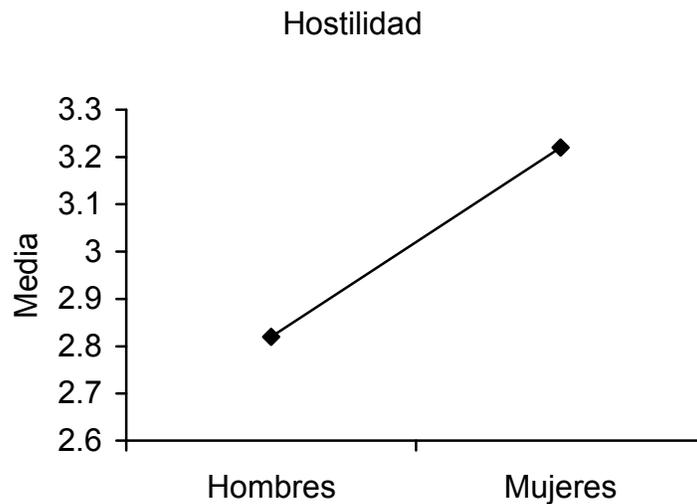


Figura 6. Medias obtenidas por hombres y mujeres para el factor hostilidad.

- Victimización ($F= 4.55$; 1, 951 gl, y $P<.033$) en la figura 7 se observa que las mujeres $\bar{X} = 5.41$ pueden presentar más esta característica que los hombres $\bar{X} = 5.02$

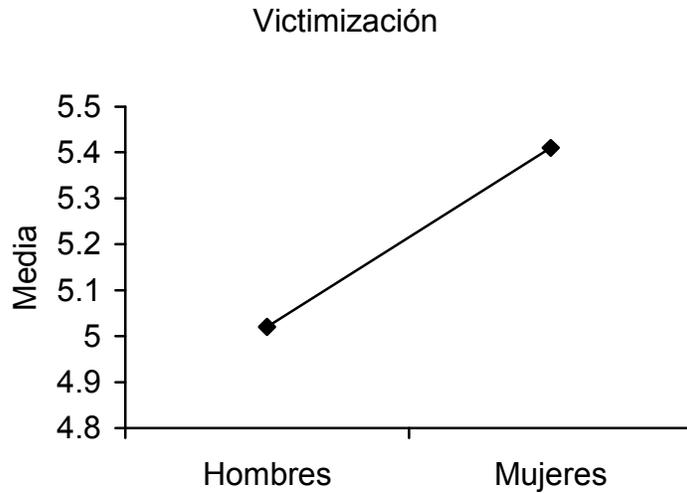


Figura 7. Medias obtenidas por hombres y mujeres para el factor victimización.

- Culpa ($F= 38.99$; 1, 951 gl, y $P<.000$) en la figura 8 obsérvese que la media de los puntajes de los hombres $\bar{X} = 2.47$ esta por arriba de la de las mujeres $\bar{X} = 1.99$ en este factor de CI, por lo cual los varones de esta muestra presentan mas culpa.

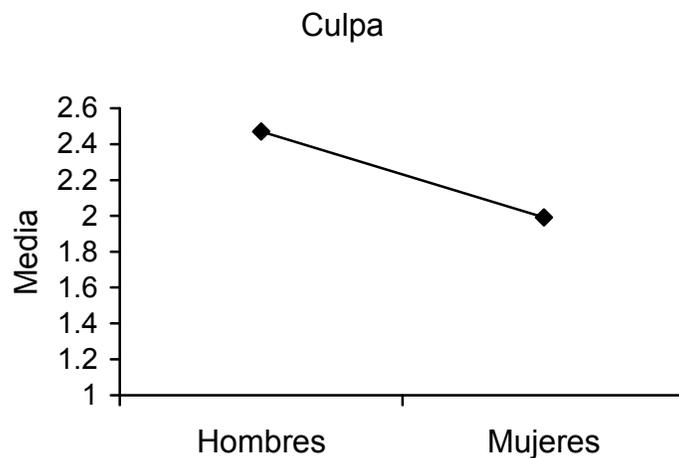


Figura 8. Medias obtenidas por hombres y mujeres para el factor culpa.

El análisis arrojó dos interacciones significativas estado conyugal por género, que fueron en los factores:

- Intolerancia/exigencia (F= 7.005; 1,951 gl y P<.008). En la figura número 9 se observa que la interacción se debe a que las medias de los puntajes de las mujeres son muy diferentes, dependiendo de si tienen o no cónyuge y son mayores cuando lo tienen, las medias de los hombres son más cercanas y mayores cuando no tienen cónyuge. Las mujeres sin cónyuge tienen una media menor $\bar{X}=5.45$ que los hombres con cónyuge $\bar{X}=5.49$ y sin cónyuge $\bar{X}=5.66$, y que las que más presentan esta característica son las mujeres que tienen una pareja estable (con cónyuge) $\bar{X}=6.11$. Con lo cual podríamos suponer que los hombres con cónyuge son menos intolerantes/exigentes que cuando están sin cónyuge a diferencia de las mujeres que son más intolerantes cuando tienen pareja estable (con cónyuge) que cuando están solas (sin cónyuge).

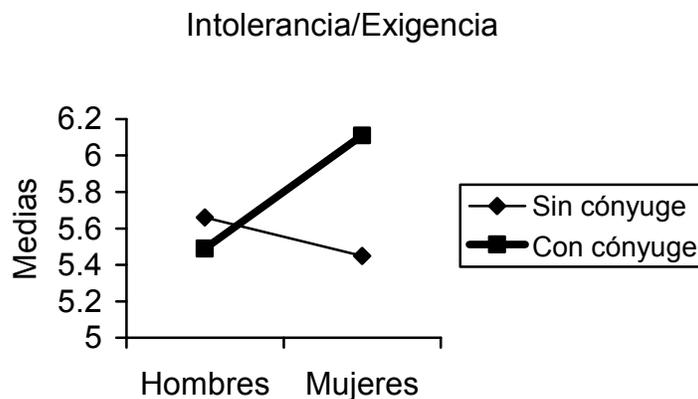


Figura 9. Medias obtenidas por hombres y mujeres, sin cónyuge y con cónyuge para el factor intolerancia/exigencia.

- Culpa (F= 4.87; 1,951 gl y P<.027). En la figura 10 podemos observar que las personas que tienen una situación de pareja estable presentan más culpa que las personas que están solas y esta diferencia es mayor en los hombres que en

las mujeres. Obsérvese que para los hombres ($\bar{X}=2.78$) y mujeres ($\bar{X}=2.15$) con cónyuge hay una media mayor que para los hombres $\bar{X}=2.20$ y mujeres $\bar{X}=1.89$ sin cónyuge, lo cual implicaría que en cuanto a la culpa, que las personas sin cónyuge tienen menos culpa.

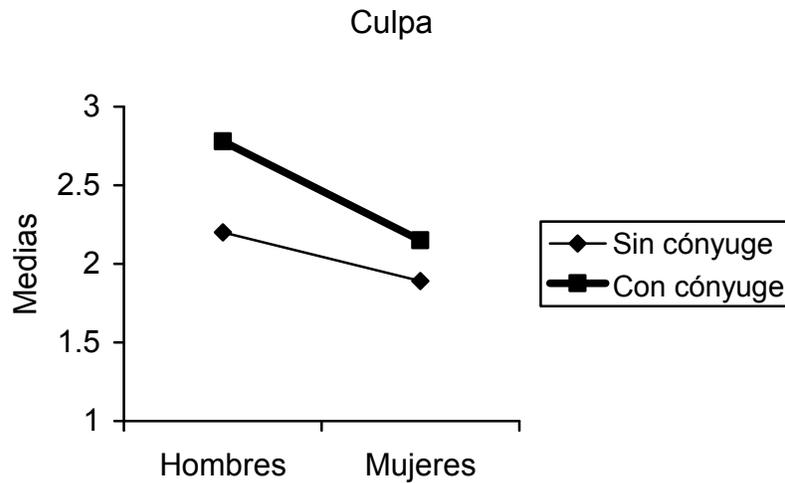


Figura 10. Medias obtenidas por hombres y mujeres, sin cónyuge y con cónyuge para el factor culpa.

En general, los hombres ya sea con o sin cónyuge, presentan medias de los puntajes menores a diferencia de las mujeres para ambos estados conyugales, en los factores: indicadores fisiológicos, falta de control, hostilidad y victimización. Lo que indicaría que ellos presentan menos ira y hostilidad que las mujeres. En tanto que para ideología de poder y culpa ellos están por encima de las mujeres.

6.2.2 ANSIEDAD.

Los resultados del análisis de varianza de la variable Ansiedad se presentan en la tabla 7 donde se muestran las medias por género y estado conyugal en cada uno de los factores de TMAS y la calificación total.

Tabla 7. Medias de ansiedad, por género y estado conyugal para los diferentes factores de TMAS y la calificación total.

Factores TMAS	Género	\bar{X} Sin cónyuge	\bar{X} Con cónyuge
Calificación Total TMAS	Hombres	7.46	6.43
	Mujeres	9.58	9.23
Desesperanza.	Hombres	2.11	1.46
	Mujeres	2.79	2.49
Inquietud.	Hombres	1.26	1.07
	Mujeres	1.47	1.49
Dispersión.	Hombres	.76	.39
	Mujeres	.83	.59
Sensibilidad.	Hombres	2.26	2.35
	Mujeres	3.12	3.33
Miedo.	Hombres	1.06	1.14
	Mujeres	1.36	1.32

Tabla 8. Medias por estado conyugal y por género para cada uno de los factores de TMAS.

Factores TMAS	\bar{X} TOTAL
Calificación total TMAS	
• Sin cónyuge	8.69
• Con cónyuge	7.83
• Hombres	6.98
• Mujeres	9.45
Desesperanza	
• Sin cónyuge	2.50
• Con cónyuge	1.97
• Hombres	1.80
• Mujeres	2.67
Inquietud	
• Sin cónyuge	1.38
• Con cónyuge	1.28
• Hombres	1.17
• Mujeres	1.47
Dispersión	
• Sin cónyuge	.80
• Con cónyuge	.49
• Hombres	.59
• Mujeres	.73
Sensibilidad	
• Sin cónyuge	2.76
• Con cónyuge	2.84
• Hombres	2.30
• Mujeres	3.20
Anticipación	
• Sin cónyuge	1.23
• Con cónyuge	1.23
• Hombres	1.10
• Mujeres	1.35

A continuación se presenta el resultado del análisis de varianza para los factores de TMAS y las variables estado conyugal y género.

Tabla 9. Resultados significativos del análisis de varianza. Suma de cuadrados, la F, grados de libertad y probabilidad, resultado del análisis de varianza.

Efectos Principales TMAS	Factores	Suma de Cuadrados Tipo III	F	gl	p
Estado conyugal	Desesperanza.	51.90	9.82	1, 951	.002
	Dispersión.	21.11	22.16	1, 951	.000
Género	Desesperanza.	169.64	32.12	1, 951	.000
	Inquietud.	22.46	13.03	1, 951	.000
	Dispersión.	4.11	4.31	1, 951	.038
	Sensibilidad.	195.93	54.48	1, 951	.000
	Anticipación.	13.49	10.94	1, 951	.001
	Calificación Total TMAS	1403.52	40.02	1, 951	.000

El factor estado conyugal produjo efectos significativos en las variables:

- Desesperanza (F= 9.82; 1, 951 gl y P<.002) En la figura 11, se puede observar que para el primer factor de la escala de ansiedad, las personas sin cónyuge tienen una media mayor $\bar{X} = 2.50$ que las personas con una relación de pareja estable $\bar{X} = 1.97$.

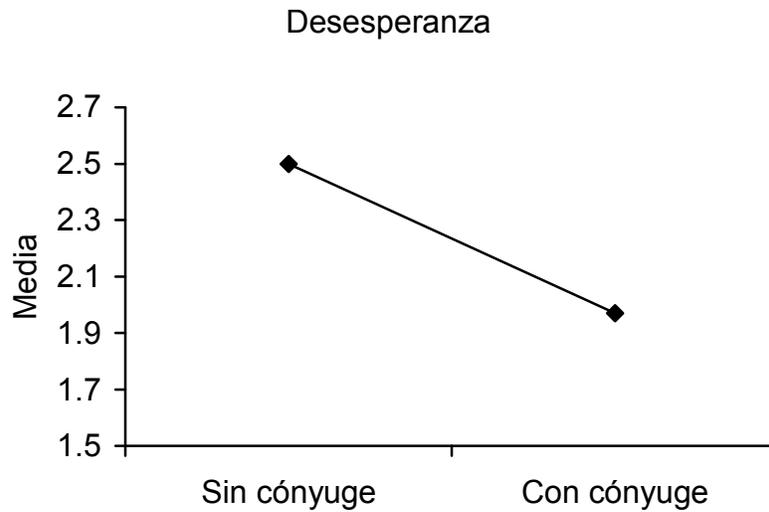


Figura 11. Medias del factor desesperanza por estado conyugal.

- Dispersión ($F= 22.16$; 1, 951 gl y $P<.000$) obsérvese en la figura 12 que para este factor, las personas sin una relación estable de pareja (sin cónyuge) tienen una media mayor $\bar{X} = .80$ a diferencia de las personas con cónyuge $\bar{X} = .49$

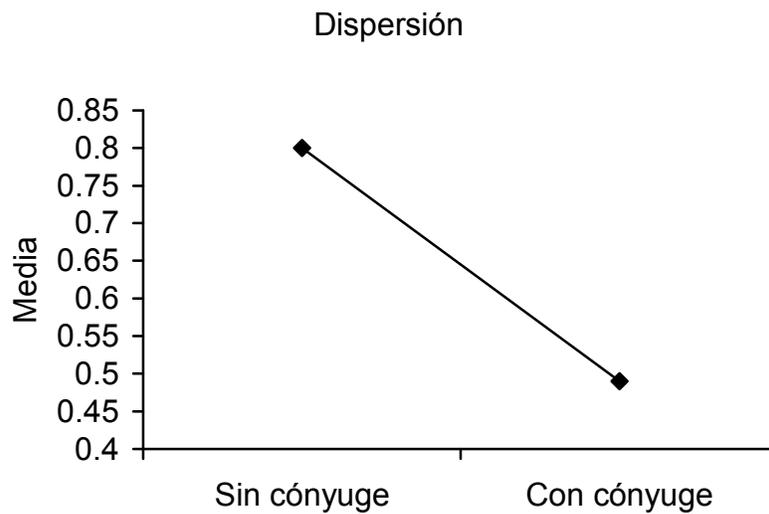


Figura 12. Medias del factor dispersión por estado conyugal.

El factor género produjo efectos en las variables:

- Desesperanza ($F= 32.12$; 1, 951 gl y $P<.000$) en la figura 13 se puede observar que las mujeres $\bar{X} = 2.67$ son quienes presentan más esta característica que los hombres $\bar{X} = 1.80$

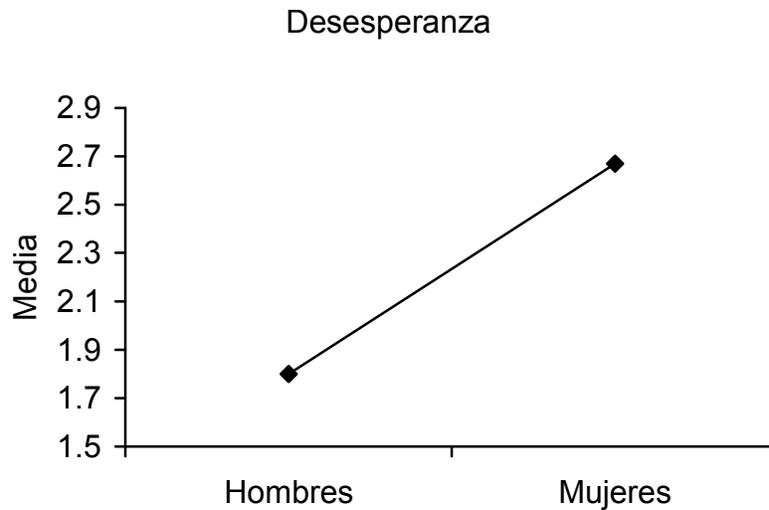


Figura 13. Medias obtenidas por hombres y mujeres para el factor desesperanza.

- Inquietud ($F= 13.03$; 1, 951 gl y $P<.000$) la figura 14 muestra que las mujeres tienen una media mayor $\bar{X} = 1.47$ que los hombres $\bar{X} = 1.17$, lo cual indica que presentan más las características de este factor.

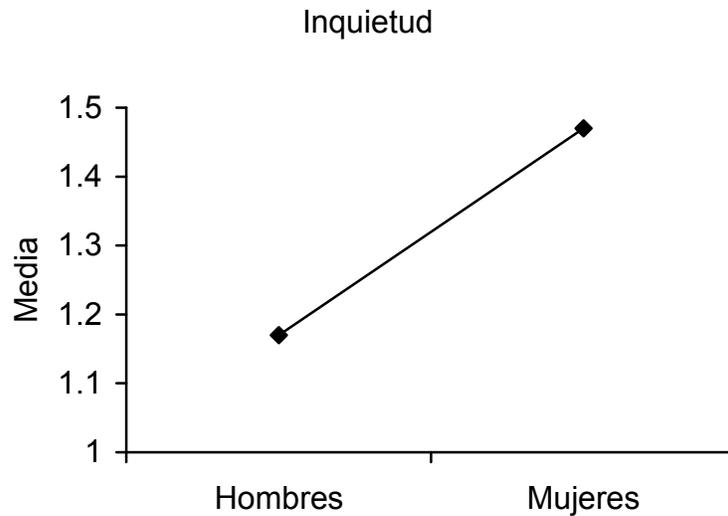


Figura 14. Medias obtenidas por hombres y mujeres para el factor inquietud.

- Dispersión ($F= 4.31$; 1, 951 gl y $P<.038$) la figura 15 correspondiente a dispersión, muestra que las mujeres $\bar{X} = .73$ son las que tienen puntajes mayores a diferencia de los hombres $\bar{X} = .59$

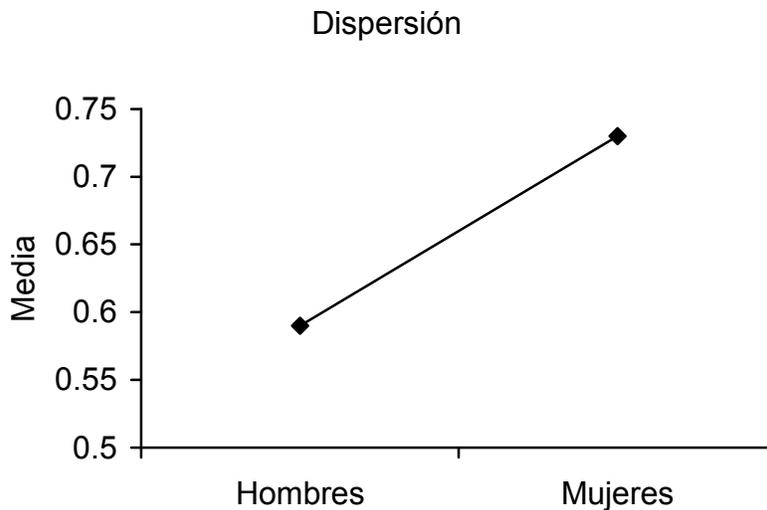


Figura 15. Medias obtenidas por hombres y mujeres para el factor dispersión.

- Sensibilidad ($F= 54.48$; 1, 951 gl y $P<.000$) en la figura 16, que corresponde a sensibilidad, se puede ver que las mujeres tienen una media mayor $\bar{X} = 3.20$ que los hombres $\bar{X} = 2.30$, lo cual indica que presentan más esta característica.

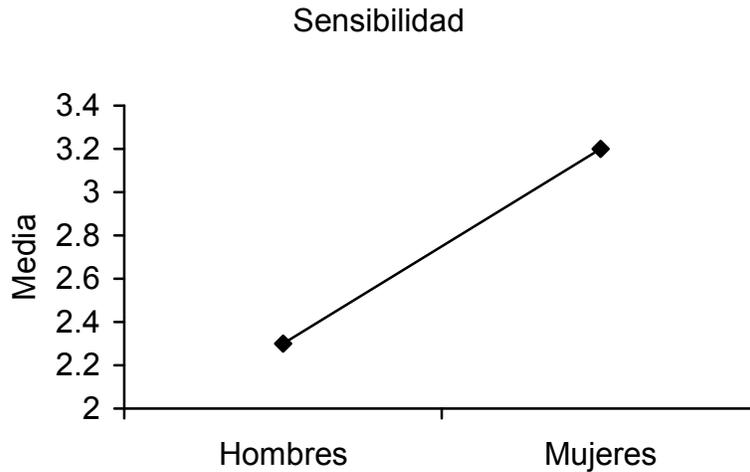


Figura 16. Medias obtenidas por hombres y mujeres para el factor sensibilidad.

- Anticipación ($F= 10.94$; 1, 951 gl y $P<.001$) en lo concerniente a este factor, obsérvese la figura 17, donde se ve que las mujeres tienen una media mayor $\bar{X} = 1.35$ a los hombres, los cuales tienen $\bar{X} = 1.10$

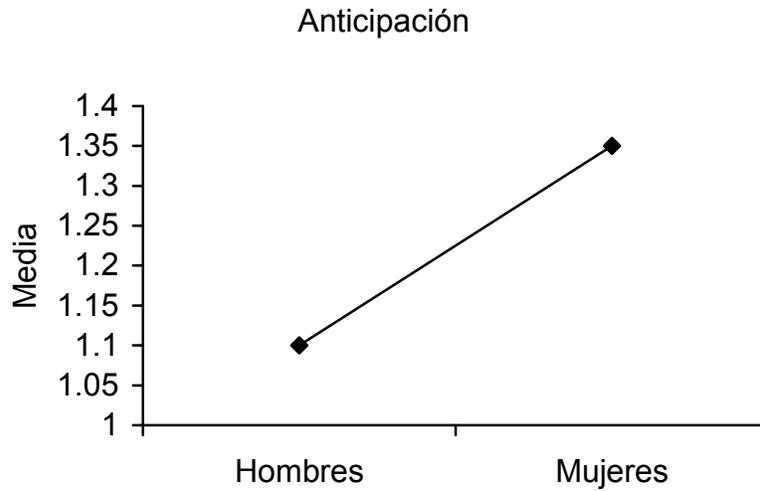


Figura 17. Medias obtenidas por hombres y mujeres para el factor anticipación.

- Calificación total TMAS (F= 40.02; 1, 951 gl y P<.000) Para este factor se puede ver en la figura 18 que las mujeres están por arriba $\bar{X} = 9.45$ de los hombres $\bar{X} = 6.98$ en las medias, en esta muestra las que tienen mayor riesgo de presentar ansiedad son las mujeres.

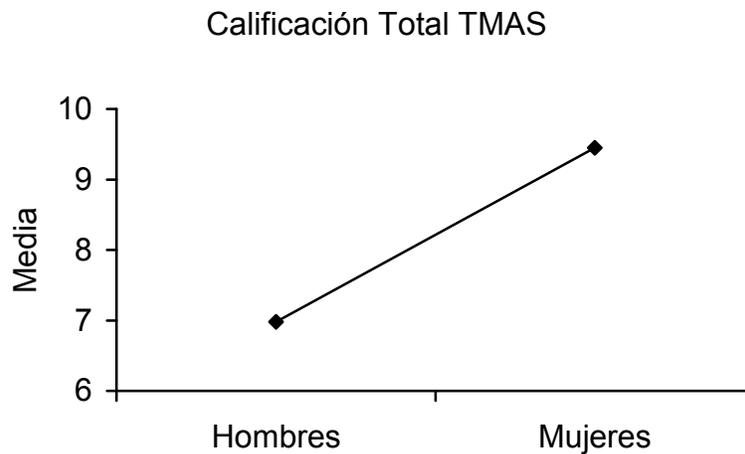


Figura 18. Medias obtenidas por hombres y mujeres para la calificación total TMAS.

En todos los factores correspondientes a TMAS los hombres tienen puntajes menores en las medias obtenidas a diferencia de las mujeres que están por encima en todos los casos. Esto nos indicaría que los hombres, en general, son menos ansiosos que las mujeres.

6.2.3 DEPRESIÓN.

Los resultados del análisis de varianza de la variable Depresión se presentan en la tabla 10 donde se muestran las medias por género y estado conyugal con cada uno de los factores de D.

Tabla 10. Medias de depresión, por género y estado conyugal para los diferentes factores de D y la calificación total.

Factores D	Género	\bar{X} Sin cónyuge	\bar{X} Con cónyuge
Calificación Total D	Hombres	3.43	2.11
	Mujeres	4.78	3.66
Autodevaluación.	Hombres	.50	.33
	Mujeres	.75	.51
Anhedonia.	Hombres	.75	.46
	Mujeres	1.36	.88
Desmotivación.	Hombres	1.36	.78
	Mujeres	1.57	1.20
Decepción.	Hombres	.28	.15
	Mujeres	.39	.39
Irritabilidad.	Hombres	.23	.20
	Mujeres	.28	.28
Apatía.	Hombres	.29	.16
	Mujeres	.41	.38

Tabla 11. Medias totales para cada uno de los factores de TMAS y cada una de las variables.

Factores TMAS	\bar{X} TOTAL
Calificación total D	
• Sin cónyuge	4.21
• Con cónyuge	2.88
• Hombres	2.81
• Mujeres	4.34
Autodevaluación	
• Sin cónyuge	.64
• Con cónyuge	.42
• Hombres	.42
• Mujeres	.66
Anhedonia	
• Sin cónyuge	1.10
• Con cónyuge	.67
• Hombres	.61
• Mujeres	1.17
Desmotivación	
• Sin cónyuge	1.48
• Con cónyuge	.99
• Hombres	1.09
• Mujeres	1.42
Decepción	
• Sin cónyuge	.34
• Con cónyuge	.27
• Hombres	.22
• Mujeres	.39
Irritabilidad	
• Sin cónyuge	.26
• Con cónyuge	.24
• Hombres	.21
• Mujeres	.28
Apatía	
• Sin cónyuge	.36
• Con cónyuge	.27
• Hombres	.23
• Mujeres	.40

A continuación se presenta el resultado del análisis de varianza para los factores de D y las variables estado conyugal y género.

Tabla 12. Resultados significativos del análisis de varianza. Suma de cuadrados, la F, grados de libertad y probabilidad, resultado del análisis de varianza.

Efectos Principales D	Factores	Suma de Cuadrados Tipo III	F	gl	p
Estado conyugal	Anhedonia.	33.715	12.18	1, 951	.001
	Desmotivación.	51.651	22.28	1, 951	.000
	Calificación Total D.	344.235	9.66	1, 951	.002
Género	Anhedonia.	62.02	22.40	1, 951	.000
	Desmotivación.	22.74	9.81	1, 951	.002
	Decepción.	6.96	8.57	1, 951	.003
	Apatía.	6.30	8.79	1, 951	.003
	Calificación Total D	484.84	13.61	1, 951	.000

El factor estado conyugal produjo efectos significativos sobre las variables:

- Anhedonia (F= 12.18; 1, 951 gl y P<.001). En la figura 19 se puede ver que las personas sin una relación estable (sin cónyuge) tienen una media mayor $\bar{X} = 1.10$ que los que tienen cónyuge $\bar{X} = .67$, lo cual indica que las personas sin cónyuge presentan más las características de este factor.

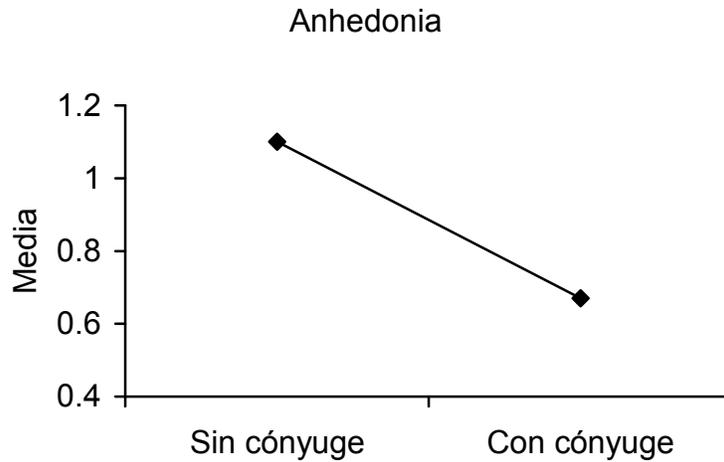


Figura 19. Medias del factor anhedonia por estado conyugal.

- Desmotivación (F= 22.28; 1, 951 gl y P<.000). Obsérvese en la figura 20, que la media más alta corresponde a las personas sin cónyuge, las cuales tienen $\bar{X} = 1.48$ y a diferencia de las personas que tienen cónyuge las cuales tienen $\bar{X} = .99$. Lo cual podría indica que las personas sin cónyuge presentan más esta característica.

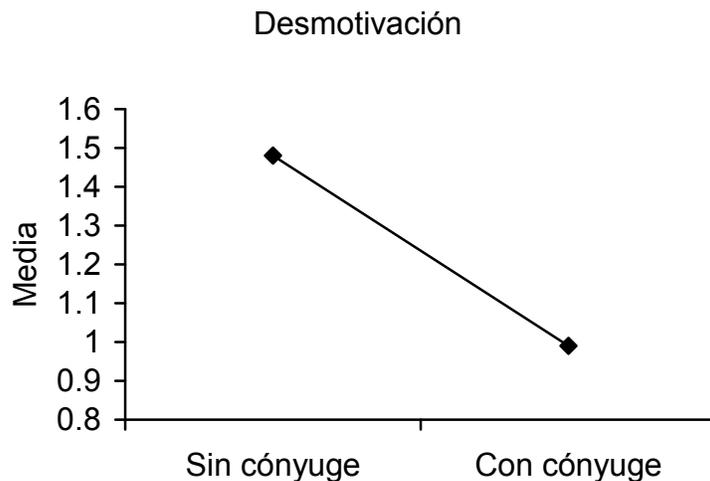


Figura 20. Medias del factor desmotivación por estado conyugal.

- Calificación total D (F= 9.66; 1, 951 gl y P<.002). Vease la figura 21, donde tenemos que las personas sin cónyuge tienen un puntaje mayor en la media $\bar{X} = 4.21$ a

diferencia de las personas con cónyuge $\bar{X} = 2.88$, lo que podría indicar que las personas sin una relación estable de pareja (sin cónyuge) presentan más depresión.

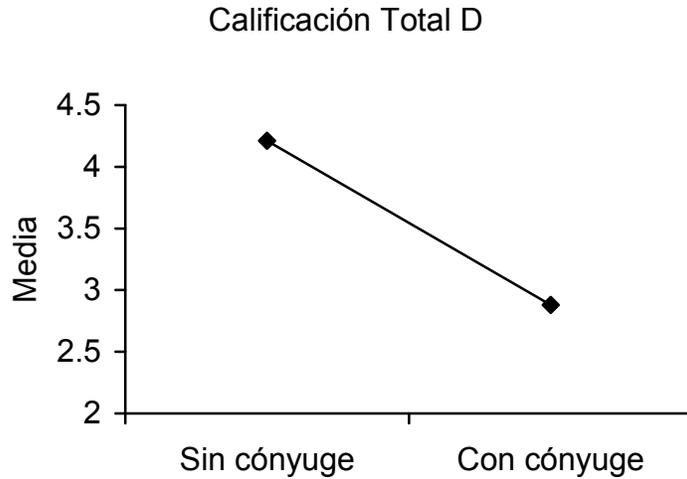


Figura 21. Medias del factor calificación total D por estado conyugal.

El factor género produjo efectos significativos en las variables:

- Anhedonia ($F= 22.40$; 1, 951 gl y $P<.000$). Como se observa en la figura 22, las mujeres son las que presentan un puntaje mayor $\bar{X} = 1.17$ que los hombres $\bar{X} = .61$, lo que indicaría que pueden presentar las características de este factor.

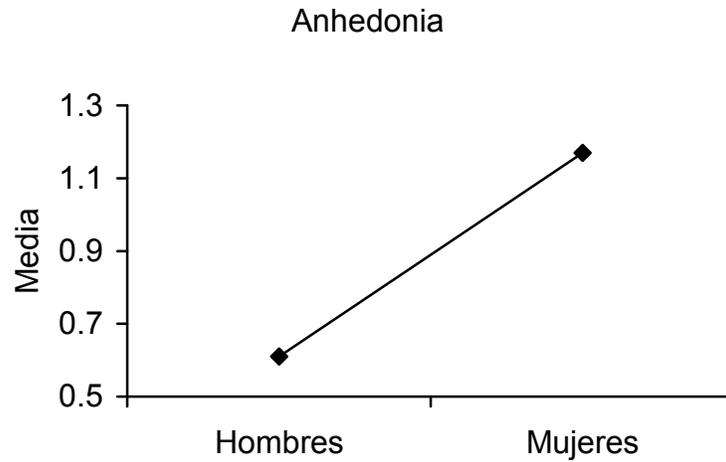


Figura 22. Medias obtenidas por hombres y mujeres para el factor anhedonia.

- Desmotivación ($F= 9.81$; 1, 951 gl y $P<.002$). Para este factor la figura 23 muestra que las mujeres continúan teniendo las medias de los puntajes más altos $\bar{X} = 1.42$ a diferencia de los hombres $\bar{X} = 1.09$, lo cual indica que ellas se encuentran más desmotivadas.

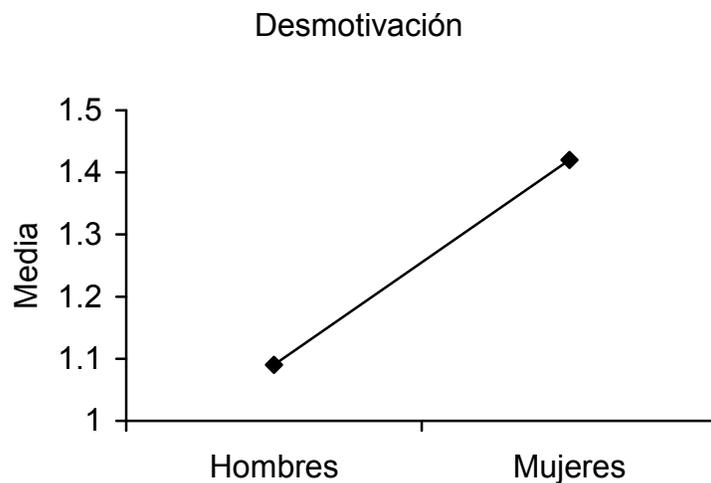


Figura 23. Medias obtenidas por hombres y mujeres para el factor desmotivación.

- Decepción (F= 8.57; 1, 951 gl y P<.003). En la figura 24 podemos ver que las mujeres tienen una media mayor $\bar{X} = .39$ a los hombres $\bar{X} = .22$, lo cual nos diría que las mujeres se sienten más decepcionadas que los hombres.

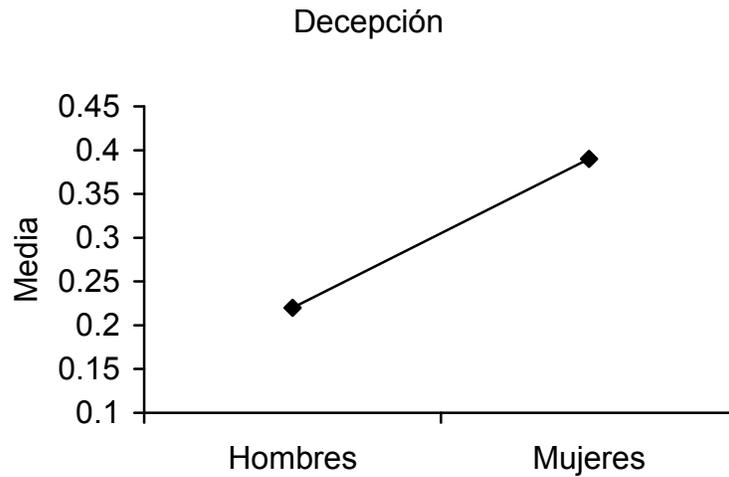


Figura 24. Medias obtenidas por hombres y mujeres para el factor decepción.

- Apatía (F= 8.79; 1, 951 gl y P<.003). Vease en la figura 25, como las mujeres presentan niveles más altos de apatía $\bar{X} = .40$ que los hombres $\bar{X} = .23$, esto reflejado en las medias de los puntajes correspondientes.

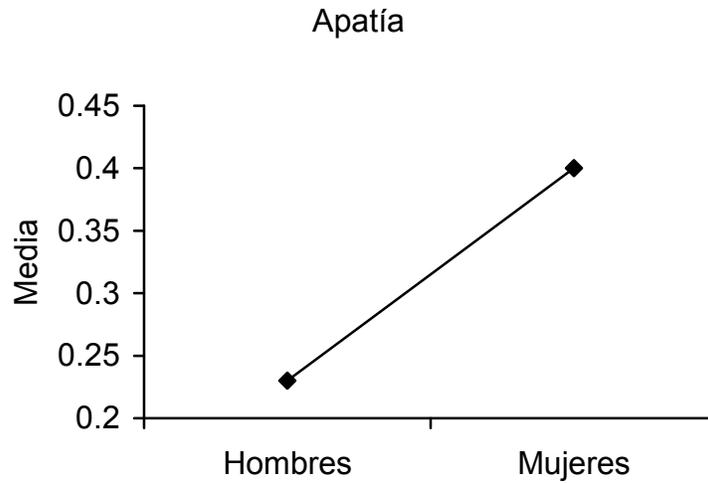


Figura 25. Medias obtenidas por hombres y mujeres para el factor apatía.

- Calificación total D ($F= 13.61$; 1, 951 gl y $P<.000$). En la figura 26 se puede ver que las mujeres $\bar{X} = 4.34$ pueden presentar más depresión que los hombres $\bar{X} = 2.81$, esto se puede inferir a partir de las medias de los puntajes obtenidas por cada uno.

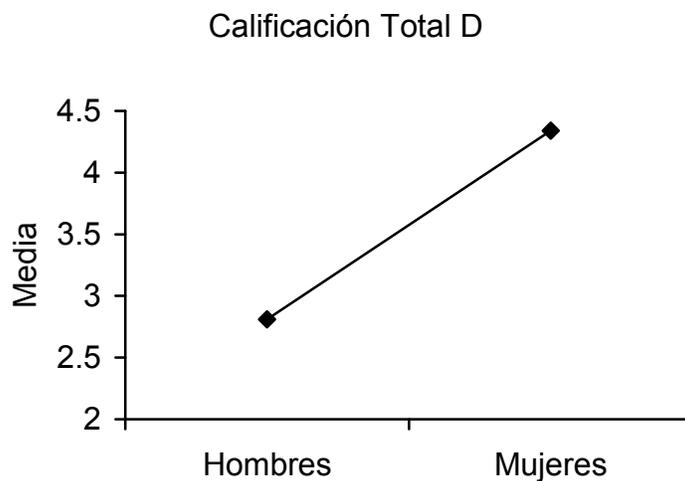


Figura 26. Medias obtenidas por hombres y mujeres para la calificación total D.

Para todos los factores de D los hombres tienen puntajes menores a las mujeres. Lo que nos indicaría que ellos se sienten menos deprimidos.

Finalmente, de acuerdo con los resultados presentados podemos afirmar que existen diferencias en las respuestas de hombres y mujeres, donde las mujeres tienen medias de los puntajes más altos en la mayoría de los factores de ira-hostilidad, ansiedad y depresión a diferencia de los hombres que tuvieron presencia en pocos de ellos y con medias de los puntajes menores.

Respecto al estado conyugal se pudo observar, en general, que las personas que tienen una situación de pareja estable (con cónyuge) presentaron menos ira y hostilidad a diferencia de los que no están en esa situación (sin cónyuge). Por el contrario las personas sin una relación de pareja estable (sin cónyuge) presentaron medias de los puntajes más altas para ansiedad y depresión.

Por otra parte, en lo correspondiente a depresión, las personas sin cónyuge en general padecen de más depresión en contraste con las personas con cónyuge.

7. DISCUSIÓN.

En este estudio las personas que tienen cónyuge, ya sean casados o viviendo en unión libre, presentan menos ira-hostilidad, ansiedad y depresión, lo que señala a la vida en pareja como un posible estabilizador emocional. Esto puede deberse a la estructura que la convivencia le impone al ambiente de las personas y al papel de apoyo potencial de un cónyuge hacia el otro y que cuando las personas se esfuerzan por formar relaciones basadas en la equidad, sus patrones de interacción son más satisfactorios y sus uniones más seguras.

Aunque en esta investigación no se controló la satisfacción en la relación de pareja parecería lógico que al satisfacer esta necesidad de contar con alguien más, tanto para dar y recibir apoyo, atención y ser reconocido como importante por otra persona; todo esto sería una fuente importante de motivación, ya que las personas funcionan mejor, muestran más resistencia ante las adversidades y manifiestan menores dificultades psicológicas cuando sus relaciones interpersonales son satisfactorias.

Por otra parte, se puede ver mayor emotividad en las mujeres lo que las señala en mayor riesgo de padecer depresión y ansiedad por diversos factores como: de tipo social, biológico, hormonal o genético. En general, las mujeres están mayormente expuestas porque cuentan con menos poder social en comparación con los hombres.

La mayor intensidad en ira y hostilidad se observó en las mujeres que son las que presentan más las características de este constructo y con mayor intensidad emocional. El experimentar con mayor intensidad o frecuencia la ira o la hostilidad puede significar mayor riesgo para padecer enfermedades que están relacionadas con la ira-hostilidad, como la hipertensión o enfermedades cardiovasculares. Lewis y Haviland-Jones (2000) encontraron que: no contar con un confidente, tener enfermedades físicas a largo plazo, el desempleo, ser mujer, ser padre o madre soltero y vivir solo, son variables que correlacionan con la ira-hostilidad.

También se observó que las personas sin cónyuge presentan más características de ideología de poder, las cuales son creencias y actitudes mediadoras en un episodio de ira y justificar el control, imposición o venganza asociada también con un mayor desprecio por otras personas. El estado conyugal favorece la culpa en el sentido de que las personas tienen la creencia de haber infringido normas sociales y por lo cual se merecen un castigo, esto quizás se deba a que contar con una relación de pareja estable (con cónyuge) crea una responsabilidad hacia la otra persona en donde se tiene que compartir y actuar bien por el otro a diferencia de las personas sin cónyuge que no tienen esta interacción.

En este estudio, el perfil de la ira-hostilidad en las mujeres las señala como más reactivas en un episodio de ira como se observa en los indicadores fisiológicos (reactividad fisiológica en un episodio de ira), falta de control (reacciones impulsivas), hostilidad (actitudes negativas hacia los otros, una persistente lucha contra el mundo) y victimización (sensibilidad ante las acciones de los demás); lo cual indica que ellas están más proclives a presentar estas características.

Como era de esperarse, los varones respondieron más alto en ideología de poder (creencias y actitudes mediadoras en un episodio de ira, se justifica el control, imposición o venganza además de sentir desprecio por otras personas) y culpa (tener la creencia de haber infringido normas sociales y por lo cual merece un castigo) ambas características que están muy influidas por la cultura mediante la definición de rol masculino, así pues la mayoría de los hombres han sido educados en que deben ser correctos, caballerosos, protectores, eficaces y trabajadores, en no fallar en las cosas que lleven a cabo en todos los ámbitos de su vida y cuando no pueden cumplir con estas expectativas sienten culpa.

Los hombres en general, presentan menos ira y hostilidad que las mujeres, las cuales tienen puntajes altos en cuatro factores y ellos en sólo dos. En las dimensiones en que los hombres puntúan más alto (ideología de poder y culpa), nos sugieren que ellos presentarían un tipo de ira-hostilidad más de tipo instrumental a diferencia de las

mujeres que tienen puntajes altos en indicadores fisiológicos, falta de control, hostilidad y victimización lo que nos indicarían una ira-hostilidad más bien de tipo expresiva.

Estos resultados coinciden con otras investigaciones las cuales han encontrado que algunas de las diferencias entre hombres y mujeres, es que las mujeres muestran más ira y la expresan más que los hombres quizás porque a las mujeres se les permite más mostrar lo que sienten, en cambio ellos tienen menos sentimientos alternativos después de un episodio de ira (Kassinove et al. 1997 citado en Lewis y Haviland-Jones 2000). De igual forma, Lewis y Haviland-Jones (2000) reportan que los hombres pueden expresar más ira en formas como la verbal, facial y conductual que las mujeres y es más probable que ellos se sientan culpables cuando fueron los causantes del enojo, además de que los hombres pueden expresar ira más claramente en expresiones faciales que las mujeres.

Las interacciones estado conyugal por género significativas en los factores: intolerancia/exigencia (perfeccionismo y exigencia sobre las demás personas en situaciones de interacción, baja tolerancia a la convivencia, falta de aceptación del otro y de sus ideas así como crítica exacerbada) y culpa (tener la creencia de haber inflingido normas sociales y por lo cual merece un castigo).

Mostraron que los hombres con cónyuge son menos intolerantes/exigentes que los sin cónyuge a diferencia de las mujeres que son más intolerantes/exigentes cuando tienen pareja estable (con cónyuge) que cuando están solas (sin cónyuge), esto muestra que para las mujeres el efecto de tener cónyuge implica un aumento en el perfeccionismo y exigencia quizás debido a que se depositan muchas expectativas en la pareja, las cuales, al no verse cumplidas generan estas características.

En culpa, las personas con cónyuge presentan más culpa que las personas sin cónyuge, como se mencionó anteriormente el contar con una relación implica ciertas responsabilidades que son hacia la otra persona y hacia uno mismo, en donde se tiene

que actuar bien por el otro; a diferencia de las personas sin cónyuge que no tienen esta obligación y por lo tanto presentan menos culpa.

Así entonces, si existen diferencias debidas a género en ira-hostilidad, donde las mujeres presentan más estas características en comparación con los hombres. De igual forma existieron diferentes respuestas dependiendo de sí las personas están en una relación de pareja estable (con cónyuge) o no lo están (sin cónyuge) ya que en el estado conyugal interactúan el sí se es hombre o mujer y a partir de esto, se tendrán diferentes actitudes en la relación.

En cuanto a ansiedad se observó que las personas sin cónyuge presentan más desesperanza, las personas sin una relación de pareja estable pudieran presentar la creencia de que no se tienen habilidades para enfrentar las situaciones de peligro, esto acompañado por fatiga y también autodevaluación. Aquí las personas con cónyuge pueden tener cierta ventaja, ya que tener una relación estable los protegería de la desesperanza en el sentido de que se cuenta con el otro para superar las adversidades.

De igual forma, las personas sin cónyuge presentan más dispersión (dificultad para focalizar la atención y concentrarse en actividades cotidianas) que las personas con una relación de pareja estable (con cónyuge). Esto podría deberse a que existen nuevas demandas, las nuestras, las de la otra persona con la que compartimos así como del ambiente y así entonces existe un cambio radical en la estructura de nuestra vida.

En esta parte correspondiente a ansiedad, las mujeres presentan más: desesperanza (creer que no se tienen habilidades para enfrentar las situaciones de peligro, acompañada por fatiga y autodevaluación), inquietud (una preocupación desmedida ante eventos que se evalúan como adversos, acompañada de activación fisiológica y cognoscitiva que afectan el desempeño cotidiano), dispersión (dificultad para focalizar la atención y concentrarse en actividades cotidianas), sensibilidad (percibir, sentir y emocionarse de forma más intensa que los demás), anticipación (previsión de

consecuencias inconvenientes) y la calificación total TMAS en comparación con los hombres. Esto coincide con otros resultados encontrados, que señalan que las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir de ansiedad y tienen niveles más altos. También que las mujeres son las que sufren más ansiedad y la prevalencia de ésta a lo largo de la vida es de 6.6% a diferencia de los hombres con 3.6%. Esta prevalencia en las mujeres se puede explicar atendiendo a que la ansiedad participa del temor al daño físico como a las situaciones sociales, que son dos de los miedos más frecuentes en las mujeres. Caballo, *et al.* (1995).

Así pues en lo correspondiente a ansiedad los hombres presentan menos reactividad emocional que las mujeres. Esto nos indicaría que los hombres, en general, son menos ansiosos que las mujeres. Quizás porque es más probable que los hombres tomen acciones para aliviar su angustia que las mujeres, las cuales se centran más en sus sentimientos.

En relación con la depresión, se observó que quienes presentan más anhedonia (imposibilidad de disfrutar la vida) y desmotivación (falta de energía e interés en actividades cotidianas), son las personas sin una relación de pareja estable (sin cónyuge), de igual forma en la calificación total D las personas sin cónyuge presentan medias de los puntajes más altas. Esto quizás se debe a que la mayoría de las personas quieren que otros respondan a sus necesidades, pero cuando un individuo se siente ignorado o abandonado, se siente solo y entonces puede aparecer la depresión. En cambio si se satisface esta necesidad personal, se promueve el bienestar, y se reduce la depresión.

Por lo que toca a género, las mujeres presentan mas anhedonia (imposibilidad de disfrutar la vida), desmotivación (falta de energía e interés), decepción (sentimientos de abatimiento, contrariedad ante lo que no responde a las expectativas), apatía (falta de energía) y la calificación total D. Lo cual indica que las mujeres de esta muestra presentan más depresión que los hombres. Esto podría deberse a que las mujeres

sufren de más discriminación social y estas desigualdades, las lleva a la dependencia y por lo tanto a tener una baja autoestima y a presentar depresión.

Estudios muestran que más mujeres que hombres sufren de depresión quizás esto proviene de diferencias entre hombres y mujeres en los patrones de búsqueda de ayuda y el mayor uso de los servicios de salud por parte de las mujeres. También se ha interpretado genéticamente esta diferencia según el sexo y la depresión, la cual sugiere que la depresión es un trastorno heredado ligado al cromosoma X desgraciadamente no parecen existir bases genéticas para estas diferencias. Por otra parte también se ha ligado la mayor presencia de depresión en las mujeres debido a los procesos hormonales. Esto proviene de observaciones de que las depresiones a menudo ocurren en relación con eventos del ciclo reproductor, antes de la menstruación, al utilizar píldoras anticonceptivas, después del parto y durante la menopausia. Existe una relación 2:1 relativa al sexo y son las mujeres entre los 18 y 44 años las que manifiestan mayores tasas de depresión. (Caballo, *et al.* 1995).

Los resultados muestran que las mujeres presentan más las características de ira-hostilidad, más ansiedad y más depresión con una intensidad emocional mayor que los hombres. Las diferencias entre sexos en cuanto a conducta, cogniciones y emociones son en gran parte una función del aprendizaje social.

Por otra parte, las personas que tienen cónyuge presentan menos ira-hostilidad, ansiedad y depresión.

Estos resultados podrían explicarse con base en que las personas funcionan mejor al tener una relación de pareja estable ya que se muestra más resistencia al estrés y se manifiestan menores dificultades psicológicas. Todos necesitamos sentir pertenencia, tener interacción social, queremos que la demás gente comprenda quiénes somos como individuos, que nos acepten y nos valoren. La gente tiene la necesidad de estar con otros y de establecer lazos y vínculos emocionales estrechos con otras personas, lo

cual refleja el deseo de estar emocionalmente relacionado e involucrado de manera interpersonal en relaciones cálidas.

Esta necesidad de contar con otras personas y de sentirnos aceptados es algo que hemos heredado de forma orgánica, tendemos a estar con la gente que percibimos como capaz de satisfacer nuestras necesidades y nos alejamos de los que no pueden o no quieren satisfacerlas. El hecho de iniciar una nueva relación al parecer implica la necesidad contar con alguien. Las personas buscan interacciones emocionalmente positivas y compañeros para interactuar. Asimismo se busca que dichas interacciones ocurran dentro de un contexto de una relación estable a largo plazo rica en calidez, atención y cuidado mutuo.

Se ha descubierto que la gente que está sola no carece de contacto social frecuente, más bien carece de relaciones íntimas cercanas. Con frecuencia la calidad es más importante que la cantidad en las relaciones. Así pues, cuando dos personas deciden estar juntas, si existe apoyo y abundan el cuidado y el agrado mutuo, esto invariablemente resultará en una relación emocionalmente satisfactoria que propicia que la gente se sienta feliz.

Estos beneficios se deben a que el amor tiene un importante papel en la vida social ya que cuando las personas se esfuerzan por formar relaciones basadas en la equidad, sus patrones de interacción serán más satisfactorios.

Cuando los individuos experimentan amor y amistad, existen más satisfacciones y las personas con una unión segura en sus relaciones, son también más probables a ser prosociales en lo concerniente para el bienestar de si mismo y de otros. Vivir la vida sin la presencia de lazos sociales íntimos es vivirla con un sinnúmero de emociones negativas, como la tristeza y la depresión.

Finalmente, sería interesante estudiar con mayor detenimiento a la población femenina ya que al parecer esta se encuentra más vulnerable además de que se tomará en

cuenta para posteriores investigaciones y para la creación de programas enfocados a prevenir la depresión, la ansiedad y enseñar a la población en general lo perjudicial que puede ser experimentar ira u hostilidad, ya que esto representa riesgos en cuanto a salud.

En el ámbito médico se dice que las personas con cónyuge viven más, en esta investigación se puede observar que las personas con cónyuge tienen menor emotividad y presentan menos ira-hostilidad. Este dato hace necesario que se indague cuáles son las variables que intervienen para que se de esta prolongación de vida en las personas con cónyuge y por qué no en las personas que no lo tienen.

Asimismo podría ponerse atención a los resultados que encontramos respecto a las personas con o sin cónyuge, ya que esto da cuenta de lo importante que es el apoyo social y el crear lazos que nos hagan sentir mejor y poder experimentar emociones positivas.

Aunque habría que tener especial cuidado con estos resultados debido a que está es sólo una pequeña muestra y no se puede generalizar al resto de la población.

8. REFERENCIAS.

American Psychiatric Association. *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Compendio 2003. Ars Médica. Barcelona, España.

Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *American Psychologist*, 38. 1145-1160.

Averill, J. R. (1994). En the eyes of the beholder. En P. Ekman y R. J. Davidson (eds.), *The nature of emotion: fundamental questions* (pp. 7-14). Nueva York: Oxford University Press.

Axelrod, P. R. (1990). Una alternativa para la medición de la depresión, Tesis de doctorado, U.N.A.M

Barlow, D. H.; Blanchard, E.B.; Vermilyea, J. A.; Vermilyea, B. B., y Di Nardo, P. A. (1986), Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptualization, *American Journal of Psychiatry*, 143, pp. 40-44

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*.

Beach, S. R. H., Sandeen, E. E. y O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage. A model for etiology and treatment*, Nueva York, Guilford.

Beck, A. T. (1973). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. Merk Sharp and Dohme Internacional. E.U. A.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*, Nueva York, International University Press.

Beck, A. T.; Epstein, N.; Brown, G. y Steer, R. A. (1989), "An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 pp. 893-897.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment manual*, Nueva York, Guilford.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4, pp. 561-571.

Bellack, A. S., Hersen M., y Himmelhoch, J. M. (1981). Social skills training for depression: a treatment manual. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, pp. 10 92.

Benazzi, F. (2000). Female vs. Male outpatient depression: a 448-case study in private practice. *Progr: Neuro-Psychopharmacol and Biol. Psychiat.*, 24, 475-481.

Bermúdez, J. (1983). Modelo interactivo de ansiedad: implicaciones y contractación empírica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 38, 1003-1030.

Borkovec, T. D. (1985) "Worry: a potentially valuable concept", *Behaviour Research and Therapy*, 23, pp. 481-482.

Breva, A., Espinosa, M. y Palmero, F. (2000). Ira y reactividad cardiaca. Adaptación en una situación de estrés real. *Anales de Psicología*, 2000, Vol. 1, numero 1, pp. 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 sobre los procesos emocionales* (pp. 495-530). Valencia: Promolibro.

Brown, C., Schulberg, H.C., Madonia, M.J., Shear, M.K., Houck, P. (1996). Treatment outcomes for Primary Care Patients With Major Depression and Lifetime Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153 (10): 1293-1300.

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

Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (Eds.) (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Biblioteca nueva. Madrid.

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

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

Caballo, V. E., Buela-Casal, G. y Carboles, J. A. (1995). Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos Vol. 1 *Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos*. Siglo Veintiuno de España Editores. 1995.

Christenfeld, N., Gerin, W., Linden, W., Sanders, M., Mathur, J., Deich, J. D. y Pickering, T. G. (1997). Social support effects on cardiovascular reactivity: Is a stranger as effective as a friend? *Psychosomatic Medicine*, 59, 388-398.

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* (pp.195-221). Nueva York: Plenum Press.

Coyne, J. C. y Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: stress, social support, and coping processes, *Annual Review of Psychology*, 42, pp. 401- 425.

Cook, W. W. y Medley, M. (1954). Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38, 414-418.

Depue, R. A. y Spoont, M. R. (1986). Conceptualizing a serotonin depletion as a provocative challenge test for patients with major depression: relevance to antidepressant action and the neurobiology of depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 27, pp. 321-330.

Derogatis, L. R. (1977). *SCL- 90 R administration, scoring and procedures manual – I*, Baltimore, John Hopkins University Press.

Ehlers, C.L., Frank, E., y Kupfer, D. J. (1988). Social zeitgebers and biological rhythms, *Archives of General Psychiatry*, 45, pp. 948-953.

Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. y Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: a procedure for measuring the overall severity of psychiatric disturbance, *Archives of General Psychiatry*, 33, pp. 766-771.

Endler, N.S., Edwards, J.M. y Vitelli, R. (1991). *Endler Multidimensional Anxiety Scales (EMAS). Manual*. Western Psychological Services. California: Los Angeles.

Endler, N. S., Hunt, J. y Rosentien, A.J. (1962). An S-R Inventory of Anxiousness. *Psychological Monography*, pp. 17, 76

Endler, N. S. y Okada, M. A. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R inventory of general trait anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-329.

Endler, N. S. y Parker, J. D. A. (1992). Interactions revisited: reflections on the continuing crisis in the personality area. *European Journal of Personality*, 6, pp. 177-189.

Fernández-Abascal E. G., Martín Díaz, M. D., Sánchez J. *Procesos psicológicos*. Madrid: Pirámide, 2001.

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*. (p. 185-208). Barcelona: Ariel Psicología.

Foulds, G. A., Caine, P. M. y Creasy, M.A. (1960). Aspects of extra e intra-punitive expression in mental illness. *Journal of Mental Sciences*, 106, 87-104.

Frank, E., Carpenter, L.L., Kupfer, D.J. (1988). Sex differences in recurrent depression: are there any that significant? *American Journal of Psychiatry*, 145, 41-45,

Friedman, E. S., Clark, D. B. y Gershon, S. (1992). Stress, anxiety, and depression: review of biological, diagnostic, and nosologic issues, *Journal of Anxiety Disorders*, 6, pp. 337-363.

García- León, A., Reyes del Paso, G., (2002). Una revisión de los modelos explicativos de la relación entre el constructo ira- hostilidad- agresión y la enfermedad coronaria. *Anales de Psicología*, 2002, Vol. 18, numero 1 (junio), 61-76.

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

Gold, P. W., Goodwin, F. K. y Chrousos, G. P. (1988). Clinical and biochemical manifestations of depression relation to the neurobiology of stress. *New England Journal of Medicine*, 6, pp. 348-352.

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

Gray, J. A. (1991). Neural systems emotion and personality. En J. Madden, IV (dir.), *Neurobiology of learning, emotion, and effect*, Nueva York, Raven.

Haaga, D. A., Dick, M. J. y Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depresión, *Psychological Bulletin*, 110, pp. 215-236.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety status by rating. *British Journal of Medicine and Psychology*, 32, pp. 50-55.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, pp. 56-62.

Haynes, S. G. (1978). The relationship of psychological factors to coronary Heart disease in the Framingham Study: I. Methods and risk factors. *American Journal of Epidemiology*. 107, 362-383.

Harburg, E., Erfurt, J. C., Hauenstein, L. S., Chape, C., Shull, W. J. y Shork, M. A. (1973). Socio-ecological stress, suppressed hostility, skin color and black-white male blood pressure: *Psychosomatic Medicine*.

Hardy, J. y Smith, T. (1988). Cynical hostility and vulnerability to disease: Social support, life stress, and psychological response to conflict. *Health Psychology*, 7, 447-459.

Holsboer, F. (1992). The hypothalamic-pituitary-adrenocortical system. En S. S. Paykel (dir.), *Handbook of Affective Disorders*, Nueva York, Guilford.

Hoshmand, L. T. y Austin, G. W. (1987). Validation studies of a multifactor cognitive-behavioral. Anger Control Inventory. *Journal of Personality Aseessment*, 51, 417-432.

Iacovella, J. y Troglia, M. (2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Psycho-USF*, vol. 8, numero 1. pp. 53-61.

Izard, C. E. (1989). The structure and functions of emotions: implications for cognition, motivacion and personality. En I. S. Cohen (ed.), *The G. Stanley Hall lecture series* (vol. 9, pp. 39-73). Washington, DC: *American Pssychological Association*.

Johnson, E. H. (1990). *The deadly emotions. The role of anger, hostility and aggression in health and emotional well-being*. Nueva York: Praeger.

Kaplan, J. R., Botchin, M. B. y Manuck, S. B. (1994). Animal models of aggression and cardiovascular disease. En A. W. Siegman y T. W. Smith (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp. 127-148). Hillsdale: Erlbaum.

Kassinove, H., Sukhodolsky, D., Tsytsarev, S., y Solovyova, S. (1997). Self-reported anger episodes in Russia and America. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 301-324.

Klerman, G. L., Lavori, P. W., Rice, J., Reich, T., Endicott, J., Andreasen, N. C., Keller, M. B. Y Hirsschfield, R. M. A. (1985). Birth-cohort trends in rates of major depressive disorder among relatives of patients with affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, pp. 689-693.

Kornstein, S.G. (1997) Gender differences in depression: Implications for treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 12-18.

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 psychophysiologic reactivity and risk of cardiovascular disease: A review and methodologic critique. *Psychological Bulletin*, 96, 435-464.

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

Lazarus, R. S. (1991a). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46, 352-367.

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

Lazarus, R. S. (1991c). Progress on a cognitive motivational-relational theory of emotion. *American Psychology*, 46, 819-834

Lazarus, R. S y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.

Leiker, M. y Hayley, B. J. (1988). A link between hostility and disease: Poor health habits? *Behavioral Medicine*, 14, 129-133.

Lewis, M. y Haviland-Jones, J. M. (2000). *Handbook of emotions*. Second edition. The Guilford Press Nueva York.

Maccoby E. E. y Jacklin C. M. (1974). *The psychology of sex differences*. Stanford: Stanford University.

Manuck, S. B., Kaplan, J. R. y Matthews, K. A. (1986). Behavioral antecedents of coronary heart disease and atherosclerosis. *Atherosclerosis*, 6, 2-14.

Martín, M. D. y Fernández-Abascal, E. G. (1994). Inventario de reacciones de hostilidad de Buss-Durkee (BDHI). En E. G. Fernández-Abascal, *Intervención comportamental en los trastornos cardiovasculares*. (pp. 85-91). Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Matthews, K. A., Glass, D. C., Rossenman R. H. y Bortner, R. W. (1977). Competitive drive, pattern A and coronary heart disease: a further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. *Journal of Chronic Disease*, 30, 489-498.

Meyer, T. J.; Miller, M. L.; Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990), "Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire", *Behaviour Research and Therapy*, 28, pp. 487-495.

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

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

Montgomery, S. A. y Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, pp. 382-389.

Nezu, A. M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, pp. 196-202.

Nolen- Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: evidence and theory, *Psychological Bulletin*, 101, pp. 259-282.

Novaco, R. W. (1975). *Anger, control: the development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: Lexington Books/D.C. Health.

Panksepp, J. (1982). Toward a general psychobiological theory of emotions. *Behavioral and Brain Science*, 5, 407-467.

Panksepp, J. (1994). The basics of basic emotion. En P. Ekman y R.J. Davidson (eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 20-24). Nueva York: Oxford University Press.

Papalia, E. D., Wendkos, S. y Feldman, R. D. (2001). *Desarrollo Humano*. 8ª edición McGraw Hill. Bogotá, Colombia.

Perris, C. (1989). Cognitive therapy with the adult depressed patient, en A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Bleutler y Hall Arkowitz (dirs.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. Nueva York, Plenum.

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

Plutchik, R. (1970). Emotions, evolution and adaptive processes. En M.B. Arnold (ed.), *Feelings and emotions* (pp. 3-24). Nueva York: Academic Press.

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

Rapee, R. M. (1991), Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts, *Clinical Psychology Review*, 11, pp. 419-440.

Raskin, M.; Peeke, H. V. S.; Dickman, W., y Pinsker, H. (1982). Panic and generalized anxiety disorders, *Archives of General Psychiatry*, 39, pp. 687-689.

Reeve, J. Motivación y emoción. México, D. F. 3ª edición McGraw Hill 2003.

Rihmer, Z., Pestalicy, P., Pihlgren, H., Rutz, W. (1998). Anxiety/aggression-driven depression and male depressive syndrome: Are they the same? *Psychiatry Research*, 77, 209-210, 1998.

Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. Nueva York: Knopf.

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.

Sack, R.L., Lewy, A. J., White, D. M., Singer, C. M., Fireman, M. J. y Van Diver, R. (1990). Morning versus evening light treatment for winter depression: evidence that the therapeutic effects of light are mediated by circadian phase shifting. *Archives of General Psychiatry*, 47, pp. 343- 351.

Sandín, B. y Chorot P. (1990). Cuestionario de Ansiedad Cognitiva Somática de Schwartz. Davidson y Goleman. Madrid: UNED (no publicado).

Santrock W. J. (2002) *Psicología de la educación*. McGraw-Hill. México (pp. 198-203).

Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, pp. 147-162.

Sherbourne, C.D., Wells, K.B. (1997). Course of depression in patients with comorbid anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 43(3): 245-250.

Schwartz, G. E., Davidson, R. J., Goleman, D. J. (1978). Patterning of cognitive and somatic processes in the self-regulation of anxiety: Effects of meditation versus exercise. *Psychosomatic Medicine* 40.

Siegel, J. M. (1986). The multidimensional anger inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 191-200.

Scherer K. R. (1994). An emotion's occurrence depends on the relevance of an event organism's goal/need hierarchy. En P. Ekman y R. J. Davidson (eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 227-231). Nueva York: Oxford University Press.

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. (1994). Concepts and methods in the study of Anger, Hostility and Health. En A. W. Siegman y T. W. Smith (eds.): *Anger, hostility and the heart* (pp.23-42) Hillsdale: LEA.

Smith, T. W. y Frohm K. D. (1985). What's so unhealthy about hostility? Construct validity and psychosocial correlates of the Cooks and Medley Ho Scale. *Health Psychology*, 4, 503-520.

Smith, T. W. y Pope, M. K. (1990). Cynical hostility as a health risk: Current status and future directions. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 77-88.

Smith, T. W., Pope, M. K., Sanders, J. D., Allred, K. D. y O'Keeffe, J. L. (1988). Clinical hostility at home and work: Psychosocial vulnerability across domains. *Journal of Research in Personality*, 22, 525- 548.

Spielberger, C. (1980). Tensión y ansiedad. *Harper and Row Latinoamericana*. México.

Spielberger, C. D.; Gorsuch, R. W., y Luschene, R. E. (1970), State Trait Anxiety Inventory, Palo Alto (Ca.), *Consulting Psychologist Press*.

Spielberger, C. D., Johnson, E. H., Russel, S.F., Crane, R.J. y Worden, T. J. (1985). The experience and expression of anger: construction and validation of an anger expression scale. En M. Chesney y R.H. Rosenman (Eds.). *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. (pp.5-30). Nueva York: Hemisphere.

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.

Stokes, P. E. y Sikes, C. R. (1987). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis in affective disorders, en H. Y. Meltzer (dir.), *Psychopharmacology: the third generation of progress*, Nueva York, Raven.

Taylor, J. A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, pp. 285-290.

Teasdale, J. D. (1983). Negative thinking in depression: cause, effect, or reciprocal relationship?, *Advances in Behavior Research and Therapy*, 5, pp. 3-25.

Thase, M. E. y Beck, A. T. (1992). An overview of cognitive therapy, en J. H. Wrigth, M. E. Thase, A. T. Beck y J. W. Ludgate, (dirs.) *cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu*, Nueva York, Guilford.

Thase, M. E. Reynolds, C. F. III; Frank, E., Simons, A. D., McGeary, J., Fasiczka, A. L., Garamoni, G. G., Jenings, J. R. Y Kupfer, D. J. (1994). Do depressed men and women respond similarly to cognitive behavior therapy? *American Journal of Psychiatry*, 151, pp. 500-505.

Tooby, J. y Cosmides, L. (1990). The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environment. *Ethology and Sociobiology*, 11, 375-424.

Uchino, B. N. Caccioppo, J. T. y Kiecolt- Glaser, J. K. (1996). The relationship between social processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.

Uchino, B. N. y Garvey, T. S. (1997). The availability of social support reduces cardiovascular reactivity to acute psychological stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 15-27.

Unden, A. L., Orth-Gomer, K. y Eloffson, S. (1991). Cardiovascular effects of social support on the work place. 24 hour ECG monitoring of men and women. *Psychosomatic Medicine*, 53, 50-60.

Vallejo, J. R. y Gastó C. F. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. 2a Edición Editorial Masson Barcelona. España.

Watson, D. y Friend, R. (1969), "Measurement of social-evaluative anxiety" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, pp. 448-457.

Weissman, M. M. (1979). *The Dysfunctional Attitudes Scale: a validation study*, tesis doctoral, University of Pennsylvania.

Weissman, M. M. y Paykel, E. S. (1974). *The depressed woman: A study of social relationships*, Chicago, University of Chicago Press.

Williams, R. B. (1994). Basic biological mechanisms. En A. W. Siegman y T. W. Smith (Eds.). *Anger, hostility and the Heart* (pp.117-226). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

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

Wilhem, K., y Parker, G. (1994). Sex differences in lifetime depression rates: fact or artefact, *Psychological Medicine*, 24, pp. 97-111.

Wright, J. H., Thase, M. E., Beck, A. T. y Ludgate, J. W. (1992). *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu*, Nueva York, Guilford.

Wilner, P. (1993). Anhedonia, en C. G. Costello (dir.), *Symptoms of depresión*. Nueva York, Wiley.

Zelyn, M., Adler, G. y Myerson, P. G. (1972). Anger self-report: an objective questionnaire for the measurement of aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 340

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob73&c=3250>